

***“Een spannend spanningsveld tussen  
reguliere en alternatieve geneeskunde”  
alternatieve en complementaire geneeskunde door de  
ogen van cliënten met gezondheidsproblemen***

Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van cliënten met gezondheidsproblemen die complementaire en alternatieve geneeswijzen (CAM) ontvangen van therapeuten aangesloten bij de VBAG

*A qualitative study into the experiences of clients with health problems who receive complementary and alternative medicine (CAM) from therapists affiliated with the VBAG*

Naam: Ilona Folkertsma  
Studentnummer: S4996631  
E-mailadres: [i.folkertsma.1@student.rug.nl](mailto:i.folkertsma.1@student.rug.nl)  
Instituut: Faculteit voor Gedrags- en Maatschappijwetenschappen  
Studie: MSc Sociologie  
Masterroute: Gezondheid, Welzijn en Zorg  
Stage instelling: Wetenschapswinkel UMCG, afdeling Toegestemd  
Gezondheidsonderzoek  
Interne begeleider: Dr. D.G. van Tol  
Referent: Dr. M. van Gerner-Haan  
Externe begeleiders: Dr. J.A. Landsman-Dijkstra en dr. A.S. Fokkens  
Studiejaar: 2022-2023 en 2023-2024  
Datum: Januari 2024

## Colofon

Dit onderzoek is uitgevoerd voor de Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG) in opdracht van de Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid – afdeling Toegepast Gezondheidsonderzoek van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).

Projectnummer: 11367

Gegevens Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze:

Sterre Groenendijk en Sijtze Verbeek

Berg 65c, 5671 CB Nuenen

040 2838988

[secretariaat@vbag.nl](mailto:secretariaat@vbag.nl)

Gegevens Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid:

Coördinator drs. V. Verhage

Hanzeplein 1, 9700 RB Groningen

06 13467036

[v.verhage@umcg.nl](mailto:v.verhage@umcg.nl)

Gegevens Toegepast Gezondheidsonderzoek:

Senior onderzoeker dr. A.S. Fokkens

Hanzeplein 1, 9713 GZ Groningen

050 3616640

[a.s.fokkens@umcg.nl](mailto:a.s.fokkens@umcg.nl)

## **Voorwoord**

Voor u ligt mijn masterthesis “Een spannend spanningsveld tussen reguliere en alternatieve geneeskunde: alternatieve en complementaire geneeskunde door de ogen van cliënten met gezondheidsproblemen”. Dit onderzoek heb ik uitgevoerd tijdens mijn afstudeerfase van de master Sociologie binnen de route ‘Gezondheid, Welzijn en Zorg’. Van februari 2023 tot januari 2024 heb ik mijn afstudeerperiode doorgebracht in het Universitair Medisch Centrum Groningen, op de afdeling Toegepast Gezondheidsonderzoek (TGO). Eerst heb ik hier 14 weken stagegelopen en aansluitend heb ik hier mijn masterthesis geschreven.

Vanuit de Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid heb ik in opdracht van de Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (VBAG) onderzoek gedaan naar de ervaringen van cliënten met gezondheidsproblemen met alternatieve en complementaire geneeskunde (CAM). Door middel van een systematische literatuurreview en kwalitatief onderzoek in de vorm van interviews heb ik in kaart gebracht hoe cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM ervaren, met betrekking tot hun gezondheid en welzijn. Mijn dank gaat uit naar alle participanten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek.

Ik wil al mijn collega’s van TGO bedanken voor het meedenken tijdens het schrijven van mijn scriptie. Mijn speciale dank gaat uit naar mijn stagebegeleiders Jeanet Landsman en Andrea Fokkens. Ik kon met al mijn vragen over mijn masterthesis bij hen terecht en zij hebben mijn stukken vaak van feedback voorzien. Daarnaast wil ik graag medeonderzoekers Alina Rozeboom en Vera Verhage bedanken voor de fijne en vooral leuke samenwerking. Bovendien wil ik collega Annet Jansen bedanken, die mij vaak heeft geholpen met praktische zaken rondom mijn scriptie.

Daarnaast wil ik mijn interne begeleider Donald van Tol heel erg bedanken voor de fijne en goed gestructureerde begeleiding. Hij heeft mij geholpen bij al mijn vragen gedurende mijn scriptie en mijn stukken meerdere malen van waardevolle feedback voorzien. Ik wil mijn referent Marieke van Gerner-Haan ook hartelijk bedanken voor het meedenken tijdens mijn scriptie en voor haar nuttige feedback. Tot slot wil ik al mijn vrienden, familie, mijn vriend en Emma bedanken. Zij hebben mij gesteund gedurende mijn hele afstudeerperiode en me motivatie gegeven tijdens het schrijven van mijn masterthesis.

Ik hoop dat u met veel plezier mijn scriptie zal lezen.

Ilona Folkertsma

Januari 2024

## Samenvatting

Steeds vaker maken mensen in Nederland gebruik van alternatieve en complementaire geneeskunde (CAM). Ondanks dat CAM een opkomend fenomeen is in de westerse wereld, is het een onderbelicht onderwerp in de maatschappij en literatuur.

Het doel van dit onderzoek was om een breed scala aan ervaringen van gebruikers met CAM in kaart te brengen en zo te ontdekken of CAM een meerwaarde heeft volgens gebruikers ervan, en zo ja, waar deze meerwaarde uit bestaat. Om dit te onderzoeken, is de theorie over het concept ‘Sense of Coherence’ van medisch socioloog Antonovsky (1979) gebruikt. Het concept bestaat uit drie kernbegrippen: begrijpelijkheid, beheersbaarheid en zingeving. Deze drie begrippen samen vormen het gevoel van samenhang.

Om de probleemstelling te beantwoorden, is eerst een systematische literatuurreview uitgevoerd. De eerste onderzoeksvraag met betrekking tot de systematische literatuurreview luidt als volgt: *“Wat is er in de literatuur bekend over hoe cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM ervaren met betrekking tot hun Sense of Coherence, en daarmee hun gezondheid en welzijn?”*. Ten tweede zijn er elf semigestructureerde interviews afgenomen. Deze zijn geanalyseerd met behulp van een reflexieve, thematische analyse van Braun & Clarke (2023). De tweede onderzoeksvraag met betrekking tot de interviews luidt als volgt: *“Hoe ervaren cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM-therapieën, aangeboden door therapeuten die zijn aangesloten bij de VBAG, met betrekking tot hun gezondheid en welzijn?”*.

Uit de systematische literatuurreview kwam naar voren dat het gebruik van CAM cliënten met gezondheidsproblemen kan helpen om hun begrijpelijkheid, beheersbaarheid en zingeving te vergroten. Hierdoor werd ook de gezondheid en het welzijn verhoogd. In de interviews gaven alle participanten aan dat zij een meerwaarde ervaren van CAM. Vooral ‘begripelijkheid’ blijkt een belangrijke rol te spelen bij deze meerwaarde. Dit kernbegrip van Sense of Coherence is niet op één, maar op drie manieren teruggekomen in de interviews. Ten eerste het begrijpen van de oorzaken en achterliggende mechanismen van een ziekte of klacht, ten tweede het begrepen, gezien en gehoord voelen door de CAM-therapeut en ten derde het begrijpen waarom je ziek bent. Vooral de tweede en derde interpretatie, in combinatie met zingeving, blijken een belangrijke rol te spelen in de gezondheid en het welzijn van de participanten.

Participanten gaven ook aan dat ze een “spannend spanningsveld” ervaren tussen CAM-therapeuten en reguliere zorgverleners en dat ze wensen dat er een betere

samenwerking ontstaat tussen deze twee vormen van geneeskunde, omdat ze elkaar kunnen aanvullen en zo het welzijn van de participanten konden vergroten.

Concluderend kan worden gesteld dat CAM een meerwaarde heeft volgens de geïnterviewde participanten. Participanten gaven aan ze de tweede en derde manieren van begrijpelijkheid missen bij reguliere zorgverleners. Daarom zouden er educatieve modules kunnen worden ontwikkeld voor reguliere zorgverleners over wat Sense of Coherence precies inhoudt en wat het belang hiervan is voor het gezondheid en welzijn van cliënten en patiënten. In deze module moet de focus liggen op de tweede en derde interpretatie van begrijpelijkheid, aangezien de geïnterviewde participanten daar vooral de meerwaarde van CAM in lijken te vinden. Op deze manier kan het welzijn van toekomstige cliënten met gezondheidsproblemen mogelijk worden vergroot.

# Inhoudsopgave

Voorwoord .....	
Samenvatting.....	
1. Inleiding.....	1
1.1 <i>Introductie</i> .....	1
1.1.1 Maatschappelijk debat rondom CAM .....	2
1.1.2 Het gebruik van CAM in Nederland .....	2
1.1.3 Doel van het onderzoek.....	3
1.2 <i>Bestaande inzichten</i> .....	3
1.2.1 Historische analyse.....	4
1.2.2 Redenen voor het kiezen van CAM .....	5
1.3 <i>Probleemstelling</i> .....	6
1.3.1 Sense of Coherence .....	7
1.3.2 Positieve gezondheid en de VBAG.....	7
1.4 <i>Sociologische relevantie</i> .....	8
1.4.1 Maatschappelijke relevantie .....	8
1.4.2 Wetenschappelijke relevantie.....	10
1.5 <i>Opbouw van de scriptie</i> .....	11
2. Theoretisch kader .....	13
2.1 <i>Sense of Coherence</i> .....	13
2.1.1 Begrijpelijkheid.....	15
2.1.2 Beheersbaarheid .....	15
2.1.3 Zingeving .....	16
2.2 <i>De relatie tussen Sense of Coherence en gezondheid en welzijn in de context van reguliere geneeskunde</i> .....	17
2.3 <i>De relatie tussen Sense of Coherence en gezondheid en welzijn in de context van CAM</i> ....	18
2.4 <i>De relatie tussen het gebruik van CAM en Sense of Coherence</i> .....	20
2.5 <i>Korte samenvatting systematische literatuurreview</i> .....	22
2.6 <i>Verwachtingen op basis van literatuur</i> .....	22
3. Methode.....	24
3.1 <i>Methode van dataverzameling</i> .....	24
3.1.1 Interviews .....	24
3.1.2 Opbouw interviewschema .....	26
3.1.3 Participantenwerving.....	28
3.1.4 Verloop interviewproces .....	30
3.2 <i>Methode van data-analyse</i> .....	31
3.2.1 Transcriberen.....	31
3.2.2 Thematische analyse volgens Braun & Clarke.....	32
3.3 <i>Wetenschappelijke nauwkeurigheid</i> .....	37
3.3.1 Geloofwaardigheid .....	37
3.3.2 Overdraagbaarheid .....	38
3.3.3 Toepasbaarheid.....	38
3.3.4 Overtuigingskracht.....	39

3.4	<i>Datamanagementplan</i> .....	40
3.4.1	Ethische commissie UMCG.....	40
3.4.2	Pseudonimiseren van gegevens.....	40
3.4.3	Informed consent.....	41
4.	Resultaten.....	42
4.1	<i>Kenmerken participanten</i> .....	42
4.2	<i>Kern- en subthema's</i> .....	43
4.3	<i>Thema 1: "Baat het niet dan schaadt het niet"</i> .....	44
4.4	<i>Thema 2: "Uitvoeren van dagelijks leven niet meer mogelijk"</i> .....	48
4.5	<i>Thema 3: "Twee werelden tegenover elkaar"</i> .....	49
4.6	<i>Thema 4: "Moeilijk aanwijsbaar, maar duidelijk voelbaar"</i> .....	54
4.7	<i>Thema 5: "Een dure prijs en alleen maar bezig met ziek zijn"</i> .....	60
4.8	<i>Korte samenvatting van de resultaten</i> .....	62
5.	Discussie, aanbevelingen en conclusie.....	64
5.1	<i>Discussie</i> .....	64
5.1.1	Beantwoording van de eerste onderzoeksvraag.....	64
5.1.2	Beantwoording van de tweede onderzoeksvraag.....	65
5.1.3	Kwaliteit van het onderzoek.....	73
5.2	<i>Aanbevelingen</i> .....	79
5.2.1	Aanbevelingen voor de VBAG.....	79
5.2.2	Aanbevelingen voor reguliere zorgverleners.....	79
5.2.3	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	80
5.3	<i>Conclusie</i> .....	81
	Literatuurlijst.....	83
	Bijlage 1 – Zes verschillende domeinen van CAM volgens de VBAG.....	92
	Bijlage 2 – Onderzoeksopdracht VBAG.....	95
	Bijlage 3 – Methode systematische literatuurreview.....	98
	Bijlage 4 – Interviewschema.....	108
	Bijlage 5 – Codeboek.....	113
	Bijlage 6 – Intercodeerbetrouwbaarheidsverslag.....	119
	Bijlage 7 – Conclusie nWMO-onderzoek METc UMC.....	120
	Bijlage 8 – Informed consent.....	122
	Bijlage 9 – Terugblik op het interviewen.....	125

# 1. Inleiding

## 1.1 Introductie

Steeds vaker wordt er in Nederland gebruikgemaakt van complementaire en alternatieve geneeskunde. Waar in 1981 zo'n 4% van de Nederlandse bevolking gebruikmaakte van complementaire en alternatieve geneeskunde (Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS], 2008), maakte in 2018 al 11% van de Nederlanders hier gebruik van (CBS, 2019a).

Binnen de gezondheidszorg onderscheiden we twee soorten behandelwijzen: reguliere en niet-reguliere (CBS, 2019a). Reguliere behandelwijzen zijn “methoden van diagnostiek, preventie en behandeling die gebaseerd zijn op kennis, vaardigheden en ervaring die nodig zijn om de artsentitel te behalen en te behouden, die algemeen door de beroepsgroep worden aanvaard en deel uitmaken van de professionele standaard” (Koninklijk Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst [KNMG], 2008; Van Dijk, 2006). Niet-reguliere behandelwijzen zijn “behandelingen waarvoor geen wetenschappelijk bewijs is geleverd” en verwijst naar behandelwijzen die buiten het domein van de westerse of reguliere geneeskunde vallen (Vlieger et al., 2006; World Health Organization [WHO], 2019). Complementaire en alternatieve geneeskunde vallen onder de niet-reguliere behandelwijzen. Een behandeling wordt als ‘complementair’ aangeduid indien deze wordt toegepast in aanvulling op een reguliere behandelwijze en als ‘alternatief’ indien deze wordt toegepast in plaats van een reguliere behandelwijze (Vlieger et al., 2006). In de literatuur wordt complementaire en alternatieve geneeskunde vaak afgekort met CAM (Complementary and Alternative Medicine). In deze scriptie wordt deze afkorting ook gebruikt.

Er bestaan veel verschillende vormen van CAM. Hoeveel dit er precies zijn, is onbekend (CBS, 2019a). De opdrachtgever van dit onderzoek, de Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze (hierna afgekort als VBAG) onderscheidt zes verschillende domeinen van CAM: beweegzorg, bodymind therapie, natuurgeneeswijze, energetische therapie, oosterse geneeswijze en psychosociale geneeswijze (De Leeuw, 2023). Binnen deze zes domeinen zijn verschillende therapieën beschikbaar, bijvoorbeeld massagetherapie, homeopathie, paranormale geneeswijze, acupunctuur en psychosociale therapie (De Leeuw, 2023). De verschillende domeinen worden kort toegelicht in bijlage 1. In deze scriptie ligt de focus op deze zes domeinen die de VBAG hanteert.

De VBAG heeft de Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid van het UMCG gevraagd onderzoek te doen naar de ervaringen van cliënten met gezondheidsproblemen met CAM. De oorspronkelijke onderzoeksopdracht van de VBAG is opgenomen in bijlage 2. De Wetenschapswinkel van het UMCG behandelt vragen van klanten



die niet of moeilijk toegang hebben tot onderzoeksinstellingen. Meestal gaat dit om klanten die niet genoeg budget hebben om betaald onderzoek te laten doen (Medicine & Public Health, 2021). De Wetenschapswinkel verbindt de vragen van deze klanten aan studenten, zodat er toch een onderzoek kan worden uitgevoerd (Wetenschapswinkel/Science shop, z.d.).

### **1.1.1 Maatschappelijk debat rondom CAM**

CAM is een omstreden onderwerp in de maatschappij. Er zijn voorstanders van CAM, maar er zijn ook groepen die zich kritisch opstellen ten aanzien van het gebruik van CAM.

Voorbeelden van deze groepen zijn Stichting Skepsis en de Vereniging tegen Kwakzalverij (hierna afgekort als VtdK). De VtdK zet zich in om kwakzalverij bloot te leggen en te bestrijden. Volgens de VtdK moet geneeskunde berusten op wetenschap en de meeste CAM-therapieën doen dat niet. Niet-reguliere geneeswijzen zoals CAM zijn volgens deze vereniging uit den boze (Vereniging tegen de Kwakzalverij, 2022). Stichting Skepsis streeft ernaar om kritisch onderzoek te doen naar buitengewone beweringen (Stichting Skepsis, z.d.). Onder buitengewone beweringen vallen onder andere de CAM-therapieën. Stichting Skepsis probeert verklaringen te vinden voor vreemde verschijnselen en ze zijn geïnteresseerd in factoren die voor ongegronde overtuigingen zorgen. Echter geeft Stichting Skepsis aan dat wetenschappers niet alles kunnen verklaren, en dat sommige onwetenschappelijke overtuigingen zinvol kunnen zijn (Stichting Skepsis, z.d.).

Door de voor- en tegenstanders van CAM in Nederland is er sprake van een maatschappelijk debat omtrent dit onderwerp. Naast dat CAM een omstreden onderwerp is in de maatschappij, is het ook een omstreden onderwerp in de literatuur. Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het gebruik van CAM door mensen met verschillende maatschappelijke posities. Deze onderzoeken en maatschappelijke posities zullen verder worden toegelicht in paragraaf 1.2 over bestaande inzichten.

### **1.1.2 Het gebruik van CAM in Nederland**

De meeste Nederlanders maken bij gezondheidsklachten gebruik van reguliere geneeswijzen (Berveling, 2022), omdat zij hier het meeste vertrouwen in hebben (CBS, 2019a). In 2018 gaf 64,7% van de Nederlanders aan de meeste waarde te hechten aan de reguliere geneeswijzen, tegenover 1,4% die de meeste waarde hecht aan CAM (CBS, 2019a). Toch is er sprake van een stijgende lijn in het gebruik van CAM. In 1981 gaf 4% van de Nederlandse bevolking aan wel eens een CAM-therapeut te bezoeken (CBS, 2008). In 2007 is dit percentage gestegen naar 7% (CBS, 2008), en in 2018 gaf 11% van de Nederlandse bevolking aan een CAM-

therapeut te hebben bezocht (CBS, 2019a). Het gaat ieder jaar naar schatting om zo'n 750.000 volwassenen (CBS, 2019a).

Om een beeld te krijgen van welke mensen gebruikmaken van CAM – en hoe zij verschillen van mensen die gebruikmaken van reguliere geneeswijzen – keken sociale wetenschappers lange tijd alleen naar demografische kenmerken (Berveling, 2022). Als er wordt gekeken naar geslacht, leeftijd en opleiding maken vooral hoogopgeleide vrouwen tussen de 25 en de 65 jaar gebruik van CAM (André et al., 2018; CBS, 2019a). Tussen 2014 en 2018 maakten vrouwen ruim anderhalf keer zo vaak gebruik van CAM dan mannen (CBS, 2019a). Tegenwoordig wordt er meer onderzoek gedaan naar andere, niet-demografische kenmerken om een beeld te krijgen van welke mensen gebruikmaken van CAM. Er wordt vaker gekeken naar de ervaringen en de meningen van mensen die gebruikmaken van CAM (Berveling, 2022). Dit onderzoek sluit aan bij het in kaart brengen van de ervaringen van mensen die gebruikmaken van CAM, specifiek van cliënten met gezondheidsproblemen.

### **1.1.3 Doel van het onderzoek**

In dit onderzoek gaat het niet om het aantonen van de effecten van CAM, maar om de ervaringen van cliënten met gezondheidsproblemen die gebruikmaken van een CAM-therapie die wordt aangeboden door een therapeut die lid is bij de VBAG. Het doel is om in kaart te brengen óf CAM een meerwaarde heeft volgens gebruikers ervan, en zo ja, waar deze meerwaarde dan uit bestaat. Om dit te onderzoeken, wordt het concept 'Sense of Coherence' van medisch socioloog Antonovsky gebruikt. De verwachting is dat deze theorie kan helpen bij het in kaart brengen van de ervaringen van cliënten met CAM. Dit concept zal in het theoretisch kader verder worden uitgewerkt. Door de ervaringen met CAM goed in kaart te brengen, kan er wellicht meer begrip en een betere samenwerking ontstaan tussen de reguliere geneeskunde en CAM. Samenwerking tussen de reguliere geneeskunde en CAM kan relevant zijn voor iemands gezondheid en welzijn, vooral wanneer gebruikers van CAM een meerwaarde van CAM ervaren én daarbij gebruik willen blijven maken van reguliere geneeskunde.

## **1.2 Bestaande inzichten**

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar het gebruik van CAM. Schepers & Hermans (1998) maakten een historische analyse van CAM als opkomend fenomeen in de westerse wereld. Daarna werden er verschillende – voornamelijk kwantitatieve – onderzoeken gedaan naar de redenen waarom cliënten met gezondheidsproblemen kiezen voor CAM (Bishop et

al., 2007; Brosnan et al., 2023; Özlu et al., 2022; Yakoot, 2013). Wat ontbreekt in deze onderzoeken, zijn specifiek de ervaringen van cliënten met gezondheidsproblemen met CAM-therapieën met betrekking tot hun gezondheid en welzijn. Het concept ‘Sense of Coherence’ werd in deze onderzoeken ook niet gebruikt.

### **1.2.1 Historische analyse**

Schepers & Hermans (1998) maakten een historische analyse van CAM als opkomend fenomeen in de westerse wereld. Schepers is universitair hoofddocent sociaal-medische wetenschappen en Hermans is universitair hoofddocent gezondheidsrecht.

In 1818 werd een wet uitgeroepen op de uitoefening van geneeskunst, die bepaalde wie bevoegd was voor het uitoefenen van de geneeskunst en wie niet. Het ging bij de bevoegden om een heterogene groep van geneesheren, heelmeesters en vroedmeesters (Schepers & Hermans, 1998). Het voornaamste doel van deze wet van 1818 was om de strijd tegen de kwakzalverij aan te gaan. Deze wet van 1818 werd in 1865 versterkt door ‘de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst’ in te voeren (hierna afgekort als WUG). Deze wet zorgde ervoor dat alleen officieel erkende medische beroepsbeoefenaren het recht hadden om de geneeskunst uit te oefenen. Hierdoor heeft het medische beroep lange tijd een dominante positie gehad in de uitoefening van geneeskunde in Nederland (Schepers & Hermans, 1998). De reguliere geneeskunde had – in tegenstelling tot de niet-reguliere geneeskunde zoals CAM – een sociaal en cultureel gezag en dit bepaalde voor een groot deel hoe mensen over hun gezondheidsproblemen dachten en hun problemen verwoordden (Schepers & Hermans, 1998).

Schepers & Hermans beschrijven dat er lange tijd een verbod lag op het uitoefenen van CAM. Ongekwalficeerde beroepsuitoefening zoals CAM was strafbaar. Het uitoefenen van of het samenspannen met een beroepsbeoefenaar die CAM uitvoerde, werd gezien als een schending van het vertrouwen in de medische stand. Desalniettemin is er in 1998 een einde aan dit verbod gekomen door het invoeren van ‘de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg’ (hierna afgekort als BIG). Sindsdien is het formele verbod voor alternatieve beroepsbeoefenaren – zoals CAM-therapeuten – om hun geneeswijzen uit te oefenen, opgeheven.

Schepers & Hermans beschrijven drie belangrijke redenen waarom deze wetsverandering heeft plaatsgevonden. Ten eerste omdat een patiënt het recht moet hebben om zelf te kiezen naar welke beroepsbeoefenaar diegene gaat. Dat er nog veel illegale praktijken plaatsvonden, liet volgens Schepers en Hermans zien dat de reguliere geneeskunde

niet volledig in staat bleek te zijn de “mens als persoon” te behandelen. Hierdoor nam de interesse van patiënten in CAM toe. Ten tweede was de oude wetgeving – de WUG – lastig te handhaven, omdat ‘geneeskunde’ een zeer alomvattende definitie is. Hierdoor werd deze wet vaak overtreden. Er werd alleen actiegevoerd tegen de onbevoegde beroepsbeoefenaren die schade toebrachten aan hun patiënten, niet tegen de bevoegde beroepsbeoefenaren. Hierdoor kwam er behoefte aan een nieuwe wet die meer in overeenstemming was met de actualiteit (Schepers & Hermans, 1998). Ten derde werd de WUG opgeheven omdat er behoefte was aan vernieuwing van de wettelijke regels, bijvoorbeeld die voor verpleegkundigen. Bovendien waren er een aantal nieuwe specialismen gekomen die niet meer onder de WUG vielen (Schepers & Hermans, 1998). Een interessant gevolg van deze wetsverandering is dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden in Nederland waardoor CAM en reguliere geneeskunde steeds meer naast elkaar kunnen bestaan (Barry, 2006).

### **1.2.2 Redenen voor het kiezen van CAM**

De redenen om voor CAM te kiezen lopen erg uiteen en zijn ook afhankelijk van de aandoening of ziekte die mensen hebben (CBS, 2019a). Sommige mensen zijn gewoon nieuwsgierig naar CAM, of willen het eens proberen op advies van hun omgeving (CBS, 2019a). Daarnaast kan ontevredenheid over reguliere geneeskunde een rol spelen in de keuze voor CAM. Omdat mensen er graag alles aan willen doen om beter te worden, wordt CAM volgens sommige cliënten ook als laatste redmiddel gebruikt (CBS, 2019a). Uiteindelijk is het de individuele patiënt zelf die ervaart of een behandeling geholpen heeft en of het de tijd en kosten waard was (Rooijmans & Walvoort, 2003). Dit geldt zowel voor reguliere geneeswijzen als CAM, en de tevredenheid van patiënten kan anders uitpakken dan verwacht (Rooijmans & Walvoort, 2003).

Uit een systematische literatuurreview van Bishop et al. (2007) komen verschillende redenen naar voren waarom patiënten met gezondheidsproblemen kiezen voor CAM. Volgens Bishop et al. (2007) kiezen mensen onder andere voor CAM omdat zij dan het gevoel hebben dat ze een actievere rol spelen in de beslissingen over hun behandeling dan niet-CAM gebruikers. Ten tweede blijkt uit het onderzoek van Bishop et al. (2007) dat mensen die gebruikmaken van CAM anders tegen ziekte aankijken dan niet-CAM gebruikers. Overtuigingen over de oorzaak van een ziekte kan de keuze voor een CAM-therapie beïnvloeden volgens deze onderzoekers. Als voorbeeld noemen Bishop et al. (2007) de rol van voeding bij kanker. Wanneer patiënten ervan overtuigd zijn dat de oorzaak van kanker bij hun voeding kan liggen, zullen zij eerder geneigd zijn te kiezen voor bijvoorbeeld

dieettherapie (Bishop et al., 2007). Tot slot komt naar voren dat gebruikers van CAM veel waarde hechten aan een holistische, unieke en individuele aanpak. Bij CAM-therapieën wordt volgens de gebruikers ervan meer gekeken naar de hele persoon, in plaats van alleen naar de symptomen van iemand. Daarbij wordt er bij CAM-therapieën volgens gebruikers ervan meer gebruikgemaakt van natuurlijke behandelmethoden, in plaats van behandelmethoden met medicatie (Bishop et al. 2007).

Uit onderzoek van Brosnan et al. (2023) komt onder andere als motivatie naar voren dat CAM meer de nadruk zou leggen op het welzijn van cliënten met gezondheidsproblemen, in plaats van de nadruk te leggen op het puur genezen van de ziekte (Brosnan et al., 2023). Daarbij zouden CAM-therapeuten volgens gebruikers ervan meer holistisch naar de mens kijken en de behandeling meer afstemmen op het individu (Brosnan et al., 2023).

Volgens onderzoek van Yakoot (2013) wenden ook steeds meer mensen met gezondheidsproblemen zich tot CAM doordat er meer bekend is gekomen over CAM. Er is meer bekend gekomen over CAM doordat er grote vooruitgangen hebben plaatsgevonden op het gebied van communicatie, informatietechnologie en het internet. Dit heeft ervoor gezorgd dat het gebruik van CAM-therapieën en producten flink is gestegen (Yakoot, 2013). Yakoot is adviserend arts en medisch directeur van onderzoekscentrum 'Green Clinic', gespecialiseerd in kritische geneeskunde. Kritische geneeskunde stelt traditionele opvattingen en structuren binnen de geneeskunde ter discussie.

### **1.3 Probleemstelling**

Ondanks dat er verschillende – tot nu toe voornamelijk kwantitatieve – onderzoeken zijn gedaan naar redenen waarom mensen voor CAM kiezen en hoe zij het gebruik van CAM ervaren, is er nog relatief weinig kwalitatief onderzoek gedaan naar de ervaringen van cliënten met gezondheidsproblemen met CAM met betrekking tot hun gezondheid en welzijn. Daarom wil de VBAG meer te weten komen over de ervaringen van cliënten met gezondheidsproblemen die zich wenden tot CAM. Op deze manier wil de VBAG erachter komen of gebruikers een meerwaarde ervaren van CAM en zo ja, waar deze meerwaarde dan uit bestaat.

In deze scriptie wordt onderzocht wat de ervaringen zijn van cliënten met gezondheidsproblemen met CAM-therapieën die worden aangeboden door beroepsbeoefenaren die zijn aangesloten bij de VBAG. De probleemstelling zal worden beantwoord door middel van twee onderzoeksvragen. De eerste onderzoeksvraag dient ter

verkenning en wordt beantwoord door middel van een systematische literatuurreview. Deze luidt als volgt:

*“Wat is er in de literatuur bekend over hoe cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM ervaren met betrekking tot hun Sense of Coherence, en daarmee hun gezondheid en welzijn?”*

De tweede onderzoeksvraag dient ter verdieping en wordt beantwoord door middel van semigestructureerde interviews. Deze luidt als volgt:

*“Hoe ervaren cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM-therapieën, aangeboden door therapeuten die zijn aangesloten bij de VBAG, met betrekking tot hun gezondheid en welzijn?”*

### **1.3.1 Sense of Coherence**

Het concept dat wordt gebruikt om een antwoord te kunnen geven op de twee onderzoeksvragen, is ‘Sense of Coherence’ van medisch socioloog Antonovsky (1979). In plaats van de focus te leggen op wat mensen ziek maakt, legt Antonovsky de focus op wat mensen gezond maakt. Sense of Coherence is een concept dat is ontwikkeld om de bevordering van gezondheid te onderzoeken en te verklaren (Antonovsky, 1979). Sense of Coherence – het gevoel van samenhang – is gebaseerd op drie verschillende onderdelen: *begrijpelijkheid* in tegenstelling tot verwarring, *beheersbaarheid* in tegenstelling tot machteloosheid en *zingeving* in tegenstelling tot zinloosheid (Antonovsky, 1979). Er is al veel geschreven over Sense of Coherence in de context van reguliere geneeskunde, maar er is nog weinig bekend over Sense of Coherence in de context CAM. Dit concept zal verder worden uitgewerkt in het theoretisch kader.

### **1.3.2 Positieve gezondheid en de VBAG**

Bij de VBAG staat zorgdragen voor de gezondheid van de cliënt centraal, waarbij “de cliënt duidelijk de regie voert over zijn eigen gezondheid en de verantwoordelijkheid neemt in zijn eigen proces” (De Leeuw, 2023). Deze visie is gebaseerd op ‘positieve gezondheid’ en betreft een holistische benadering van zorg. ‘Positieve gezondheid’ is een concept van gezondheid dat is ontwikkeld door voormalig huisarts en onderzoeker Huber. Het gaat over “het

vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven” (Huber et al., 2016).

Het concept ‘positieve gezondheid’ van Huber et al. (2016) is ook gebaseerd op het werk van Antonovsky. In het concept van positieve gezondheid zijn de drie principes van Sense of Coherence opgenomen (Huber, 2021; Schermer & Van Der Horst, 2021). Positieve gezondheid helpt mensen om overzicht te krijgen over hun leven en het te begrijpen, wat past bij het begrip ‘begrijpelijkheid’. Daarnaast helpt positieve gezondheid mensen grip te krijgen op hun leven, wat past bij het begrip ‘beheersbaarheid’. Tot slot helpt positieve gezondheid mensen om in kaart te brengen wat voor hen belangrijk is, wat past bij het begrip ‘zingeving’ (Huber, 2019).

## **1.4 Sociologische relevantie**

Sociologie wordt gezien als de wetenschap van structuren van de samenleving en de verandering in deze structuren (McDaniel, 2013). Sociologie kijkt ook naar de sociale verschijnselen die het gevolg zijn van deze veranderingen. Bij medische sociologie wordt er gekeken naar sociale factoren die ziekte en gezondheid kunnen verklaren en inzichtelijk en begrijpelijk maken (McDaniel, 2013). Sociologische relevantie kan onderverdeeld worden in maatschappelijke relevantie en wetenschappelijke relevantie.

### **1.4.1 Maatschappelijke relevantie**

#### ***1.4.1.1 Toenemende behoefte aan holistische benadering***

Steeds meer mensen met gezondheidsklachten wenden zich tot CAM. Volgens Baarts & Pedersen (2009) is CAM een opkomend fenomeen in de westerse wereld (Baarts & Pedersen, 2009). Enerzijds komt dit doordat het verbod op CAM is opgeheven (Schepers & Hermans, 1998), anderzijds komt dit doordat de maatschappij behoefte heeft aan een meer holistische benadering van zorg (Berveling, 2022; Kruijff, 2018). Holistische zorg wordt gedefinieerd als “zorg die niet alleen kijkt naar de ziekte, maar naar de patiënt als geheel” (NIholista-Ammala, 2021). Zowel in de reguliere geneeskunde als bij CAM wordt patiëntgerichte zorg belangrijk gevonden (Van Vliet et al., 2016). Het gebruik van CAM wordt volgens Goldman & Cornwell (2015) doorgaans gezien als een oriëntatie op meer holistische zorg (Goldman & Cornwell, 2015).

Volgens Berveling (2022) vinden huisartsen een holistische aanpak steeds belangrijker worden (Berveling, 2022). Uit onderzoek van oncologisch chirurg Kruijff (2018) komt naar voren dat ook de patiënt zelf steeds meer behoefte heeft aan een arts die holistisch denkt (Kruijff, 2018). Het is daarbij volgens Kruijff belangrijk om als arts niet alleen naar de ziekte

van een patiënt te kijken, maar ook naar de patiënt zelf (Kruijff, 2018). Om een op maat gemaakte behandeling te kunnen bieden, moeten artsen volgens Kruijff verder kijken naar de kern van de patiënt (Kruijff, 2018). Ondanks de artseneed, waarin staat dat artsen goed moeten luisteren naar patiënten en het belang van de patiënt vooropstellen, vraagt Kruijff zich af of artsen zichzelf wel holistisch genoeg opleiden (Kruijff, 2018).

#### ***1.4.1.2 Maatschappelijk debat rondom CAM***

Ondanks de toenemende behoefte aan een holistische benadering van zorg – en daarmee een toenemende behoefte aan CAM – blijft het een omstreden onderwerp in de maatschappij. Er zijn voor- en tegenstanders van CAM, waardoor er sprake is van een maatschappelijk debat omtrent dit onderwerp. Dit maatschappelijk debat gaat onder andere over het kostenaspect van CAM en over het samenspel tussen CAM en reguliere geneeskunde. Niet alleen de VtdK en Stichting Skepsis stellen zich kritisch op tegenover het gebruik van CAM, ook in populaire media wordt deze discussie gevoerd. Zo spreekt bijvoorbeeld Arjen Lubach felle kritiek uit tegen CAM in zijn talkshow ‘Zondag met Lubach’ (Medisch Contact, 2017).

#### **Het kostenaspect van CAM**

Lubach spreekt zich in zijn talkshow onder andere uit over de kosten van CAM wanneer deze therapieën in het basispakket zouden worden opgenomen. Mensen die geen gebruikmaken van CAM, inclusief tegenstanders van CAM, zullen op deze manier ook voor CAM moeten betalen (Medisch Contact, 2017). Volgens Lubach wordt het gebruik van CAM onder andere gestimuleerd doordat de huisarts CAM-geneesmiddelen kan voorschrijven, doordat CAM-geneesmiddelen verkrijgbaar zijn bij de apotheek en deze vrijgesteld zijn van btw en doordat sommige CAM-therapieën bij enkele zorgverzekeraars in het basispakket zijn opgenomen. Voor tegenstanders van CAM is dit een belangrijk maatschappelijk probleem volgens Lubach, omdat zij op deze manier onwetend en onvrijwillig meebetelen aan CAM (Medisch Contact, 2017).

Er bestaat veel discussie rondom de vraag of CAM moet worden vergoed of niet. Zorgverzekeraars letten steeds meer op de kwaliteit van reguliere geneeskunde. Ondanks het gebrek aan wetenschappelijk bewijs en onderzoek naar veiligheid en effectiviteit van CAM, worden veel CAM-therapieën in aanvullende verzekeringen wel vergoed. Hierdoor vinden Van Den Hoogen et al. (2012) dat zorgverzekeraars met twee maten meten. Dit heeft volgens hen als gevolg dat de vergoedingen voor andere behandelingen, die wel effectief en bewezen zijn, in het gedrang komt (Van Den Hoogen et al., 2012). Toch vindt de meerderheid van



Nederland (59,9%) dat één of meerdere CAM-therapieën zouden moeten worden opgenomen in het basispakket (CBS, 2019b).

### **Het samenspel tussen CAM en reguliere geneeskunde**

Naast de discussie over het kostenaspect van CAM, gaat ook de samenwerking tussen reguliere geneeskunde en CAM vaak moeizaam. Reguliere zorgverleners zijn niet altijd bekend met de mogelijkheden binnen CAM en zij staan hier ook niet altijd voor open. Andersom geldt hetzelfde: CAM-therapeuten staan niet altijd open voor reguliere geneeskunde (Snyderman & Weil, 2002).

Volgens Stalenhoef (2008) beconcurreren en bekritisieren reguliere geneeskunde en CAM elkaar voortdurend, waardoor goede zorgverlening lastiger wordt (Stalenhoef, 2008). Volgens Rogier Hoenders (psychiater, oprichter van het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis en actief bij onderzoeksgroep ‘De Middenweg’) zorgt deze concurrentie ervoor dat het overgrote deel van de patiënten die gebruikmaken van CAM dit niet aan de huisarts vertelt (Stalenhoef, 2008). Toch zou het volgens Hoenders et al. (2014) mogelijk moeten zijn dat reguliere zorgverleners en CAM-therapeuten gaan samenwerken om een zo goed mogelijke zorg te kunnen aanbieden aan de patiënt (Hoenders et al., 2014). Voor een goede samenwerking tussen CAM-therapeuten en reguliere zorgverleners is het volgens Stalenhoef belangrijk dat de patiënt transparant kan zijn over welke vorm van zorg diegene ontvangt (Stalenhoef, 2008).

Wetenschappelijke bewijzen spelen een belangrijke rol als het gaat om geneeskunde, maar Hoenders geeft aan dat het hier niet alleen om gaat. De mening van de patiënt of cliënt over zijn of haar behandeling is een even zwaar meetellend onderdeel van ‘evidence based medicine’. Juist deze combinatie van wetenschap en patiëntgerichte zorg zorgt voor een holistische benadering (Stalenhoef, 2008).

### **1.4.2 Wetenschappelijke relevantie**

Er zijn al enkele onderzoeken gedaan naar de ervaringen van cliënten met gezondheidsproblemen met CAM met betrekking tot hun gezondheid en welzijn, maar hier is nog weinig aandacht besteed aan de rol van Sense of Coherence in de context van CAM.

Uit onderzoek van Özlü et al. (2022) is bijvoorbeeld gebleken dat het gebruik van CAM bij gezondheidsproblemen kan helpen bij het verbeteren van kwaliteit van leven, zelfzorg en het verbeteren van gezondheid (Özlü et al., 2022). Recent onderzoek van Brosnan et al. (2023) naar het gebruik van CAM toont aan dat gebruikers van CAM aangeven dat zij

de CAM-consulten waarderen, dat ze zich gehoord voelen en dat ze het gevoel hebben dat ze hun eigen gezondheid kunnen beheersen (Brosnan et al., 2023).

Daarnaast zijn er enkele onderzoeken gedaan naar de rol van Sense of Coherence in de context van reguliere geneeskunde. Eriksson & Lindström (2005, 2006, 2007) deden bijvoorbeeld onderzoek naar de invloed van Sense of Coherence op iemands gezondheid en welzijn in de context van reguliere geneeskunde. Eén van hun onderzoeken heeft vastgesteld dat een sterkere Sense of Coherence geassocieerd wordt met onder andere een effectievere omgang met gezondheidsproblemen, verbeterde fysieke en mentale gezondheid en een verhoogde kwaliteit van leven. Deze positieve effecten dragen bij aan een verhoogd welzijn en kunnen zelfs bijdragen aan het voorkomen van gezondheidsproblemen (Lindström & Eriksson, 2005). Volgens Lindström & Eriksson (2007) is een sterkere Sense of Coherence ook geassocieerd met een sterker gevoel van zingeving en betekenis in het leven, wat ook kan bijdragen aan een beter welzijn (Eriksson & Lindström, 2007). In het theoretisch kader worden deze onderzoeken nader toegelicht. Onderzoek van Huber et al. (2016) heeft ook aangetoond dat een sterkere Sense of Coherence kan bijdragen aan een sterkere positieve gezondheid, door het vergroten van het vermogen om met uitdagingen om te gaan en een gevoel van controle en betekenis te bieden (Huber et al., 2016).

Echter is er nog weinig bekend over de rol van Sense of Coherence in de context van CAM. Enkele onderzoeken tonen aan dat het gebruik van CAM een bijdrage kan leveren aan iemands Sense of Coherence, en daarmee iemands gezondheid en welzijn. Zo is er bijvoorbeeld door Gimpel et al. (2014) onderzoek gedaan naar veranderingen in Sense of Coherence en kwaliteit van leven bij patiënten die gebruikmaken van bodymind therapie. Deze studie benadrukt dat bodymind therapie een positieve impact heeft op iemands Sense of Coherence, en daarmee iemands kwaliteit van leven (Gimpel et al., 2014).

Dit onderzoek levert een bijdrage aan onderzoek over de rol van Sense of Coherence bij cliënten met gezondheidsproblemen die zich wenden tot CAM. Het gaat in dit onderzoek specifiek om cliënten die een CAM-therapie volgen bij beroepsbeoefenaren die lid zijn van de VBAG.

## **1.5 Opbouw van de scriptie**

In deze scriptie wordt gepoogd meer inzicht te verkrijgen in de ervaringen van cliënten met het gebruik van CAM bij gezondheidsklachten en de rol van Sense of Coherence hierbij. Er wordt gekeken of CAM een meerwaarde heeft volgens gebruikers ervan en zo ja, waar deze meerwaarde uit bestaat. Om deze probleemstelling te beantwoorden, zijn er twee

onderzoeksvragen opgesteld. De eerste onderzoeksvraag wordt beantwoord door middel van een systematische literatuurreview en luidt als volgt:

*“Wat is er in de literatuur bekend over hoe cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM ervaren met betrekking tot hun Sense of Coherence, en daarmee hun gezondheid en welzijn?”*

De tweede onderzoeksvraag wordt beantwoord door middel van interviews en luidt als volgt:

*“Hoe ervaren cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM-therapieën, aangeboden door therapeuten die zijn aangesloten bij de VBAG, met betrekking tot hun gezondheid en welzijn?”*

In het tweede hoofdstuk wordt de systematische literatuurreview uitgewerkt in het theoretisch kader. Door middel van deze systematische literatuurreview wordt inzichtelijk gemaakt wat er bekend is over hoe het gebruik van CAM kan bijdragen aan iemands Sense of Coherence, en daarmee aan iemands gezondheid en welzijn. Welzijn is een onderdeel van kwaliteit van leven en wordt geoperationaliseerd door middel van de drie kernbegrippen van Sense of Coherence: begrijpelijkheid, beheersbaarheid en zingeving. Al deze begrippen worden verder toegelicht in het theoretisch kader. In het derde hoofdstuk wordt de methode van dit onderzoek beschreven. In het vierde hoofdstuk worden de resultaten besproken. Met deze resultaten wordt er in het laatste hoofdstuk antwoord gegeven op de twee onderzoeksvragen. In het laatste hoofdstuk worden ook de aanbevelingen en conclusie gepresenteerd.

## 2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt het theoretisch kader gepresenteerd. Voorafgaand aan de uitvoering van het kwalitatieve onderdeel van dit onderzoek, is een theoretische achtergrond vereist. Het theoretisch kader biedt structuur en geeft richting aan dit onderzoek. Verschillende concepten worden in dit hoofdstuk uitgediept. In paragraaf 2.1 wordt in kaart gebracht wat Sense of Coherence precies is en welke meerwaarde het heeft. In paragraaf 2.2 wordt de relatie tussen Sense of Coherence en iemands gezondheid en welzijn in kaart gebracht, in de context van reguliere geneeskunde.

Om erachter te komen wat de relatie is tussen Sense of Coherence en iemands gezondheid en welzijn in de context van CAM, is er een systematische literatuurreview uitgevoerd. De methode van deze systematische literatuurreview is te vinden in bijlage 3. De resultaten van de systematische literatuurreview worden gepresenteerd in paragraaf 2.3 en 2.4. Er wordt in kaart gebracht wat er in de literatuur te vinden is over hoe cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM ervaren met betrekking tot hun Sense of Coherence, en daarmee hun gezondheid en welzijn. De onderzoeksvraag die door middel van deze systematische literatuurreview wordt beantwoord, luidt als volgt:

*“Wat is er in de literatuur bekend over hoe cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM ervaren, met betrekking tot hun Sense of Coherence, en daarmee hun gezondheid en welzijn?”*

### 2.1 Sense of Coherence

Dertig jaar lang heeft medisch socioloog Antonovsky onderzoek gedaan naar gezondheid en ziekte. In plaats van de focus te leggen op wat mensen ziek maakt, hield Antonovsky zich juist bezig met de vraag wat mensen gezond maakt (Antonovsky, 1979). Antonovsky kwam tot het inzicht dat er in de geneeskunde vaak werd gefocust op ziekte en entropie: de aftakeling tot wanorde. Deze traditionele vorm van geneeskunde wordt ook wel ‘pathogenese’ genoemd. Antonovsky was van mening dat het succesvoller zou zijn om te kijken naar manieren waarop de maatschappij de neiging tot entropie tegen kon gaan. Daarom ontwikkelde hij het concept ‘negatieve entropie’, waarbij hij zocht naar handvaten voor mensen om entropie tegen te kunnen gaan. Negatieve entropie staat dus voor iets positiefs (Antonovsky, 1987).

In de jaren dat Antonovsky bezig was met het bestuderen van gezondheid, bedacht hij een beroemd woord dat haaks staat op de pathogenese, namelijk *salutogenese*: de oorsprong

van gezondheid (Antonovsky, 1979). Door de focus te leggen op gezondheid in plaats van ziekte, liep Antonovsky op zijn tijd vooruit. Hij was er echter niet van overtuigd dat een salutogene visie de overhand zou krijgen in de maatschappij ten opzichte van pathogenese. Daarvoor was de pathogene denkwijze volgens Antonovsky te diep verankerd in ons brein (Antonovsky, 1979). Wel ging Antonovsky samenwerken met onderzoekers uit verschillende beroepen om de kennis over salutogenese verder te brengen (Antonovsky, 1979).

Antonovsky hield zich dus bezig met de vraag waar de oorsprong van gezondheid ligt. Volgens hem is het antwoord op die vraag dat de oorsprong van gezondheid in een gevoel van samenhang ligt. Om deze vraag en het antwoord samen te vatten, ontwikkelde Antonovsky het ‘Salutogenic Model of Health’ (hierna afgekort als SMH), waarbij het concept Sense of Coherence (het gevoel van samenhang) centraal staat (Antonovsky, 1979). De eerste vijftien jaar was Antonovsky vooral bezig met het SMH, de laatste vijftien jaar lag zijn focus op het concept Sense of Coherence (Antonovsky, 1987).

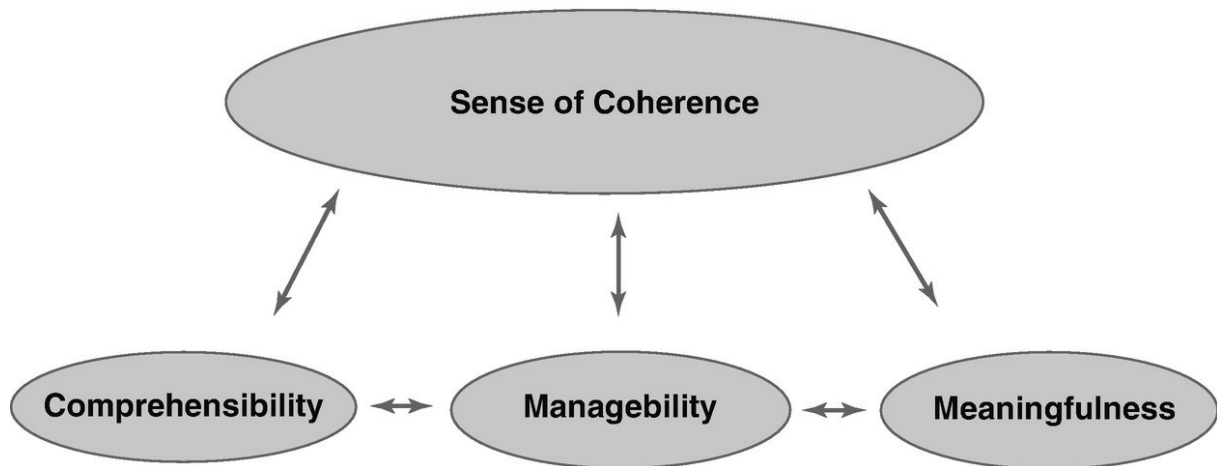
Bij het ontwikkelen van het SMH maakte Antonovsky zich niet alleen los van zijn eerdere werk, maar ook van het werk van vrijwel alle anderen in die tijd. Antonovsky was ervan overtuigd dat een salutogene oriëntatie – in tegenstelling tot een pathogene oriëntatie – een waardevolle toevoeging kon zijn voor gezondheidsbevordering. Hij stelde dat het SMH een basis zou kunnen vormen voor de ontwikkeling van een productieve theorie op dit specifieke gebied (Antonovsky, 1996).

Al het onderzoek dat Antonovsky decennialang heeft uitgevoerd en alle bevindingen die hij heeft geconstateerd, zijn uiteindelijk samengevat in het concept van Sense of Coherence. Dit concept heeft Antonovsky ontwikkeld om antwoord te kunnen geven op zijn salutogene vraagstuk (Antonovsky, 1987). De originele definitie van Sense of Coherence (Antonovsky, 1987) is te zien in figuur 1.

*Sense of coherence (SOC) is a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive and enduring, though dynamic, feeling of confidence that (1) the stimuli derived from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable (comprehensibility); (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli (manageability); and (3) these demands are challenges that are worthy of investment and engagement (meaning)*

*Figuur 1 – Definitie Sense of Coherence*

Het concept van Sense of Coherence bestaat uit drie kernbegrippen: begrijpelijkheid, beheersbaarheid en zingeving, te zien in figuur 2.



*Figuur 2 – Concept Sense of Coherence*

### **2.1.1 Begrijpelijkheid**

Het eerste kernbegrip ‘begrijpelijkheid’ gaat over de vraag in hoeverre mensen in staat zijn hun situatie te begrijpen. Het gaat over “de mate waarin gebeurtenissen als logisch, geordend, consistent en gestructureerd worden ervaren”. Hierbij is het belangrijk dat iemand “een duidelijk inzicht moet hebben in de aard van zijn ziekte of klachten” (Antonovsky, 1979; Collingwood, 2016). Het gaat hierbij dus om het begrijpen van de oorzaken van de ziekte of klachten. Een voorbeeld hiervan is wanneer men stress ervaart op het werk. Wanneer men begrijpt waar de oorzaak van de stress ligt, bijvoorbeeld door onrealistische verwachtingen van hun baas, dan stelt dat mensen in staat om effectiever met hun stress om te gaan. Wanneer men het vermogen heeft om stressvolle situaties te begrijpen en er effectief op te reageren, zal dit uiteindelijk leiden tot een betere gezondheid en een hoger welzijn (Vinje et al., 2016).

### **2.1.2 Beheersbaarheid**

Het tweede kernbegrip ‘beheersbaarheid’ gaat over in hoeverre mensen het gevoel hebben dat ze zelf iets aan hun situatie kunnen doen en in hoeverre ze zelf keuzes kunnen maken in het leven. Het gaat over de mate waarin iemand denkt dat hij of zij de situatie aankan, bijvoorbeeld met gezondheidsproblemen of ziekte (Antonovsky, 1979; Collingwood, 2016). Een voorbeeld dat Antonovsky zelf noemt, is iemand die een gebrek heeft aan geld. Ondanks de stress die gepaard gaat met de financiële zorgen, kan iemand wel het gevoel hebben dat ze enige controle over de situatie hebben en dat ze stappen kunnen zetten om van hun financiële zorgen af te komen. Terwijl ze aan deze oplossingen werken, ervaren ze een gevoel van

beheersbaarheid, omdat ze actief stappen ondernemen om hun financiële problemen aan te pakken. Dit gevoel van beheersbaarheid kan bijdragen aan een beter welzijn en een effectievere omgang met uitdagingen (Vinje et al., 2016).

### **2.1.3 Zingeving**

Het derde kernbegrip ‘zingeving’ gaat over de vraag in hoeverre mensen voelen dat het leven zinvol en de moeite waard is (Antonovsky, 1979; Collingwood, 2016). Bijvoorbeeld wanneer iemand zijn baan verliest. Ondanks het feit dat iemand geen baan meer heeft, kan iemand alsnog betekenis halen uit deze situatie. Het verliezen van een baan zorgt bijvoorbeeld voor nieuwe carrièremogelijkheden en geeft ruimte om na te denken over waar iemands hart ligt. In plaats van een gevoel van machteloosheid te ervaren, ontdekt iemand betekenis in de kansen die zich voordoen, en gebruikt die betekenis als motivatie om hun leven in een nieuwe richting te sturen (Vinje et al., 2016).

Antonovsky introduceerde Sense of Coherence niet alleen om een antwoord te kunnen geven op de vraag waar de oorsprong van gezondheid ligt. Hij ontwikkelde het ook om inzicht te verkrijgen in hoe mensen omgaan met stress en uitdagingen, en hoe dit van invloed is op hun algemene gezondheid en welzijn (Antonovsky, 1993). Hij hield zich daarom bezig met de verklaring waarom sommige mensen, ongeacht grote stressvolle situaties, erin slagen gezond te blijven en een goed leven te leiden, en anderen niet (Lindström & Eriksson, 2005).

In de jaren '60 deed Antonovsky bijvoorbeeld onderzoek naar vrouwen in de menopauze. Hiervoor zag hij veel vrouwen die de Holocaust hadden meegemaakt. De meeste vrouwen waren hierdoor getraumatiseerd, maar een derde van hen niet (Vinje et al., 2016). Antonovsky was geboeid door de vraag hoe het kon dat sommige vrouwen niet getraumatiseerd waren, terwijl ze dezelfde vreselijke stressor hadden meegemaakt als de vrouwen die wel getraumatiseerd werden (Institute for Positive Health, 2020).

Volgens Antonovsky is het feit dat sommige vrouwen niet getraumatiseerd waren deels toe te schrijven aan iemands Sense of Coherence. De vrouwen die begrepen wat er was gebeurd, die geloofden dat ze de kracht hadden om te overleven en te herstellen en die uiteindelijk betekenis konden vinden in hun ervaring, hebben een sterkere Sense of Coherence dan vrouwen die dit niet konden. De vrouwen met een sterkere Sense of Coherence waren minder getraumatiseerd dan de vrouwen met een lagere Sense of Coherence (Antonovsky, 1990).

Met het ontwikkelen van het concept Sense of Coherence heeft Antonovsky een bijzondere bijdrage geleverd aan onderzoek naar gezondheid en welzijn. Door middel van Sense of Coherence introduceerde Antonovsky een holistische benadering van gezondheid en welzijn. In plaats van alleen te focussen op de afwezigheid van ziekte, benadrukte hij het belang van het begrijpen van de hele persoon, inclusief hun psychologische, sociale en fysieke aspecten (Antonovsky, 1996). De introductie van Sense of Coherence heeft geleid tot waardevolle inzichten in de manier waarop mensen omgaan met uitdagingen in het leven.

## **2.2 De relatie tussen Sense of Coherence en gezondheid en welzijn in de context van reguliere geneeskunde**

In paragraaf 2.1 is in kaart gebracht wat Sense of Coherence precies is en wat Antonovsky met dit concept heeft toegevoegd aan wetenschappelijk onderzoek. Om antwoord te kunnen geven op de vraag hoe Sense of Coherence van invloed is op iemands gezondheid en welzijn, worden er in deze paragraaf verschillende onderzoeken gepresenteerd die hebben gekeken naar de invloed van Sense of Coherence op iemands leven in de context van reguliere geneeskunde. Enerzijds is er in deze onderzoeken gekeken naar de invloed van Sense of Coherence op gezondheid, anderzijds is er gekeken naar de invloed van Sense of Coherence op kwaliteit van leven. Welzijn is een onderdeel van kwaliteit van leven.

Ten eerste toonde Antonovsky (1990) zelf aan dat er verschillende manieren zijn waarop een sterke Sense of Coherence positief kan bijdragen aan iemands gezondheid. Een sterke Sense of Coherence kan er volgens Antonovsky voor zorgen dat iemand zich meer bezighoudt met gezondheid bevorderend gedrag, bijvoorbeeld door middel van het veranderen van je attitudes ten opzichte van een situatie (Antonovsky, 1990).

Onderzoek van Lindström & Eriksson (2005) heeft vastgesteld dat een sterkere Sense of Coherence geassocieerd wordt met onder andere een effectievere omgang met gezondheidsproblemen, een verbeterde fysieke en mentale gezondheid en een verhoogde kwaliteit van leven. Deze positieve effecten dragen bij aan een verhoogd welzijn en kunnen zelfs bijdragen aan het voorkomen van gezondheidsproblemen (Lindström & Eriksson, 2005). Om het verband tussen Sense of Coherence en gezondheid en kwaliteit van leven nauwkeuriger te onderzoeken, hebben Eriksson & Lindström twee verschillende systematische literatuurreviews uitgevoerd (Eriksson & Lindström, 2006, 2007). Het eerste onderzoek richtte zich op het verband tussen Sense of Coherence en gezondheid, het tweede



onderzoek op het verband tussen Sense of Coherence en kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven gaat onder andere over het welzijn van mensen (Eriksson & Lindström, 2007).

Deze twee onderzoeken toonden aan dat mensen met een sterke Sense of Coherence beter beschermd waren tegen symptomen van angst, depressie, burn-out en gevoelens van hulpeloosheid. Dit verband hing nauw samen met gezondheidsbronnen zoals optimisme, veerkracht, het gevoel van controle en effectieve omgang met stressvolle situaties (coping). Deze gezondheidsbronnen zijn een goede voorspeller van een goede gezondheid en kwaliteit van leven van kindertijd tot volwassenheid (Eriksson & Lindström, 2006, 2007). Met andere woorden, mensen met een sterke Sense of Coherence bleken beter in staat om met uitdagingen om te gaan en hadden over het algemeen een betere gezondheid en een betere kwaliteit van leven gedurende hun hele leven.

Er zijn dus verschillende onderzoeken gedaan naar de relatie tussen Sense of Coherence en gezondheid en welzijn in de context van reguliere geneeskunde. Hieruit kwam naar voren dat een sterkere Sense of Coherence kan bijdragen aan een betere gezondheid en een verhoogde kwaliteit van leven.

### **2.3 De relatie tussen Sense of Coherence en gezondheid en welzijn in de context van CAM**

In paragraaf 2.2 is in kaart gebracht wat de invloed is van Sense of Coherence op iemands gezondheid en welzijn in de context van reguliere geneeskunde. Om erachter te komen wat er bekend is over de invloed van Sense of Coherence op iemands gezondheid en welzijn in de context van CAM, is er voor dit onderzoek een systematische literatuurreview uitgevoerd. Door middel van deze systematische literatuurreview wordt geprobeerd de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden. In deze paragraaf worden verschillende kwantitatieve onderzoeken gepresenteerd die hebben gekeken naar de invloed van Sense of Coherence op iemands leven in de context van CAM. In deze onderzoeken is er ook enerzijds gekeken naar de invloed van Sense of Coherence op iemands gezondheid, en anderzijds naar de invloed van Sense of Coherence op iemands kwaliteit van leven. Welzijn is een onderdeel van kwaliteit van leven.

Het positieve verband tussen een sterke Sense of Coherence en een betere kwaliteit van leven wordt verder ondersteund door onderzoek van Alcantara et al. (2020). Dit betreft een onderzoek naar de relatie tussen Sense of Coherence en kwaliteit van leven bij patiënten die chiropractische zorg ontvangen. Chiropractische behandelingen zijn gericht op het opheffen

van blokkades in het lichaam, om zo de druk op zenuwbanden en spieren te verminderen. Specifiek werd er in dit onderzoek gekeken naar de relatie tussen Sense of Coherence en de sociaal-demografische gegevens van patiënten, klinische covariantie en verschillende domeinen van kwaliteit van leven. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat een hoge score voor de kwaliteit van leven op het gebied van de geestelijke gezondheid een hoge Sense of Coherence voorspelt (Alcantara et al., 2020).

Burns et al. (2018) ontdekten ook dat een sterkere Sense of Coherence nauw samenhangt met een betere gezondheid en een betere kwaliteit van leven. Burns et al. (2018) deden onderzoek naar de invloed van muziektherapie bij chemotherapie. Burns et al. (2018) benoemen dat uit eerder onderzoek is gebleken dat een sterkere Sense of Coherence ervoor zorgt dat kankerpatiënten het leed van hun ziekte beter kunnen verdragen (Burns et al., 2018). Uit het onderzoek kwam ook naar voren dat patiënten die tijdens chemotherapie naar muziek luisterden, aangaven minder lijden te ervaren. Dit zou volgens Burns et al. (2018) komen door een sterke interne gezondheidslocus of control en door een sterke Sense of Coherence (Burns et al., 2018).

Bargehr et al. (2023) concludeerden ook dat kankerpatiënten met een sterkere Sense of Coherence beter in staat zijn om met hun ziekte om te gaan (Bargehr et al., 2023). Het doel van hun studie was om in kaart te brengen hoe Sense of Coherence samenhangt met verschillende aspecten, zoals demografische kenmerken, psychologische factoren, levensstijl en het gebruik van CAM bij kanker. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat de sterkte van iemands Sense of Coherence een aanzienlijke invloed heeft op iemands algemene levenstevredenheid (Bargehr et al., 2023).

Gwiaździński et al. (2017) deden ook onderzoek naar de voorspellende kracht van Sense of Coherence op zowel mentale als fysieke gezondheid. Zij deden onderzoek naar de invloed van hatha-yoga op iemands Sense of Coherence. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat personen met een hogere Sense of Coherence actiever zijn in het benutten van externe hulpbronnen om entropie tegen te gaan, wat leidt tot een betere gezondheid. Doordat personen met een sterkere Sense of Coherence hun externe hulpbronnen beter kunnen benutten, blijven zij zelf beter 'in balans' waardoor ze minder snel ziek kunnen worden. Mensen met een lagere Sense of Coherence benutten hun externe hulpbronnen minder, waardoor zij sneller worden aangetrokken tot entropie en sneller 'uit balans' raken. Hierdoor hebben zij een grotere kans om ziek te worden (Gwiaździński et al., 2017).

Ten slotte komt uit onderzoek Gimpel et al. (2014) naar voren dat Sense of Coherence kan dienen als een 'buffer' in stressvolle situaties. Zij deden onderzoek naar veranderingen in

Sense of Coherence en kwaliteit van leven bij patiënten in een polikliniek voor bodymind therapie (Gimpel et al., 2014). Dit onderzoek liet zien dat een sterkere Sense of Coherence samengaat met een betere gezondheid en een hogere levenskwaliteit (Gimpel et al., 2014).

#### **2.4 De relatie tussen het gebruik van CAM en Sense of Coherence**

In paragraaf 2.2 en 2.3 is duidelijk geworden dat een sterke Sense of Coherence verband houdt met een betere gezondheid en een betere kwaliteit van leven, zowel in de context van reguliere geneeskunde als in de context van CAM. Om antwoord te kunnen geven op de vraag hoe het gebruik van een CAM-therapie van invloed is op iemands Sense of Coherence, worden er in deze paragraaf verschillende kwantitatieve onderzoeken gepresenteerd die hebben gekeken naar dit verband. In deze onderzoeken worden aspecten van de CAM-therapie door de auteurs zelf gelinkt aan het concept van Sense of Coherence.

Onderzoek door Bargehr et al. (2023) naar de relatie tussen het gebruik van CAM-therapieën en Sense of Coherence bij kanker suggereert dat het vrijwillig kiezen voor CAM-therapieën in het algemeen iemands Sense of Coherence kan versterken. Volgens Bargehr et al. (2023) zorgt een CAM-therapie bij kanker ervoor dat patiënten zich actiever betrokken voelen bij hun kankerbehandeling (Bargehr et al., 2023). Dit zou ervoor kunnen zorgen dat patiënten het gevoel hebben dat ze hun ziekte beter beheersen, wat past bij het onderdeel ‘beheersbaarheid’ van Sense of Coherence van Antonovsky (1979). Bargehr et al. (2023) stellen echter ook dat dit verband verder onderzocht dient te worden, omdat zij in dit onderzoek geen significante resultaten hebben gevonden (Bargehr et al., 2023).

Burns et al. (2018) benadrukken in hun studie naar de invloed muziektherapie bij chemotherapie dat deze vorm van CAM-therapie de Sense of Coherence van patiënten positief kan beïnvloeden. Muziektherapie is een vorm van therapie waarbij muziek centraal staat. De muziek wordt doelgericht ingezet binnen een behandeling. Muziektherapie kan ervoor zorgen dat negatieve stressoren die verband houden met de chemotherapie, worden verminderd (Burns et al., 2018). De muziektherapie zorgt ervoor dat positieve coping mechanismen worden geactiveerd. Op deze manier kunnen kankerpatiënten beter met hun ziekte omgaan en het leed van hun ziekte beter verdragen (Burns et al., 2018). Muziektherapie kan dus vooral helpen bij het beheersen van de ziekte, wat past bij het onderdeel ‘beheersbaarheid’ van Sense of Coherence van Antonovsky (1979).

Daarnaast ontdekten Gwiaździński et al. (2017) in hun onderzoek naar de invloed van hatha-yoga op iemands Sense of Coherence dat deze vorm van CAM-therapie ook een gunstig

effect heeft op iemands Sense of Coherence. Hatha-yoga is een tak van yoga die zich naast de fysieke yogahoudingen bezighoudt met de verbinding tussen lichaam en geest (Gwiaździński et al., 2017). In deze studie werd er specifiek gekeken naar de invloed van het langdurig beoefenen van hatha-yoga op iemands algemene weerstand tegen stressoren. Dit werd uitgevraagd door middel van een vragenlijst over Sense of Coherence. Uit de studie kwam naar voren dat hatha-yogabeoefenaars een sterkere Sense of Coherence ervaren (Gwiaździński et al., 2017). Daarnaast kwam naar voren dat het beoefenen van hatha-yoga ervoor kan zorgen dat iemand zijn situatie beter begrijpt. Dit past bij het onderdeel ‘begrijpelijkheid’ van Sense of Coherence van Antvosky (1979).

Verder toont onderzoek van Jueng & Chen (2022) aan dat betrokkenheid bij tuinbouwtherapie gepaard gaat met een verhoogde Sense of Coherence (Jueng & Chen, 2022). Zij deden specifiek onderzoek naar de effecten van tuinbouwtherapie op de Sense of Coherence van bewoners van instellingen voor langdurige zorg (Jueng & Chen, 2022). Tuinbouwtherapie wordt gedefinieerd als “tuinbouwgerelateerde activiteit door individuen met behulp van een facilitator om diverse resultaten te verbeteren” (Jueng & Chen, 2022). Uit dit onderzoek blijkt dat de bewoners voorafgaand aan het onderzoek een lage Sense of Coherence hadden. Door middel van de tuinbouwtherapie werd de Sense of Coherence van de bewoners versterkt, en daarmee hun geestelijke gezondheid (Jueng & Chen, 2022). Tuinbouwtherapie zorgde er volgens dit onderzoek voor dat de bewoners een positievere houding aannamen tegenover ouder worden en dat hun gevoel van hoop werd versterkt (Jueng & Chen, 2022). Dit past bij het onderdeel ‘zingeving’ van Sense of Coherence van Antonovsky (1979).

Een studie door Gimpel et al. (2014) naar veranderingen in Sense of Coherence en kwaliteit van leven bij patiënten van een polikliniek voor bodymind therapie, benadrukt dat bodymind therapie een positieve impact heeft op Sense of Coherence en kwaliteit van leven (Gimpel et al., 2014). Bodymind therapie zorgde er niet voor dat mensen genazen, maar wel voor het verminderen van het lijden. Bodymind therapie hielp mensen om beter met hun ziekte om te kunnen gaan, doordat zij hun ziekte op betere manieren konden beheersen en hun stressgerelateerde aandoeningen en ziekten konden verminderen (Gimpel et al., 2014). Dit past bij het onderdeel ‘beheersbaarheid’ van Sense of Coherence van Antonovsky (1979).

Patel et al. (2014) onderzochten de effecten van psycho-spirituele integratieve therapie op borstkankeroverlevenden. Psycho-spirituele integratieve therapie bestaat onder andere uit mindfulness, meditatie, visualisatie, ademhalingsoefeningen en diepgaande gesprekstherapie om emotionele genezing en spirituele groei te bevorderen. Patel et al. (2014) ontdekten dat

deze vorm van CAM-therapie de borstkankeroverlevenden helpt om te gaan met paradoxale ervaringen na de ziekte. Paradoxen verwijzen naar tegenstrijdige of schijnbaar onverenigbare aspecten van het leven, emoties of overtuigingen die zich kunnen voordoen na het doormaken van een ingrijpende gebeurtenis zoals borstkanker (Patel et al., 2014). Dit onderzoek toont aan dat deze CAM-therapie hen lijkt te helpen te kunnen omgaan met en betekenis te vinden in de complexiteit van hun emoties en gedachten na de ziekte (Patel et al., 2014). Deze aspecten passen bij de onderdelen ‘begrijpelijkheid’ en ‘beheersbaarheid’ van Sense of Coherence van Antonovsky (1979). Dit onderzoek toont ook aan dat deze CAM-therapie kan helpen bij het creëren en verfijnen van een ambitie of levensdoel. Dit past bij het onderdeel ‘zingeving’ van Sense of Coherence van Antonovsky (1979).

Ten slotte toont onderzoek van Bonacchi et al. (2014) aan dat kankerpatiënten die CAM-therapieën ondergaan verschillende voordelen ervaren. Bonacchi et al. (2014) deden onderzoek naar het gebruik en de waargenomen voordelen van CAM-therapieën zoals acupunctuur en bodymind therapie volgens kankerpatiënten (Bonacchi et al., 2014). Uit dit onderzoek kwam naar voren dat CAM-therapieën kunnen zorgen voor een verbeterd welzijn en verminderde bijwerkingen van kankerbehandelingen. Daarbij zorgden de CAM-therapieën voor een versterkt gevoel van controle over hun gezondheid (Bonacchi et al., 2014). Het gevoel van controle over gezondheid past bij het onderdeel ‘beheersbaarheid’ van Sense of Coherence van Antonovsky (1979).

## **2.5 Korte samenvatting systematische literatuurreview**

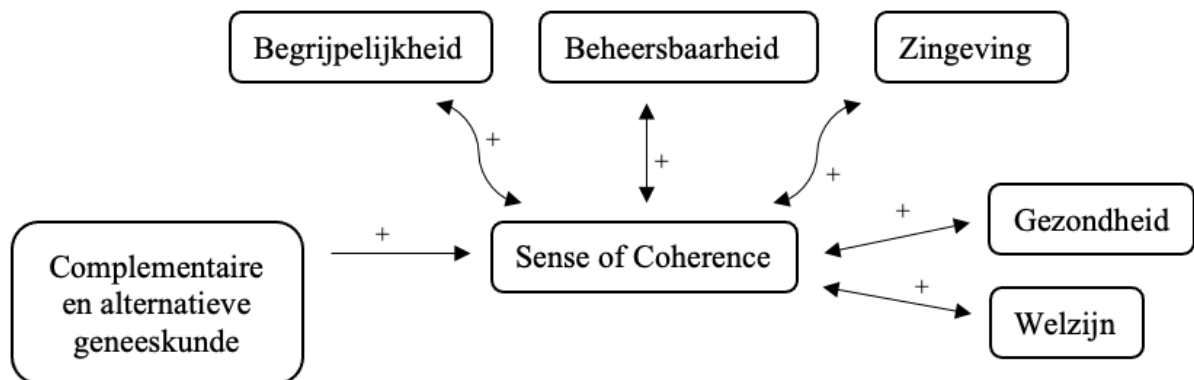
Hoewel de besproken kwantitatieve studies verschillende CAM-therapieën bij cliënten met gezondheidsproblemen hebben onderzocht – variërend van muziektherapie tot spierontspanning en Tai Chi – is er een consistente bevinding dat CAM-therapieën een positieve invloed kunnen hebben op iemands Sense of Coherence. Uit de bovenstaande literatuur komt naar voren dat het volgen van diverse CAM-therapieën cliënten met gezondheidsproblemen de mogelijkheid biedt om de begrijpelijkheid, beheersbaarheid en zingeving bij een ziekte of gezondheidsproblemen te vergroten. Dit kan op zijn beurt weer bijdragen aan verbeterde gezondheidsresultaten en een verhoogde kwaliteit van leven. Een hogere kwaliteit van leven bestaat bijvoorbeeld uit een hoger welzijn.

## **2.6 Verwachtingen op basis van literatuur**

Met de inzichten en bevindingen die door middel van de systematische literatuurreview zijn verkregen, samengevat in paragraaf 2.5, is de verwachting dat er tijdens de interviews

soortgelijke resultaten naar voren zullen komen. Door middel van de interviews kan er echter specifiekere worden ingegaan op de drie verschillende onderdelen van Sense of Coherence en kan er meer worden doorgevraagd op de ervaringen van de cliënten. Er wordt verwacht dat cliënten met gezondheidsproblemen die zich wenden tot CAM, in de interviews mogelijk zullen aangeven dat CAM een positieve invloed heeft (gehad) op hun leven. Door een open gesprek met de cliënten te gaan over hun ervaringen, wordt er verwacht dat er in hun verhalen elementen van Sense of Coherence herkenbaar zullen zijn. Daarnaast wordt er verwacht dat er naast de elementen van Sense of Coherence ook andere zaken naar voren zullen komen die niet in het concept van Sense of Coherence passen.

De verwachting is dat het gebruik van CAM de cliënten helpt om hun ziekte of gezondheidsproblemen beter te begrijpen en beheersen. Daarnaast wordt er verwacht dat het gebruik van CAM hen helpt om meer zingeving te halen uit hun ziekte of gezondheidsproblemen. Vervolgens wordt er ook verwacht dat deze elementen samen bijdragen aan een betere gezondheid en een hoger welzijn van cliënten met gezondheidsproblemen. Het gaat hierbij om cliënten die een CAM-therapie volgen bij een beroepsbeoefenaar die lid is van de VBAG. In figuur 3 zijn de verwachtingen weergegeven in een conceptueel framework.



*Figuur 3 – “Hoe ervaren cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM-therapieën, aangeboden door therapeuten die zijn aangesloten bij de VBAG, met betrekking tot hun gezondheid en welzijn?”*

### **3. Methode**

In dit hoofdstuk wordt de methode van het kwalitatieve onderdeel van het onderzoek besproken. De methode van de systematische literatuurreview is te vinden in bijlage 3. Ten eerste wordt in dit hoofdstuk de methode van dataverzameling besproken. Daarbij wordt ook de keuze voor kwalitatief onderzoek toegelicht. De opbouw van het interviewschema wordt toegelicht, evenals de manier van participantenwerving. Er wordt ook aandacht besteed aan de zelfselectiebias en het bereiken van saturatie. Vervolgens wordt het verloop van het interviewproces in kaart gebracht. Daarna wordt de methode van data-analyse besproken. Tot slot wordt er aandacht besteed aan de wetenschappelijke nauwkeurigheid en de ethische aspecten van dit onderzoek.

#### **3.1 Methode van dataverzameling**

##### **3.1.1 Interviews**

Door middel van een systematische literatuurreview is de eerste onderzoeksvraag beantwoord in hoofdstuk 2. De tweede onderzoeksvraag luidt als volgt:

*“Hoe ervaren cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM-therapieën, aangeboden door therapeuten die zijn aangesloten bij de VBAG, met betrekking tot hun gezondheid en welzijn?”*

Om de tweede onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, zijn er semigestructureerde interviews afgenomen. Semigestructureerd houdt in dat de vragen voorafgaand aan het interview zijn opgesteld in de vorm van een interviewschema. De volgorde van de vragen was hierbij nog enigszins flexibel (Schwab, 2021). Er werd een interviewschema opgesteld om houvast te hebben tijdens het interviewen, maar er moest tijdens de interviews ook voldoende ruimte zijn voor de inbreng van de participant en voor het stellen van nieuwe vragen door mij als onderzoeker. Het was de bedoeling dat het interview een lopend en open gesprek zou worden (Plochg et al., 2008; Schwab, 2021).

In totaal werden er 11 interviews afgenomen. Medeonderzoeker A.M. Rozeboom (werkzaam als onderzoeksassistente bij Toegepast Gezondheidsonderzoek van het UMCG) heeft vier interviews afgenomen en ik zeven. Er is bewust voor gekozen om het interviewen te verdelen over twee onderzoekers, omdat ik ook de systematische literatuurreview heb uitgevoerd die bij de onderzoeksopdracht van de VBAG en deze scriptie hoort.

### ***Redenen voor kwalitatief onderzoek***

Er zijn verschillende redenen waarom ik voor kwalitatief onderzoek heb gekozen.

Ten eerste is het doen van kwalitatief onderzoek een geschikte manier om de ervaringen van de gebruikers van CAM in zijn geheel in kaart te kunnen brengen. Bij de kwantitatieve studies uit de systematische literatuurreview werd voornamelijk gebruikgemaakt van een vragenlijst over Sense of Coherence, waarbij de focus lag op hoeveelheden en kwantiteit (Hennink et al., 2020). In dit onderzoek ging het vooral om de ‘hoe’ en ‘waarom’-vragen. Tijdens het afnemen van de interviews kon er worden doorgevraagd op wat de participant zei. Op deze manier werd er diepgang gecreëerd en kon er een duidelijker antwoord worden verkregen op deze ‘hoe’ en ‘waarom’-vragen (Hennink et al., 2020).

Als onderzoeker was ik nauw betrokken bij dit onderzoek, omdat ik – samen met medeonderzoeker A.M. Rozeboom – degene ben die in gesprek is gegaan met de participanten door middel van interviews. Dit heeft geholpen om zaken vanuit het perspectief van de participanten te bekijken, en te begrijpen welke meningen en ervaringen de participanten toekennen aan gebeurtenissen (Hennink et al., 2020). Dit perspectief wordt ook wel het ‘emic’ perspectief genoemd. Het emic perspectief richt zich op interne, subjectieve ervaringen van de participanten (Hennink et al., 2020). In dit onderzoek stonden de meningen en ervaringen van cliënten met gezondheidsproblemen die zich wenden tot CAM centraal. Het emic perspectief heeft geholpen om de ervaringen volgens deze participanten beter te begrijpen. Ik deed hierbij onderzoek vanuit het interpretatieve paradigma: ik ging uit van het bestaan van talrijke realiteiten in plaats van één enkele realiteit (Hennink et al., 2020). Dit wil zeggen dat ik ervan uitging dat de geïnterviewde participanten CAM op verschillende manieren hebben ervaren, en dat er geen goede of foute antwoorden konden worden gegeven tijdens de interviews, omdat het om hun persoonlijke beleving ging.

Ten tweede is het doen van kwalitatief onderzoek geschikt voor het bespreken van gevoelige onderwerpen. CAM is een omstreden onderwerp in de maatschappij en er bestaat veel discussie rondom dit onderwerp. Het kan daarom als een gevoelig onderwerp worden gezien. Bij een omstreden of gevoelig onderwerp is het van belang dat er een comfortabele sfeer gecreëerd wordt voor de participant (Hennink et al., 2020). Bij het doen van interviews wordt er een persoonlijker sfeer gecreëerd dan bij kwantitatief onderzoek, omdat er tijdens het doen van interviews ruimte is om ‘rapport’ op te bouwen. ‘Rapport’ is een vertrouwensband tussen de participant en de onderzoeker. Dit zorgt voor een comfortabele



sfeer voor de participant, zodat diegene open over zijn of haar ervaringen kan vertellen (Hennink et al., 2020).

De interviews werden online via Microsoft Teams afgenomen, zodat de participant en ik elkaar konden zien. Door middel van non-verbale communicatie heb ik geprobeerd de participant zoveel mogelijk op zijn of haar gemak te stellen en op deze manier een vertrouwde setting te creëren (Hennink et al., 2020). Idealiter werden de interviews fysiek gehouden via een face-to-face interview, maar omdat de participanten door heel Nederland wonen, was hier in het kader van dit afstudeerproject geen budget en tijd voor.

### **3.1.2 Opbouw interviewschema**

Om tijdens het interviewen de juiste vragen te stellen en een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de ervaringen van gebruikers met CAM, werd er een interviewschema opgesteld. Deze is opgenomen in bijlage 4, tabel 4. Het interviewschema bestaat uit een korte introductie, een aantal openingsvragen, kernvragen en afsluitende vragen (Hennink et al., 2020).

#### ***Introductie***

Allereerst heb ik mijzelf voorgesteld en verteld waarom ik dit onderzoek doe. Tijdens de introductie vertelde ik de participant over het doel van het onderzoek en dat het interview ongeveer een uur zou gaan duren. Daarnaast vertelde ik wat er uiteindelijk met de data zou gebeuren en gaf ik uitleg over ethische kwesties (Hennink et al., 2020).

#### ***Openingsvragen***

Na de introductie begon ik met een algemene vraag aan de participant of diegene iets wilde vertellen over wat diegene doet in het dagelijks leven. De vraag was bedoeld om een beeld te krijgen van de participant en diende als kennismaking. Deze vraag was gemakkelijk te beantwoorden en had als doel om de participant op zijn of haar gemak te stellen en ‘rapport’ met diegene op te bouwen. Door middel van smalltalk kon ik de participant leren kennen en is er een comfortabele sfeer gecreëerd (Hennink et al., 2020).

#### ***Kernvragen***

Vervolgens werden er verschillende kernvragen gesteld. Dit zijn de vragen die bij konden dragen aan het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag (Hennink et al., 2020). Een groot deel van de kernvragen was opgesteld aan de hand van de theorie van Antonovsky over Sense of Coherence (Antonovsky, 1979). Om te voorkomen dat het interview sturend zou worden, zijn het concept Sense of Coherence en de drie begrippen ‘begrijpelijkheid’,

‘beheersbaarheid’ en ‘zingeving’ niet letterlijk in het interviewschema opgenomen. Deze begrippen werden als zogeheten ‘probes’ achter de hand gehouden om te kunnen doorvragen op wat iemand zei. Wanneer de participant zelf begon over één van de drie kernbegrippen, dan zou hier verder op worden doorgevraagd om meer duidelijkheid of informatie over deze begrippen te verkrijgen. In paragraaf 3.3.1 wordt er verder ingegaan op ‘probes’.

Eerst werd aan de participant gevraagd welke therapie diegene volgt en waarom diegene voor deze therapie heeft gekozen. Bij deze vraag werd er verwacht dat de redenen mogelijk overeen zouden kunnen komen met de redenen die uit eerder onderzoek (Bishop et al., 2007; Brosnan et al., 2023; Özlu et al., 2022; Yakoot, 2013) naar voren zijn gekomen.

De volgorde van de rest van de kernvragen verschilde per interview. Zo werd er onder andere gevraagd wat iemands ervaring is met de therapie, wat voor klachten iemand ervaart en wat de invloed van de CAM-therapie is op deze klachten. Er werd ook gevraagd wat voor invloed de klachten hebben (gehad) op het dagelijks leven van de participant. Bij deze laatste vraag werd verwacht dat de antwoorden mogelijk zouden linken aan het onderdeel ‘zingeving’ van Sense of Coherence van Antonovsky (1979). Daarnaast werd er gevraagd wat er helpend is (geweest) aan de CAM-therapie volgens de participant. Er werd hierbij gefocust op de impact van de CAM-therapie op het dagelijks leven en op de gezondheid en het welzijn van de participant. Bij deze vragen werd er verwacht dat de participanten mogelijk verhalen zouden vertellen die overeen zouden kunnen komen met de resultaten uit de systematische literatuurreview over de invloed van CAM op de gezondheid en het welzijn van cliënten met gezondheidsproblemen. Bij deze vragen werd ook verwacht dat de antwoorden zouden kunnen linken aan het onderdeel ‘zingeving’ van Sense of Coherence van Antonovsky (1979).

Verder werd gevraagd in welke mate de therapie helpt om de klachten of ziekte te kunnen overzien. Bij deze vraag werd verwacht dat de antwoorden zouden kunnen passen bij het onderdeel ‘beheersbaarheid’ van Sense of Coherence van Antonovsky (1979). Vervolgens werd gevraagd of er ook minpunten zaten aan het volgen van de CAM-therapie volgens de participanten. De kernvragen eindigden met twee vragen over of de participant een advies heeft voor personen met dezelfde klachten, en of de participant een advies heeft voor de CAM-therapeut(en) waarbij diegene de therapie volgt.

### ***Afsluiting***

Het interview eindigde met een korte samenvatting van de besproken onderwerpen. Daarna volgden de afsluitende vragen. Deze afsluitende vragen waren algemenere vragen die ervoor zorgden dat het interview langzaam, en niet abrupt afgerond werd (Hennink et al., 2020). Ik

heb bijvoorbeeld gevraagd of de participant nog iets kwijt wilde, en of ik nog bepaalde zaken was vergeten uit te vragen tijdens het interview. Daarnaast heb ik gevraagd hoe de participant het vond om over dit onderwerp te praten. Ter afsluiting stelde ik de participant op de hoogte over de terugkoppeling van het onderzoek vanuit het UMCG. Tot slot bedankte ik de participant voor de tijd en moeite die de participant voor dit interview had vrijgemaakt.

### **3.1.3 Participantenwerving**

De oorspronkelijke onderzoeksopdracht van de VBAG bestond uit een vragenlijst, een systematische literatuurreview en een kwalitatief onderzoek in de vorm van interviews. Aan het begin van de vragenlijst kon de cliënt aangeven of diegene ook wilde deelnemen aan een interview. Deze vragenlijsten zijn opgesteld door mijn stagebegeleider A.S. Fokkens, medeonderzoeker A.M. Rozeboom en mij, als onderdeel van mijn stagewerkzaamheden. Voor deze scriptie diende de vragenlijst als manier van participantenwerving. De onderzoeksresultaten van de vragenlijst zijn niet meegenomen in deze scriptie.

Als een cliënt had aangegeven dat diegene wilde meedoen aan een interview, dan nam medeonderzoeker A.M. Rozeboom of ik via de mail contact op met de participant om een online interview in te plannen via Microsoft Teams. A.M. Rozeboom en ik hebben samen elf cliënten gekozen uit de lijst met participanten die zich hadden aangemeld voor deelname aan een interview. Bij deze selectie werd rekening gehouden met zoveel mogelijk verschillende type participanten. Er werd gezorgd voor een grote spreiding in leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, soort CAM-therapie en de verschillende redenen om voor CAM te kiezen. De participanten die niet zijn uitgekozen voor een interview hebben hierover geen bericht ontvangen, omdat zij zich niet persoonlijk bij ons hebben aangemeld.

#### ***In- en exclusiecriteria***

Het ging in dit kwalitatieve deel van het onderzoek om de mening en ervaringen van de cliënten die onder behandeling zijn van therapeuten die lid zijn van de VBAG. Mensen die geen gebruikmaken van CAM werden daarom niet geïnccludeerd. Er waren verschillende inclusie- en exclusiecriteria opgesteld. Voor inclusie dienden de participanten 18 jaar of ouder te zijn en de Nederlandse taal te beheersen. Het moesten cliënten met gezondheidsproblemen zijn die CAM ontvangen van therapeuten die lid zijn van de VBAG. Cliënten met gezondheidsproblemen die CAM ontvangen van therapeuten buiten de VBAG zijn niet geïnccludeerd. Tot slot moesten de participanten toestemming hebben gegeven voor het benaderen voor een interview.

### ***Zelfselectiebias***

Omdat de cliënten zichzelf vrijwillig hebben aangemeld voor deelname aan het interview, is hier mogelijk een zelfselectiebias ontstaan. Het kan namelijk zo zijn dat vooral de mondige cliënten of de cliënten met een duidelijke positieve of negatieve mening mee wilden werken aan een interview. Zelfselectiebias kan leiden tot vertekende data, omdat de participanten zelf ervoor hebben gekozen om mee te werken aan het interview (Hennink et al., 2020). Daarnaast hebben wij als onderzoekers zelf een selectie gemaakt van elf participanten, terwijl 99 cliënten zich hadden aangemeld voor deelname aan een interview. Doordat wij zelf de participanten hebben gekozen, is hier mogelijk ook een selectiebias ontstaan. In het discussiehoofdstuk wordt er meer aandacht besteed aan de verschillende soorten vertekeningen die mogelijk in dit onderzoek zijn opgetreden.

Ondanks dat de participanten zichzelf hebben geselecteerd voor deelname aan het interview, en wij als onderzoekers vervolgens zelf een selectie hebben gemaakt, is ernaar gestreefd om dit niet ten koste te laten gaan van het doel van het onderzoek. Het doel van dit onderzoek was om het scala aan ervaringen van gebruikers met CAM zo breed mogelijk te laten zien. Om dit doel te kunnen behalen en vertekening door selectiebias zo veel mogelijk tegen te gaan, werd er gestreefd naar een zo groot mogelijke spreiding in leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, soort therapie en de reden dat de cliënten voor een specifieke CAM-therapie hebben gekozen.

Dit onderzoek was gericht op het verzamelen van diepgaande informatie over specifieke gevallen, contexten of situaties (Hennink et al., 2020). Door te zorgen voor een grote spreiding in kenmerken van de participanten, is geprobeerd dit doel zo goed mogelijk te behalen. Wel kon de zelfselectiebias het beeld beïnvloeden over CAM. De kans was groot dat cliënten die deelnamen aan het interview een uitgesproken mening hadden over het gebruik CAM. Hier wordt in de discussie aandacht aan besteed.

### ***Het bereiken van saturatie***

Saturatie ontstaat wanneer er tijdens de interviews geen nieuwe informatie meer wordt gedeeld door de participanten. Op dat moment zijn er voldoende mensen geïnterviewd om een solide antwoord te kunnen geven op de tweede onderzoeksvraag (Hennink et al., 2020). Saturatie kan volgens de literatuur al worden bereikt bij een kleine onderzoeksomvang; dat wil zeggen minder dan 20 interviews (Hennink et al., 2020). Bij een eerder onderzoek van Hennink et al. (2016) vond na 9 interviews al saturatie plaats. Toch is het volgens literatuur lastig om een universele aanbeveling te doen als het gaat om het bereiken van saturatie. Het

hangt van verschillende factoren af wanneer saturatie kan worden bereikt, bijvoorbeeld de heterogeniteit van de doelgroep (Hennink et al., 2020).

Voorafgaand aan dit onderzoek was het dus lastig vast te stellen bij welke hoeveelheid interviews saturatie bereikt zou worden. Gedurende het hele interviewproces werd er rekening gehouden met het bereiken van saturatie. Uiteindelijk is er in dit onderzoek na elf interviews saturatie bereikt en zijn we daarna gestopt met participanten te benaderen voor een interview. In het discussiehoofdstuk zal verder aandacht worden besteed aan het proces van saturatie.

### **3.1.4 Verloop interviewproces**

Om ervoor te zorgen dat medeonderzoeker A.M. Rozeboom en ik beide op dezelfde manier zouden gaan interviewen, hebben we gezamenlijk het interviewschema opgesteld. We hebben ervoor gezorgd dat er door middel van dit interviewschema niet alleen een antwoord kon worden gegeven op de onderzoeksvraag in mijn scriptie, maar ook op de onderzoeksvragen van de VBAG.

Omdat ik nog weinig ervaring had met het doen van interviews, ben ik gestart met een pilotinterview. Vervolgens heb ik dit interview geëvalueerd met mijn stagebegeleider en senioronderzoeker A.S. Fokkens. Tijdens deze evaluatie zijn positieve en negatieve punten geëvalueerd. Hieruit kwam naar voren dat ik goed luister naar wat de participant zegt en dat ik tussendoor vaak heb samengevat. Daarnaast vroeg ik vaak na het samenvatten ‘zeg ik dat goed?’. Dit had mijn stagebegeleider als een positief punt ervaren, omdat ik zo parafraseer wat de participant zegt, zonder direct conclusies te trekken. Qua verbeterpunten kwam er naar voren dat ik bij sommige vragen meer had kunnen doorvragen. Daarbij maakte ik nog enkele keren gebruik van gesloten vragen, waar ik beter een open vraag had kunnen stellen. Ik heb geleerd dat het belangrijk is om nog meer door te vragen op wat de participant zegt. Soms lijkt het logisch wanneer de participant een antwoord geeft, maar ik heb geleerd om uit te vragen hoe de participant iets precies bedoelt. Dit is belangrijk, om te voorkomen dat mijn eigen interpretaties als onderzoeker de overhand zullen nemen.

Tijdens de evaluatie van het pilotinterview zijn er nog enkele vragen en mededelingen toegevoegd aan het interviewschema. Zo is er bij de introductietekst nog toegevoegd dat er niets met de opname van het beeld wordt gedaan. Er is ook nog een vraag toegevoegd over hoe een CAM-sessie er precies uitziet. Daarnaast is er nog een vraag toegevoegd over in hoeverre de verandering van klachten precies is toe te schrijven aan het gebruik van CAM.

Na de evaluatie van het pilotinterview zijn medeonderzoeker A.M. Rozeboom en ik beide gestart met het afnemen van interviews. Nadat A.M. Rozeboom drie interviews had

afgenomen en ik vier, hebben we een evaluatiemoment ingepland. Hierin hebben we het opgestelde interviewschema besproken. We kwamen tot de conclusie dat de participanten bij de eerste kernvragen al zoveel vertellen, dat we beide het interviewschema niet precies hebben gevolgd. We hebben geprobeerd zoveel mogelijk in te haken op het verhaal van de participant, maar wel op zo'n manier dat we uiteindelijk alles te weten zijn gekomen wat we wilden weten. We merkten dat de vraag over hoe het gebruik van CAM helpt om de klachten of ziekte te kunnen overzien wellicht te sturend was, dus deze vraag hebben we uiteindelijk achterwege gelaten. Wanneer de participant hier zelf over begon, hebben we hier op doorgevraagd. Tijdens dit evaluatiemoment hebben we ook de eerste versie van een deductief codeboek gemaakt op basis van de literatuur. In paragraaf 3.3.2 wordt er bij stap 2 dieper ingegaan op het codeerproces.

Van de elf afgenomen interviews heeft A.M. Rozeboom er één getranscribeerd en ik tien. De transcripten zijn geüpload in de gezamenlijke, beveiligde One Drive. Het coderen van de interviews is gedaan aan de hand van een gezamenlijk opgesteld codeboek. Gedurende het hele onderzoek hebben A.M. Rozeboom en ik veel overlegd, om de kwaliteit van het onderzoek zo goed mogelijk te waarborgen. Om het coderen en analyseren in goede banen te laten verlopen, hebben we een aantal consensusbesprekingen gehad. Van deze besprekingen is een logboek bijgehouden in de vorm van een intercodeerbetrouwbaarheidsverslag. Uiteindelijk zijn alle afgenomen interviews in deze scriptie meegenomen voor het resultatenhoofdstuk.

## **3.2 Methode van data-analyse**

### **3.2.1 Transcriberen**

Alle semigestructureerde interviews zijn opgenomen en vervolgens letterlijk woord-voor-woord getranscribeerd (Hennink et al., 2020). Door het interview met de participant als een afspraak in de Microsoft Teams-agenda in te plannen, was het mogelijk om via Microsoft Teams een opname- en transcribeerfunctie aan te zetten. In eerste instantie zijn de interviews dus door Microsoft Teams getranscribeerd. Alle opnames en transcripten zijn nauwkeurig gecontroleerd en aangepast waar nodig. Medeonderzoeker A.M. Rozeboom heeft van haar afgenomen interviews één getranscribeerd en ik de overige tien interviews. Uiteindelijk zijn alle transcripten met elkaar gedeeld in de beveiligde One Drive, zodat we deze vervolgens gezamenlijk konden analyseren.

### 3.2.2 Thematische analyse volgens Braun & Clarke

#### *Soorten thematische analyses*

Er bestaan verschillende thematische analyses om data te analyseren. In dit onderzoek is er gebruikgemaakt van een reflexieve, thematische analyse van Braun & Clarke (2023). Een reflexieve, thematische analyse is “een manier om te identificeren wat gemeenschappelijk is aan de manier waarop over een onderwerp wordt gesproken of geschreven, en om betekenis te geven aan die overeenkomsten” (Braun & Clarke, 2023a). Het is een methode om patronen in de verzamelde data te ontdekken en begrijpen, gericht op gedeelde betekenissen en ervaringen binnen de verzamelde data (Braun & Clarke, 2023a).

Bij het conceptualiseren van thema's kunnen deze enerzijds worden gepresenteerd als samenvattingen van onderwerpen of categorieën, en anderzijds als het vastleggen van een kernidee of betekenis. Bij een reflexieve, thematische analyse is het belangrijk om dit verschil goed te beseffen (Braun & Clarke, 2023b). Reflexieve benaderingen omvatten latere thema-ontwikkeling, waarbij thema's worden ontwikkeld op basis van codes en geconceptualiseerd worden als patronen van gedeelde betekenis (Braun & Clarke, 2020). De reflexieve, thematische analyse is gebruikt om de vooraf bepaalde codes te thematiseren in vijf kernthema's. Deze kernthema's zijn onderverdeeld in subthema's, om ze uiteindelijk te kunnen vertalen naar een interpretatief verhaal in het resultatenhoofdstuk (Braun & Clarke, 2023b).

Er bestaan verschillende benaderingen van een reflexieve, thematische analyse (Byrne, 2022). Ten eerste kan er bij een reflexieve, thematische analyse gekozen worden voor een inductieve of een deductieve benadering. Bij een inductieve benadering worden thema's en codes achteraf bepaald, aan de hand van de verzamelde data. Bij een deductieve benadering worden thema's en codes vooraf vastgesteld, aan de hand van theorie (Verhoeven, 2020). In dit onderzoek is er gekozen voor een combinatie van zowel een inductieve als deductieve benadering van analyseren. Het deductieve karakter komt doordat codes voorafgaand aan de interviews waren vastgesteld, op basis van de literatuur. Het inductieve karakter komt doordat thema's achteraf gecreëerd zijn, en doordat er ook nieuwe codes naar voren zijn gekomen op basis van de interviews. Deze nieuwe codes en de gecreëerde thema's zijn afgeleid uit de ervaringen van de participanten en later geïntegreerd in het definitieve codeboek (Braun & Clarke, 2023a).

Ten tweede kan er bij een reflexieve, thematische analyse gekozen worden voor een semantische of latente benadering (Braun & Clarke, 2022). Bij een semantische benadering wordt de daadwerkelijke inhoud van de data geanalyseerd. Bij een latente benadering wordt er

gekeken naar de aannames en ideeën die achter de uitspraken van de participanten schuilgaan (Braun & Clarke, 2022). In dit onderzoek is er wederom gekozen voor een combinatie van zowel een semantische als een latente benadering. Eerst werden de uitgesproken meningen van de participanten geanalyseerd, om vervolgens betekenis te geven aan de ideeën achter de uitspraken (Braun & Clarke, 2022).

### ***Redenen voor een reflexieve, thematische analyse***

De belangrijkste twee redenen om een reflexieve, thematische analyse te doen, waren flexibiliteit en toegankelijkheid (Braun & Clarke, 2023a). Voor onderzoekers zoals ik, die nog niet heel bekend waren met het doen van kwalitatief onderzoek, hielp een thematische analyse om het onderzoek duidelijk en gemakkelijker te maken (Braun & Clarke, 2023a). Dit kwam omdat de thematische analyse makkelijk te begrijpen en snel te leren was, omdat er weinig voorschriften en procedures aan vast zaten (Nowell et al., 2017). Een thematische analyse was een flexibele manier van analyseren, omdat het op verschillende manieren kon worden uitgevoerd (Braun & Clarke, 2023a). Vooral bij een reflexieve, thematische analyse konden veel verschillende keuzes worden gemaakt door mij als onderzoeker (Braun & Clarke, 2023a). Zo is er gekozen voor een combinatie van een inductieve en deductieve aanpak, en voor een combinatie van een semantische en latente benadering (Braun & Clarke, 2023a).

Voor dit onderzoek was een thematische analyse een goede keuze, omdat het ging om de ervaringen van cliënten met CAM. Het doel was om een breed scala aan ervaringen in kaart te brengen en te ontdekken wat voor betekenis de cliënten geven aan CAM. Er werd geprobeerd een antwoord te verkrijgen op de vraag hoe cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM-therapieën, aangeboden door therapeuten die zijn aangesloten bij de VBAG, ervaren met betrekking tot hun gezondheid en welzijn.

### ***Thematische analyse volgens de zes stappen van Braun & Clarke***

De zes stappen van de reflexieve, thematische analyse zijn 1) transcripten (her)lezen, 2) het genereren van initiële codes, 3) het groeperen van codes in potentiële overkoepelende thema's, 4) het evalueren van deze thema's, 5) het verfijnen, specificeren en omschrijven van de thema's en tot slot, 6) het rapporteren van de analyse met bijpassende citaten van geïnterviewden. De zes stappen zullen hieronder worden uitgewerkt.

#### **1. Transcripten (her)lezen**

Ten eerste zijn alle transcripten die met Microsoft Teams zijn gemaakt nauwkeurig herlezen en aangepast waar nodig. Medeonderzoeker A.M. Rozeboom heeft haar getranscribeerde



interview gecontroleerd en ik de overige tien getranscribeerde interviews. Uiteindelijk zijn alle gecontroleerde en verbeterde transcripten met elkaar gedeeld in de beveiligde One Drive. Tijdens het controleren van de transcripten werden er aantekeningen gemaakt over opvallende zaken die mogelijk interessant zouden zijn om later te analyseren. Hierbij werd er actief, kritisch en analytisch naar de transcripten gekeken. Zo werd er al nagedacht over wat de data mogelijk zou kunnen betekenen. Er werd gekeken naar hoe de participanten betekenis gaven aan hun ervaringen en welke aannames zij maakten bij het interpreteren van hun ervaringen (Braun & Clarke, 2023).

## **2. Het genereren van initiële codes**

Ten tweede zijn de transcripten gecodeerd. Codes zijn de bouwstenen van de analyse. Codes zijn beknopte labels en ze helpen om een deel van de gegevens samen te vatten of te beschrijven. Deze codes geven meestal een directe weergave van waar de gegevens over gaan en wat ze voor de participanten betekenen (Braun & Clarke, 2023a). Het coderen van de interviews vond plaats in het analyseprogramma ATLAS.ti, versie 23. Dit is een softwareprogramma waarmee kwalitatieve data geanalyseerd kan worden (*ATLAS.ti*, 2023).

Het coderen betrof een combinatie van een deductieve en inductieve aanpak. Een deductieve, theorie-gestuurde aanpak houdt in dat de codes vooraf worden bepaald aan de hand van theorie (Braun & Clarke, 2023a). Vooraf bepaalde codes waarvan werd verwacht dat ze terug zouden komen in de interviews, gebaseerd op bestaande theorie en literatuur, waren bijvoorbeeld ‘Sense of Coherence’ en ‘CAM helpend’. Een inductieve, data-gestuurde aanpak houdt in dat de codes worden bepaald na afloop van de interviews. Op basis van de verzamelde gegevens tijdens de interviews werden nieuwe codes gemaakt, zoals ‘Vergoedingen/geld’ en ‘Visie op CAM’. Alle codes werden in een definitief codeboek gezet, te zien in bijlage 5, tabel 5.

De eerste drie transcripten werden onafhankelijk van elkaar gecodeerd door medeonderzoeker A.M. Rozeboom, onafhankelijk TGO-collega V. Verhage en mij. Onafhankelijk coderen is een belangrijk aspect in kwalitatief onderzoek, om de betrouwbaarheid en validiteit van de gegevensanalyse te waarborgen (Hennink et al., 2020). Het zorgt voor meer betrouwbaarheid, omdat het laat zien of verschillende onderzoekers tot vergelijkbare codes komen. Dit wordt ook wel de intercodeerbetrouwbaarheid genoemd. Daarnaast zorgt onafhankelijk coderen ervoor dat er kritisch wordt nagedacht over de gemaakte codes (Hennink et al., 2020).

Nadat de eerste drie transcripten onafhankelijk van elkaar waren gecodeerd, hebben A.M. Rozeboom, V. Verhage en ik de gecodeerde transcripten met elkaar vergeleken in een consensusbespreking. Het gezamenlijk opgestelde codeboek werd kritisch besproken en deze is aangepast waar nodig. Er werd een logboek bijgehouden van de consensusbesprekingen in de vorm van een intercodeerbetrouwbaarheidsverslag. Deze is te vinden in bijlage 6. Vervolgens hebben medeonderzoeker A.M. Rozeboom en ik deels ons eigen en deels elkaars interviews gecodeerd aan de hand van het definitieve codeboek.

### **3. Het groeperen van codes in potentiële overkoepelende thema's**

Ten derde werden de codes gegroepeerd in thema's. Een thema "legt iets belangrijks vast over de gegevens in relatie tot de onderzoeksvraag, en vertegenwoordigt een bepaald niveau van patroonmatige respons of betekenis binnen de dataset" (Braun & Clarke, 2006, p. 82). Om deze patronen en inzichten in kaart te brengen, werden de codes onderverdeeld in kernthema's. Bij het maken van deze kernthema's was het belangrijk dat de relatie tussen verschillende codes goed geïnterpreteerd en onderzocht werd (Byrne, 2022). Het was ook belangrijk dat een kernthema iets betekenisvols liet zien dat zou helpen bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen (Braun & Clarke, 2013; Byrne, 2022). De kernthema's moesten een relatie hebben met elkaar en op deze manier een duidelijk verhaal vertellen. Naast samenhang moesten de kernthema's ook te onderscheiden zijn van elkaar (Byrne, 2022).

Bij het conceptualiseren van thema's konden de thema's enerzijds worden gepresenteerd als samenvattingen van onderwerpen of categorieën, en anderzijds als het vastleggen van een kernidee of betekenis. Bij een reflexieve, thematische analyse is het belangrijk om dit verschil te beseffen (Braun & Clarke, 2023b). Er is gepoogd de kernthema's te presenteren als de kernideeën en betekenissen achter wat de participanten hebben verteld. Uiteindelijk zijn er vijf kernthema's gecreëerd: 1) 'Baat het niet dan schaadt het niet', 2) 'Uitvoeren van dagelijks leven niet meer mogelijk', 3) 'Twee werelden tegenover elkaar', 4) 'Moeilijk aanwijsbaar, maar duidelijk voelbaar' en 5) 'Een dure prijs en alleen maar bezig met ziek zijn'. Samen vertellen deze thema's iets over de ervaring van de participanten met CAM.

### **4. Het evalueren van codes en thema's**

Ten vierde werden de codes en thema's geëvalueerd. De potentiële codes werden geëvalueerd door middel van het bespreken van het gezamenlijk gemaakte codeboek (Byrne, 2022). Dit is

gedaan tijdens de tweede consensusbespreking. Het verslag van deze bespreking is te vinden in het intercodeerbetrouwbaarheidsverslag in bijlage 6.

Het coderen betrof een proces waarbij na ieder interview nieuwe codes konden worden toegevoegd. Het coderen en het groeperen in thema's heb ik in nauw overleg met medeonderzoeker A.M. Rozeboom uitgevoerd. Na het toevoegen van de nieuwe codes is er teruggedaan naar de al eerder gecodeerde transcripten om de nieuwe codes daar eventueel aan toe te voegen. Eventuele verschillen tussen de onderzoekers werden ook besproken tijdens deze consensusbesprekingen. Snel werd duidelijk dat A.M. Rozeboom en ik sommige codes op verschillende manieren hebben geïnterpreteerd. Bijvoorbeeld de code 'Therapie – motivatie keuze'. Deze code werd door A.M. Rozeboom geïnterpreteerd als "de motivatie om voor deze specifieke CAM-therapie te kiezen, en niet voor een andere CAM-therapie". Deze code werd door mij geïnterpreteerd als "de motivatie om voor CAM te kiezen in plaats van voor de reguliere geneeskunde". Daarom hebben we ervoor gekozen om deze code te veranderen naar de code "Motivatie". Onder deze code viel toen zowel de motivatie als voor CAM te kiezen, als de motivatie om specifiek voor deze CAM-therapie te kiezen, als de motivatie om specifiek voor deze CAM-therapeut te kiezen.

### **5. Het verfijnen, specificeren en omschrijven van de thema's**

Het evalueren van de codes en thema's ging samen met de vijfde stap, waarin de codes en thema's verfijnd, gespecificeerd en omschreven werden. Dit gebeurde door overeenkomsten en verschillen tussen de sets met codes te ontdekken tijdens de consensusbesprekingen. Op basis van deze besprekingen is er een definitief codeboek gemaakt (Braun & Clarke, 2023).

De kernthema's zijn verfijnd door het toevoegen van verschillende subthema's, om er uiteindelijk een interpretatief verhaal over te kunnen vertellen (Braun & Clarke, 2023b). Een voorbeeld van een subthema is "Open kaart" en valt onder het kernthema "samenspel CAM en regulier". Alle kern- en subthema's zullen kort omschreven worden in het resultatenhoofdstuk.

### **6. Het rapporteren van de analyse met bijpassende citaten van geïnterviewden**

Voor de rapportage in het resultatenhoofdstuk worden de kernthema's per paragraaf gepresenteerd, met bijpassende citaten van de geïnterviewden (Braun & Clarke, 2023). De citaten zijn taalkundig gecorrigeerd en indien nodig ingekort met behoud van de oorspronkelijke betekenis (Braun & Clarke, 2023). De kernthema's zijn onderverdeeld in subthema's, waardoor er in het resultatenhoofdstuk een interpretatief verhaal wordt verteld

over de verzamelde data. Het doel van de thematische analyse was om een antwoord te kunnen geven op de tweede onderzoeksvraag. Hierbij was de volgorde van de thema's belangrijk: het diende een logisch verhaal te worden en de thema's moesten op elkaar voortbouwen (Braun & Clarke, 2023).

### **3.3 Wetenschappelijke nauwkeurigheid**

Om de kwaliteit van dit onderzoek zo veel mogelijk te waarborgen, werd er rekening gehouden met de wetenschappelijke nauwkeurigheid van dit onderzoek, ook wel 'trustworthiness' genoemd. Deze trustworthiness bestaat uit de volgende vier concepten: geloofwaardigheid, overdraagbaarheid, toepasbaarheid en overtuigingskracht (Lincoln & Guba, 1986; Mortelmans, 2020; Nowell et al., 2017). In discussie van dit onderzoek wordt uiteindelijk, aan de hand van wetenschappelijke nauwkeurigheid, gereflecteerd op de gemaakte keuzes en de gevolgen hiervan, en daarmee de kwaliteit van dit onderzoek.

#### **3.3.1 Geloofwaardigheid**

Geloofwaardigheid is het belangrijkste element van de wetenschappelijke nauwkeurigheid. Bij geloofwaardigheid gaat het erom dat de bevindingen overeenkomen met het werkelijke perspectief van de participanten. Het gaat hierbij vooral om de eerlijkheid van de participant en dat de participant ook daadwerkelijk vertelt wat hij of zij gelooft, denkt en vindt (Shenton, 2004). Ook hier wordt er gekeken vanuit het emic perspectief. Geloofwaardigheid kan op verschillende manieren gewaarborgd worden.

Ten eerste heb ik veel kennis verworven over het onderwerp van deze scriptie: het gebruik van CAM en Sense of Coherence. Ik heb me verdiept in hoe deze twee concepten zich tot elkaar verhouden met betrekking tot gezondheid en welzijn om zo een goed mogelijk beeld te krijgen van de doelgroep.

Ten tweede heb ik ervoor gezorgd dat alles wat de participanten met mij hebben gedeeld privé is gebleven. De participanten konden te allen tijde stoppen met het interview en zij mochten te allen tijde weigeren antwoord te geven op een vraag (Shenton, 2004).

Ten derde heb ik veel aandacht besteed aan het opbouwen van 'rapport' met de participant. Ik heb geprobeerd een veilige omgeving te creëren, zodat de participant zich op zijn gemak zou voelen en mij zou vertrouwen. Ik heb de participant met respect behandeld en ik ben niet oordelend geweest tijdens het interview. Daarbij heb ik van tevoren aangegeven dat er geen goede of foute antwoorden bestonden. Het ging om de ervaringen van de

participant en daarbij stond vooral centraal dat zij open en eerlijke antwoorden konden en mochten geven (Shenton, 2004).

Ten vierde werd er tijdens het interviewen ook gebruikgemaakt van de zogeheten ‘probes’ om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het perspectief van de participant. Probes zijn technieken die kunnen helpen om door te vragen en specifiekere antwoorden te verkrijgen (Shenton, 2004). Zo werd er bijvoorbeeld gevraagd of de participant verder wilde toelichten wilde geven wanneer ik het antwoord van de participant nog niet helemaal begreep. Vragen als “wat bedoelt u daar precies mee?” hebben hierbij geholpen. Daarnaast zijn de drie onderdelen van Sense of Coherence ‘begrijpelijkheid’, ‘beheersbaarheid’ en ‘zingeving’ als probes achter de hand gehouden. Deze probes zijn gebruikt om een zo volledig en gedetailleerd mogelijk antwoord van de participant te verkrijgen (Shenton, 2004).

### **3.3.2 Overdraagbaarheid**

De overdraagbaarheid van een onderzoek wordt ook wel de toepasbaarheid van het onderzoek genoemd. Overdraagbaarheid wil zeggen dat de data die in dit onderzoek gevonden zijn, ook toe te passen zijn in andere situaties en contexten (Shenton, 2004). Om de overdraagbaarheid van de bevindingen zo goed mogelijk te kunnen inschatten, werd er zo transparant mogelijk geschreven over het onderzoek en de context waarin dit onderzoek zich bevindt. Hoe, waar, door wie en bij wie de data zijn verzameld staat allemaal nauwkeurig beschreven in dit methodehoofdstuk. Er is duidelijk beschreven om welke doelgroep het gaat en wat de in- en exclusiecriteria zijn. Er is ook beschreven op welke manier de dataverzameling en data-analyse heeft plaatsgevonden. In het resultatenhoofdstuk wordt beschreven wie er uiteindelijk precies zijn geïnterviewd.

Veel onderzoekers stellen echter dat overdraagbaarheid bij een kwalitatief onderzoek nooit mogelijk is (Shenton, 2004). Omdat het in dit onderzoek om een specifieke doelgroep ging, namelijk gebruikers van CAM, was overdraagbaarheid hier een lastig begrip. Tot slot moet er worden bedacht dat het optimistisch is om te streven naar overdraagbaarheid na het doen van één kwalitatieve studie. Het mooie van kwalitatief onderzoek is namelijk juist dat er een unieke context wordt gevormd door middel van interviews (Shenton, 2004).

### **3.3.3 Toepasbaarheid**

Het begrip toepasbaarheid heeft in kwalitatief onderzoek betrekking op de reproduceerbaarheid van vergelijkbare resultaten bij herhaling van het onderzoek in dezelfde context, met dezelfde methoden en met dezelfde participanten (Shenton, 2004). Wanneer

lezers het onderzoeksproces kunnen teruglezen, zijn ze beter in staat om de toepasbaarheid van dit onderzoek te kunnen beoordelen (Nowell et al., 2017). Daarom zijn alle processen binnen het onderzoek in detail gerapporteerd, zodat een toekomstige onderzoeker het werk zou kunnen herhalen (Shenton, 2004).

In dit methodehoofdstuk is een beschrijving gegeven van de doelgroep van dit onderzoek. Daarnaast is in dit hoofdstuk beschreven hoe de data zijn verzameld. Hierbij is onder andere ingegaan op de opzet van de interviewschema's, het verloop van de interviewprocessen en de wijze waarop de verzamelde data is gecodeerd en geanalyseerd. In dit onderzoek is gebruikgemaakt van een internationaal erkende analysemethode: de reflexieve thematische analyse (Braun & Clarke, 2019; Byrne, 2022). Door stapsgewijs te rapporteren wat er tijdens deze analyse is gedaan, is geprobeerd de toepasbaarheid van dit onderzoek te vergroten (Shenton, 2004).

### **3.3.4 Overtuigingskracht**

Overtuigingskracht in kwalitatief onderzoek gaat over het beperken van de invloed van de onderzoeker (Nowell et al., 2017). Bij overtuigingskracht gaat het erom dat de resultaten de ervaringen en ideeën van de participant weergeven, en niet de kenmerken en voorkeuren van mij als onderzoeker (Shenton, 2004). Volgens Lincoln en Guba (1986) wordt overtuigingskracht bereikt wanneer geloofwaardigheid, overdraagbaarheid en toepasbaarheid ook zijn bereikt (Nowell et al., 2017). In dit onderzoek is gestreefd naar overtuigingskracht door het onderzoeksproces in het methodehoofdstuk zo transparant mogelijk te beschrijven.

Bij het uitvoeren van dit kwalitatieve onderzoek was het belangrijk dat ik als onderzoeker nadacht over de mate waarin ikzelf invloed heb uitgeoefend op het onderzoek, ook wel reflexiviteit genoemd. Zo kunnen lezers herleiden waarom en hoe bepaalde beslissingen zijn genomen (Nowell et al., 2017). Tijdens het analyseren van de data heb ik gebruikgemaakt van een reflexieve, thematische analyse. Het is belangrijk om hierbij te beseffen dat deze analyse gepaard gaat met veel subjectiviteit van mij als onderzoeker (Braun & Clarke, 2023b). Reflexiviteit gaat gepaard met bewuste zelfreflectie gedurende het hele onderzoek. Hiervoor heb ik gedurende het hele onderzoek gekeken naar mijn eigen positionering ten opzichte van het onderwerp en de participanten van het onderzoek (Hennink et al., 2020).

Reflexiviteit kan worden opgedeeld in twee categorieën: persoonlijk en interpersoonlijk. Persoonlijke reflexiviteit gaat over mijn eigen achtergronden en aannames die het onderzoeksproces kunnen beïnvloeden (Hennink et al., 2020). Ik was me ervan bewust

dat ik als socioloog in spé, die voornamelijk wetenschappelijk onderzoek uitvoert, een bevooroordeelde positie zou kunnen hebben tegenover gebruikers van CAM. Echter sta ik heel open tegenover gebruikers van CAM. Daarbij nam ik me voor om de interviews met respect en zonder oordeel over de participanten uit te voeren. Ik heb zelf nog nooit gebruikgemaakt van CAM, maar in mijn omgeving hoor ik af en toe mensen die er wel gebruik van maken. Ik was er dus niet geheel onbekend mee. Wanneer ik hoor dat het gebruik van CAM heeft geholpen bij de mensen om mij heen, kan ik begrijpen dat zij er vaker gebruik van zouden maken in de toekomst.

Interpersoonlijke reflexiviteit gaat over de interviewsetting en de interpersoonlijke dynamiek tussen mij en de geïnterviewde. Wanneer de participanten zich bijvoorbeeld ongemakkelijk voelden, kon dit van invloed zijn op de antwoorden die zij gaven op de vragen (Hennink et al., 2020). De interviews werden afgenomen via Microsoft Teams, zodat de participant en ik elkaar konden zien. Door middel van non-verbale communicatie – bijvoorbeeld knikken of ‘hm-hm’ zeggen – probeerde ik de participant zoveel mogelijk op zijn of haar gemak te stellen en op deze manier een vertrouwde setting te creëren. Het doel was om hiermee een ‘rapport’ op te bouwen (Hennink et al., 2020).

### **3.4 Datamanagementplan**

#### **3.4.1 Ethische commissie UMCG**

De verzamelde gegevens zijn uitsluitend voor mijn scriptieonderzoek gebruikt en hadden niet als doel met derden gedeeld te worden. Daarbij is het onderzoek vanuit het UMCG goedgekeurd door de ‘Centrale ethische Toetsingscommissie niet WMO plichtig onderzoek’ van het Universitair Medisch Centrum Groningen (CTc UMCG). Dit onderzoek valt onder het grotere onderzoeksproject ‘Invloed op welbevinden door en ervaringen met alternatieve geneeswijzen’, met als Research Registernummer 11367. Het onderzoek is goedgekeurd op 22 februari 2023, te zien in bijlage 7.

#### **3.4.2 Pseudonimiseren van gegevens**

In dit onderzoek werden de gegevens verzameld, verwerkt en gearchiveerd in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de FAIR-principes (Findable, Accessible, Interoperable, Reusable) onder verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker J.A. Landsman-Dijkstra. Indirecte en direct identificeerbare informatie die werd verzameld, werd geminimaliseerd en alleen verzameld voor het doel van dit onderzoek. Daarom werden en tijdens het onderzoek alleen persoonsgegevens in de vorm van e-

mailadressen verzameld. Bovendien hebben wij als onderzoekers de namen van participanten te allen tijde geheimgehouden (Hennink et al., 2020).

Omdat er e-mailadressen van de participanten werden verzameld, was volledig anonimiseren niet mogelijk voor het kwalitatieve deel van dit onderzoek. Daarom werden persoonsgegevens gepseudonimiseerd. Bij gepseudonimiseerde gegevens is niet direct duidelijk over welke personen de gegevens gaan, maar de gegevens kunnen alsnog herleidbaar zijn tot specifieke personen (Autoriteit Persoonsgegevens, z.d.).

In een Excelbestand werd bijgehouden welke participanten zich hadden aangemeld voor een interview. Deze participanten werden gekoppeld aan een uniek deelnemersnummer. Het deelnemersnummer was alleen te herleiden naar de desbetreffende personen via een sleutelbestand. Dit sleutelbestand was beveiligd met een wachtwoord en werd los opgeslagen op de One Drive van het UMCG, los van de data van het onderzoek in onze UMCG-werkomgeving, waar enkel hoofdonderzoeker (J.A. Landsman-Dijkstra) plus één andere onderzoeker (A.S. Fokkens) uit het team toegang tot had. Het sleutelbestand op de One Drive was toegankelijk voor medeonderzoeker A.M. Rozeboom, senior onderzoeker A.S. Fokkens en voor mij.

### **3.4.3 Informed consent**

Aan het begin van het onderzoek werden de participanten volledig geïnformeerd over wat er met hun gegevens zou gebeuren, en met welk doel. De participanten werden adequaat geïnformeerd over het onderzoek, zodat zij zelf de beslissing konden maken om mee te doen aan het onderzoek of niet (Hennink et al., 2020). De participanten werden gevraagd om toestemming te geven voor het gebruik van hun gegevens. Dit gebeurde door middel van een informed consent, deze is opgenomen in bijlage 8.

Daarbij werden de participanten geïnformeerd over de opslag van de verzamelde data. De verzamelde data, zoals opnames en transcripten, werden opgeslagen in een elektronisch, beveiligd bestand. Digitale gegevens werden gearhiveerd op het UMCG-netwerk volgens het strikte beveiligings- en back-upbeleid van het UMCG. Tooling zoals software (bijvoorbeeld Microsoft Teams) en procedures die werden gebruikt voor het verzamelen, verwerken, analyseren en opslaan van gegevens, voldeden aan het UMCG-beleid en de Standard Operating Procedures in de UMCG Research Toolbox. Brongegevens. De participanten werden geïnformeerd over het feit dat de verzamelde data en digitale gegevens van de participanten tot 15 jaar na afronding van het onderzoek bewaard zullen blijven.



## 4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd die zijn verzameld aan de hand van interviews. De doelgroep in dit onderzoek betreft cliënten die CAM-therapieën volgen bij therapeuten die lid zijn van de VBAG. In bijlage 9 is een terugblik op het interviewen opgenomen. In paragraaf 4.1 wordt eerst een beschrijving gegeven van de kenmerken van de participanten. In paragraaf 4.2 wordt een omschrijving gegeven van de kern- en subthema's, die vervolgens per paragraaf worden uitgewerkt. In paragraaf 4.8 volgt een korte samenvatting van de resultaten.

De focus in dit onderzoek lag op de ervaringen van cliënten met gezondheidsproblemen met CAM, met betrekking tot hun gezondheid en welzijn. De resultaten worden geïllustreerd met behulp van citaten uit de interviews. Door middel van de resultaten wordt er uiteindelijk een antwoord gegeven op de tweede onderzoeksvraag:

*“Hoe ervaren cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM-therapieën, aangeboden door therapeuten die zijn aangesloten bij de VBAG, met betrekking tot hun gezondheid en welzijn?”*

### 4.1 Kenmerken participanten

Voor dit onderzoek zijn er in totaal elf participanten geïnterviewd. De participanten hadden verschillende achtergronden en volgden verschillende CAM-therapieën. De therapeuten waarbij de participanten de CAM-therapieën volgden, zijn allen aangesloten bij de VBAG. De soorten therapieën vallen onder de zes domeinen van de VBAG: beweegzorg, bodymind therapie, natuurgeneeswijze, energetische therapie, oosterse geneeswijze en psychosociale geneeswijze.

Voor dit onderzoek zijn acht vrouwen en drie mannen geïnterviewd. De leeftijden varieerden van 33 tot 73 jaar. De opleidingsniveaus varieerden van middelbaar algemeen voortgezet onderwijs tot aan wetenschappelijk onderwijs. De participanten hadden verschillende ziektes of gezondheidsklachten, zoals prikkelbaredarmsyndroom, long-covid, darmkanker, hoge bloeddruk, eczeem, burn-outklachten en hoofd- en nekklachten na een auto-ongeval. Hiervoor volgden zij verschillende therapieën, zoals voetreflextherapie, craniosacraaltherapie, massagetherapie, Reiki, orthomoleculaire therapie, shiatsu en neuro-akoestische therapie. In tabel 1 is een overzicht gemaakt van de belangrijkste kenmerken van de participanten.

Tabel 1 - Kenmerken participanten

Naam	Leeftijd	Geslacht	Opleidingsniveau	Ziekte/klachten	CAM-therapie
P1	73	M	Hoger middelbaar beroepsonderwijs (HBO)	Eczeem en doofheid in de vingers	Orthomoleculaire therapie (voedingstherapeut)
P2	38	V	Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals mavo, (M)ULO, mbo-kort, VMBO-t)	Niet goed kunnen lopen, rechterkant heup schiet vaak op slot	Shiatsu
P3	73	V	Hoger middelbaar beroepsonderwijs (HBO)	Evenwichtsorgaanstoornis, hoge bloeddruk	Orthomoleculaire therapie, voetreflextherapie, osteopathie
P4	33	V	Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)	Vermoeidheid, spierpijn en concentratieklachten door longcovid	Craniosacraaltherapie, massagetherapie, bondingtherapie
P5	47	V	Hoger middelbaar beroepsonderwijs (HBO)	Langdurige hoofd- en nekklachten na auto-ongeval	Neuro-akoestische therapie
P6	73	M	Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)	Hoge bloeddruk en hartritmestoornissen	Acupunctuur en massagetherapie
P7	68	V	Hoger middelbaar beroepsonderwijs (HBO)	Uit balans en wil graag afvallen	Orthomoleculaire therapie
P8	57	V	Hoger middelbaar beroepsonderwijs (HBO)	Darmkanker, buikklachten	Bioresonantie, Reiki, yoga
P9	69	V	Hoger middelbaar beroepsonderwijs (HBO)	Prikkelbaredarm syndroom	Voetreflextherapie, hypnotherapie, Reiki
P10	70	V	Hoger middelbaar beroepsonderwijs (HBO)	Prikkelbaredarm syndroom	Mesologie
P11	43	M	Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals mavo, (M)ULO, mbo-kort, VMBO-t)	Burn-outklachten: vermoeidheid, schaamte en angst	Shiatsu en meditatie

#### 4.2 Kern- en subthema's

Door middel van een reflexieve, thematische analyse zijn er uiteindelijk vijf kernthema's gecreëerd, die de kernideeën en betekenissen achter wat de participanten hebben gezegd weerspiegelen. De vijf kernthema's zijn onderverdeeld in verschillende subthema's, om er zo een interpretatief verhaal van te maken. De kern- en subthema's zijn weergegeven in tabel 2. Samen vertellen deze kern- en subthema's iets over de ervaring van de participanten met CAM, met betrekking tot hun gezondheid en welzijn.

Tabel 2 - Kern- en subthema's

	Kernthema		Subthema's
1	“Baat het niet dan schaadt het niet” – redenen voor het kiezen van CAM	1.1 1.2 1.3	“Verder zoeken” “Niks te verliezen” “Kijken wat de natuur kan doen”
2	“Uitvoeren van dagelijks leven niet meer mogelijk” – klachten en belemmering		
3	“Twee werelden tegenover elkaar” – samenspel CAM en regulier	3.1 3.2 3.3 3.4	“Open kaart” “Wederzijds respect, maar échte samenwerking ontbreekt” “Een spannend spanningsveld” “Positief maar sceptisch”
4	“Moeilijk aanwijsbaar, maar duidelijk voelbaar” – voordelen van CAM	4.1 4.2 4.3 4.4 4.5	“Een goed gevoel en een bijdrage aan het welzijn” “Begrijpen wat er aan de hand is” “Het luisterend oor van de CAM-therapeut” “De zin van ziek zijn en het leven” “Leren leven met je klachten”
5	“Een dure prijs en alleen maar bezig met ziek zijn” – nadelen van CAM	5.1 5.2	“Het is vreselijk duur, maar dat hebben we ervoor over” “Een bevestiging van de patiëntrol”

### 4.3 Thema 1: “Baat het niet dan schaadt het niet”

Het eerste thema, “Baat het niet dan schaadt het niet”, gaat over de verschillende redenen waarom de participanten voor een CAM-therapie hebben gekozen. Na een korte kennismaking en nadat de participant iets over zichzelf had verteld, werd er verder ingezoomd op de soort therapie die de participant volgde en waarom. Door hierover in gesprek te gaan met de participant, werden verschillende ervaringen gedeeld.

Wat de participanten onder andere heeft gemotiveerd om te kiezen voor CAM, is dat zij in hun ervaring niet verder konden worden geholpen in de reguliere geneeskunde. Veel participanten zijn uiteindelijk door middel van iemand in hun omgeving in contact gekomen met een CAM-therapeut. Onder het mom van ‘baat het niet dan schaadt het niet’ wilden veel participanten CAM een keer proberen. Dit eerste thema is onderverdeeld in de subthema's ‘verder zoeken’, ‘niks te verliezen’ en ‘kijken wat de natuur kan doen’.

#### ***Subthema 1.1: “Verder zoeken”***

Eén van de meest voorkomende redenen die werd genoemd door de participanten om voor CAM te kiezen, is dat de participanten volgens hen niet verder konden worden geholpen door de

reguliere zorgverleners. Daarom zijn ze verder gaan zoeken naar een andere oplossing. Veel participanten gaven aan dat ze minder goede ervaringen hadden met de reguliere geneeskunde. Zo gaf participant 1 bijvoorbeeld aan dat hij ontevreden was over de oplossing die hem werd geboden vanuit de reguliere geneeskunde. In 2022 kreeg meneer veel jeuk aan de huid en last van eczeem. Via de huisarts is hij bij de dermatoloog terechtgekomen. Daar heeft hij zo'n ¾ jaar bij gelopen en lichttherapie gevolgd, maar “dat sloeg niet aan, dat hielp niet” (P1). Er werd vastgesteld dat meneer een bepaalde huidziekte heeft waarvoor hij hormoonzalf kreeg. Hij benoemde dat hij het gebruik van hormoonzalf niet een goede oplossing vond voor zijn eczeem, omdat je daarmee “de klachten wel onderdrukt, maar de oorzaken niet oplost” (P1). Hij verwoordde dit als volgt:

*“Ja, maar dat is toch niet de oplossing, om de komende tijd van je, van je leven die hormoonzalf te gaan strijken?” – Participant 1*

Doordat meneer het niet eens was met de oplossing vanuit reguliere geneeskunde, en sommige eczeemplekken ook niet verdwenen, is meneer verder gaan kijken “wat hij nog meer kon doen” (P1). Hij vond het namelijk “wel oké, maar eigenlijk ook niet oké” (P1). Participant 2 gaf ook aan dat “de reguliere geneeskunde niks meer voor haar kon betekenen”. Nadat ze bij de huisarts was geweest en fysiotherapie in het ziekenhuis had gevolgd voor haar lichamelijke klachten, “hield ze nog steeds dezelfde pijn aan” (P2). Ze had het idee dat ze van het kastje naar de muur werd gestuurd door de huisarts. Dit verwoordde zij als volgt:

*“Ik liep al tijden met dat ik erg last van mijn lichaam had, en ik werd eigenlijk van het kastje naar de muur geschopt vanuit de huisarts.” – Participant 2*

Toen er tegen mevrouw werd gezegd dat er geen verbetering in haar klachten zat en dat ze op den duur wellicht in een rolstoel terecht zou komen, is mevrouw hier erg van geschrokken en heeft ze dit als erg heftig ervaren. Ze vertelde in het interview dat ze “dit zo niet wilde, omdat ze nog te jong is om in een rolstoel te belanden” (P2). Hierdoor is ze verder gaan zoeken en zo is ze bij de shiatsu-therapeut terechtgekomen. Participant 4 gaf ook aan dat de huisarts haar niet verder kon helpen bij haar longcovid klachten, en dat ze binnen 10 seconden weer buiten stond nadat de huisarts had geconcludeerd dat ze misschien een burn-out zou hebben. Dit verwoordde zij als volgt:

*“En toen begon ik te vertellen, en toen zei de huisarts na 10 seconden "nou, het klinkt misschien wel als een burn-out, hè? Nou, succes meissie, doe!". En toen stond ik buiten.”* – Participant 4

Hierdoor was mevrouw erg boos geworden, maar ze gaf aan dat ze ook “zo flabbergasted” was dat ze niet wist wat ze moest doen, dus dat ze “toen maar weer naar huis is gereden en in bed is gaan liggen” (P4). Ze constateerde dat de huisarts naar haar zeggen duidelijk niets voor haar kon doen, en zo is ze “in het alternatieve circuit gekomen” (P4). Op de vraag wat het met mevrouw heeft gedaan dat ze naar eigen zeggen binnen 10 seconden weer buiten stond, gaf ze aan dat ze zich “kwetsbaar, verlaten en machteloos” voelde, omdat “ze zelf niet goed wist wat er aan de hand was” (P4). Mevrouw gaf aan dat ze “heel erg hulp nodig had”, en dat ze “eindelijk iets had bedacht wat zou kunnen helpen: de dokter” en dat die toen tegen haar zei “zoek het uit” (P4). Hierdoor gaf ze aan dat ze zich “niet serieus genomen voelde” (P4).

Participant 5 is ook “verder gaan zoeken” naar een andere oplossing voor haar klachten. Mevrouw heeft begin 2023 een auto-ongeluk gehad, waar ze hoofd- en nekklachten aan heeft overgehouden. Nadat ze bij de huisarts, fysiotherapeut, ergotherapeut en arboarts is geweest, “bleven er alsnog restklachten achter” (P5). Ze benoemde dat “het regulier nu al klaar was, en dat ze het nu daar [bij CAM, I.F.] moest zoeken” (P5). Dit verwoordde zij als volgt:

*“Ik ga toch ook in het alternatieve zoeken, kijken of ik daar ook net even de extra ondersteuning kan geven aan het regulier opbouwen van werkzaamheden en activiteiten.”* – Participant 5

### ***Subthema 1.2: “Niks te verliezen”***

Nadat de participanten het idee hadden dat de reguliere zorgverleners niets voor hen konden betekenen, hadden ze het idee dat ze niets meer te verliezen hadden. Veel participanten zijn uiteindelijk via iemand in hun omgeving bij CAM terechtgekomen. Participanten gaven aan dat ze vaak al iemand in hun kring kenden die gebruikmaakte van CAM, en dat ze op deze manier met de CAM-therapeuten in contact zijn gekomen. Participant 1 is bijvoorbeeld via een vriendin bij CAM terechtgekomen die hier positieve ervaringen mee had. Hij verwoordde dit als volgt:

*”Dus toen kwam ik in gesprek met een vriendin die een orthomoleculaire geneeskundige raadpleegde, en die daar ook over zei positieve baat bij te hebben. Toen dacht ik van ‘ik heb niks te verliezen, waarom zou ik dat niet doen’?” –*

Participant 1

Participant 2 en 4 zijn ook mede op advies van hun omgeving bij CAM terechtgekomen. Doordat zij zich in eerste plaats niet geholpen voelden door de reguliere geneeskunde, en zij iemand kenden in hun naaste omgeving die goede ervaringen had met CAM, hebben zij uiteindelijk ook de stap gemaakt naar CAM. Uiteindelijk zijn deze participanten door middel van hun zussen in contact gekomen met een CAM-therapeut (P2, P4). Op de vraag hoe participant 4 met haar longcovidklachten precies bij de craniosacraal therapeut terecht is gekomen antwoordde zij het volgende:

*”Via mijn zusje, want die liep ook bij haar. Die heeft een hersenschudding en die was bij haar en die zei ‘oh, ze helpt me wel heel erg met die klachten die we allebei een beetje hetzelfde hebben. Dus misschien kun je ook naar haar toe’.” – Participant 4*

Participant 6, die al geruime tijd last had van hoge bloeddruk, is ook via zijn omgeving bij acupunctuur terechtgekomen. Hij hoorde via via dat er met acupunctuur en de bijbehorende massage “wellicht resultaten te behalen zouden kunnen zijn” (P6).

### ***Subthema 1.3: “Kijken wat de natuur kan doen”***

Een andere belangrijke reden voor sommige participanten om voor CAM te kiezen, is omdat ze de voorkeur gaven aan een meer “natuurlijke behandelwijze”, ten opzichte van behandeld worden met medicatie (P6). In hun ervaring is het beter om eerst te kijken wat je op natuurlijke wijze aan je klachten kan doen, in plaats van “gelijk een pilletje te slikken” (P10). In plaats van gebruik te maken van medicatie – aangeboden door reguliere zorgverleners – vinden enkele participanten dat je eerst moet kijken waar je klachten vandaan komen. Participant 6 gaf aan van sommige medicijnen “veel bijwerkingen te ervaren” en dat er daardoor “niets meer uit zijn vingers kwam” (P6). Meneer heeft door de bijwerkingen geen goede ervaring met sommige medicatie, en geeft hierdoor de voorkeur aan een meer natuurlijke behandelwijze. Dit verwoordde hij als volgt:

*“Ik weet niet of jij medicijnen slikt, maar bijwerkingen is het ergste wat je kan hebben. Zoals ik al zei, leven zonder medicatie, dat is het mooiste. Ik denk dat dat de meest natuurlijke manier van leven is. En het is mooi dat er dat er medicijnen zijn. Als je hoofdpijn hebt en je neemt een paracetamol. Ja, goed, dat helpt, maar dat wil je niet continu slikken. Want het is puur vergif.” – Participant 6*

Samenvattend zijn er verschillende redenen waarom cliënten met gezondheidsproblemen voor CAM kiezen. Veel participanten hebben ervaren dat de reguliere geneeskunde hen niet verder kon helpen. Daarbij werden er volgens de geïnterviewde participanten soms heftige dingen gezegd door huisartsen. Uiteindelijk zijn veel participanten op aanraden van hun naaste omgeving bij een CAM-therapeut terechtgekomen, en willen ze het graag een kans geven (P6). Participanten gaven ook aan dat ze het fijn vinden om eerst te kijken wat ze op natuurlijke wijze aan hun klachten kunnen doen, in plaats van “direct een pilletje te slikken” (P10).

#### **4.4 Thema 2: “Uitvoeren van dagelijks leven niet meer mogelijk”**

Het tweede thema, “Uitvoeren van dagelijks leven niet meer mogelijk”, gaat over de verschillende klachten van de participanten en in hoeverre deze klachten hun dagelijks leven hebben belemmerd. Door hierover in gesprek te gaan met de participant, werden verschillende ervaringen gedeeld. Sommige participanten ervoeren geen belemmeringen van hun klachten, terwijl bij andere participanten de klachten zo’n belemmering vormden dat het uitvoeren van hun dagelijks leven vrijwel onmogelijk werd. Dit zorgde uiteindelijk ook voor een vermindering van het welzijn en daarmee de kwaliteit van leven voor sommige participanten.

Wat opvalt aan de genoemde fysieke klachten, te zien in tabel 1, is dat dit veelal klachten zijn die vroeger door de artsen als “onbegrepen klachten” worden gedefinieerd, tegenwoordig ook wel “Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten” (SOLK) of “Aanhoudende Lichamelijke Klachten” (ALK) genoemd (GGZ Standaarden, 2022). Naast fysieke klachten werden er tijdens de interviews ook mentale klachten genoemd, zoals “schaamte en angst door het hebben van een burn-out” (P11) of “super emotioneel zijn door overzichtsverlies vanuit cognitieve klachten wegens longcovid” (P4).

Het verschilde per participant in welke mate de participant de ziekte of gezondheidsklachten als een belemmering heeft ervaren. Participant 1 gaf bijvoorbeeld aan dat de jeukklachten die hij kreeg door eczeem zijn leven totaal niet hebben belemmerd. Zijn klachten waren wel aanwezig en voelbaar, maar volgens hem was er goed te leven met de

klachten (P1). Participant 6 gaf aan dat hij klachten ervoer door de bijwerkingen van medicatie voor hoge bloeddruk. Door deze medicatie kreeg de participant last van spierpijn en vermoeidheid. Meneer gaf aan dat hij door de medicatie zo vermoeid was dat hij niet meer kon racefietsen. Daar had hij “geen energie voor” (P6). Dit heeft volgens hem zijn “kwaliteit van leven verminderd” (P6). Participant 2 gaf aan dat de klachten “eigenlijk haar hele dagelijks leven belemmerden” (P2). Mevrouw benoemde klachten als “specifiek dat mijn been op slot viel, dat ik niet meer kon bewegen. Ik kon niet meer lopen, kon niet meer staan. Ik kon helemaal niks meer” (P2). Hierover zei zij het volgende:

*“Ja, het belemmerde mijn hele leven eigenlijk. Ik kon eigenlijk niet leuke dingen met mijn kinderen doen. Ik kon mijn werk niet altijd volledig. Ik was altijd vermoeid en had pijn. Ja, het uitvoeren van mijn dagelijks leven kon gewoon niet meer.”* –

Participant 2

Samenvattend ervoeren de geïnterviewde participanten hun klachten op verschillende manieren en hebben de klachten de participanten op verschillende manieren belemmerd in het dagelijks. Deze belemmering varieerde van “acceptabel” tot aan dat het “iemand's hele leven beïnvloedde en onuitvoerbaar maakte”. Sommige participanten hebben de klachten als zo'n belemmering ervaren dat het van invloed was op hun welzijn en daarmee kwaliteit van leven.

#### **4.5 Thema 3: “Twee werelden tegenover elkaar”**

Het derde thema, “Twee werelden tegenover elkaar”, gaat over hoe de participanten het samenspel tussen CAM en reguliere geneeskunde ervaren. Door hierover in gesprek te gaan met de participanten, werd duidelijk dat er in dit samenspel nog ruimte is voor verbetering volgens de participanten. Tijdens de interviews hebben veel participanten verteld over hun klachtenverloop en over hoe zij bij CAM terecht zijn gekomen. Alle participanten zijn eerst gestart met een vorm reguliere geneeskunde, het begon vrijwel altijd bij de huisarts.

Vervolgens zijn de participanten om verschillende redenen gebruik gaan maken van CAM. Sommige participanten zijn helemaal overgestapt, andere participanten gebruiken CAM als aanvulling.

Sommige participanten gaven aan dat er “geen sprake was van samenwerking tussen de twee vormen van geneeskunde” (P2). Participant 7 zei bijvoorbeeld “ik heb dat [samenwerking tussen CAM en reguliere geneeskunde, I.F.] nog niet bij de hand gehad, eerlijk gezegd, nee, nee” (P7). De participanten die wel gebruikmaken van een samenwerking



tussen CAM en reguliere geneeskunde ervaren dit veelal als goed. Participant 6 gaf bijvoorbeeld aan dat hij een prima samenwerking heeft ervaren tussen de reguliere geneeskunde en CAM. Hij gaf aan dat ze “niet letterlijk samenwerken, maar dat ze elkaar ook niet in de weg zitten” (P6). Dit derde thema bestaat uit de volgende subthema’s: ‘open kaart’, ‘wederzijds respect, maar échte samenwerking ontbreekt’, ‘een spannend spanningsveld’ en ‘positief maar sceptisch’.

### ***Subthema 3.1: “Open kaart”***

Zoals beschreven in paragraaf 1.4.1 over het maatschappelijk debat, was de verwachting – voordat de interviews plaatsvonden – dat de participanten die zich wendden tot CAM dit misschien niet aan hun reguliere zorgverleners zouden vertellen. Uit de interviews bleek echter dat alle participanten open zijn geweest over welke vorm van geneeskunde zij gebruik(t)en. Alle participanten gaven aan dat ze bij de reguliere zorgverlener hebben aangegeven dat ze een CAM-therapie gingen proberen en andersom. Participant 1 verwoordde dit als volgt:

*“Ja weet je, daar ben ik gewoon open in, wat maakt mij dat nou uit? Dat vind ik prima, dus de orthomoleculair geneeskundige weet dat ik vanuit dermatologie ook dit probeer als alternatief. En omgekeerd is dat ook zo.” – Participant 1*

### ***Subthema 3.2: “Wederzijds respect, maar échte samenwerking ontbreekt”***

Wanneer de participanten iets begonnen te vertellen over dat zij open zijn geweest over welke vormen van geneeskunde zij gebruiken, werd ik nieuwsgierig naar de reacties van de CAM-therapeuten op reguliere zorgverleners en andersom.

Wat veel participanten aangaven tijdens de interviews, is dat vrijwel alle CAM-therapeuten volgens de participanten positief tegenover de reguliere zorgverleners stonden en dat de CAM-therapeuten de reguliere zorgverleners “niet in de weg willen zitten” (P6). Participant 6 benoemde bijvoorbeeld dat de acupuncturist “niet tegen zijn medicatie is die hij via de reguliere zorgverleners ontvangt, integendeel” (P6). In zijn geval staat de acupuncturist dus achter de keuzes van de participant en achter de behandeling van de cardioloog. Participant 2 benoemde ook dat haar shiatsu-therapeut niet afwijzend tegenover de fysiotherapeut staat. Daarbij gaf de participant ook aan dat haar shiatsu-therapeut haar wel eens doorverwijst naar de fysiotherapeut. Ze geeft daarbij ook direct aan dat dat andersom eigenlijk niet het geval is, “omdat dat dat hun verwijzing [die van de fysiotherapeut, I.F.] niet

is” (P2). Toen ze tegen de huisarts zei dat ze naar een shiatsu-therapeut zou gaan, zei de huisarts dat dat “iets is wat voor haarzelf was”, maar dat een fysiotherapeut beter zou zijn (P2).

Reguliere zorgverleners staan dus volgens sommige participanten niet altijd positief tegenover CAM-therapeuten. Vaak gaven participanten aan dat reguliere zorgverleners niet afwijzend tegenover CAM-therapeuten staan, maar dat ze hun cliënt ook niet snel zouden doorverwijzen naar een CAM-therapeut. Participant 6 gaf bijvoorbeeld aan dat zijn cardioloog onder het mom van ‘baat het niet dan schaadt het niet’ wel accepteerde dat meneer af en toe een bezoek brengt aan de acupuncturist. Dit verwoordde participant 6 hij als volgt:

*“En hij staat er zo in 'oké baat het niet dan schaadt het niet... van mij mag het. Als jij als jij denkt of vindt of voelt dat het helpt, be my guest.”* – Participant 6

Daarbij benoemde participant 6 ook direct dat zijn cardioloog een cliënt niet zo snel zou doorverwijzen naar de acupuncturist. Op de vraag waarom deze participant dit zo ervaarde, gaf hij aan dat het werk van een acupuncturist volgens de cardioloog “onvoldoende meetbaar is dat het effecten heeft” (P6). Dit verwoordde hij als volgt:

*“Het is niet iets – en dat snap ik ook wel vanuit zijn professie gezien – het is niet iets wat hij zegt van ‘nou, dat is het alternatief’, dat zullen artsen niet zo gauw zeggen. Misschien wel helemaal niet. Omdat het onvoldoende meetbaar is dat het effecten heeft.”* – Participant 6

Sommige participanten gaven aan dat ze het jammer vinden dat CAM niet altijd als behandeling wordt meegenomen vanuit reguliere geneeskunde, omdat ze denken dat er veel meer winst te behalen valt als CAM wat meer bespreekbaar zou worden onder de reguliere zorgverleners (P5). Daarbij geven de participanten aan dat je reguliere geneeskunde niet kunt missen, maar dat CAM wel een mooie aanvulling is (P9).

### ***Subthema 3.3: “Een spannend spanningsveld”***

Door met de participanten in gesprek te gaan over hun ervaringen met het samenspel tussen CAM en reguliere geneeskunde, werd ook inzichtelijk dat sommige participanten merkten dat “de twee werelden van geneeskunde nog enigszins tegenover elkaar staan” (P5). Participant 5

gaf aan dat ze zelf goede ervaringen had met het samenspel tussen CAM en reguliere geneeskunde, maar dat ze “een spannend spanningsveld” ervaart tussen deze twee vormen.

Door in gesprek te gaan met de participanten over de samenwerking tussen CAM en reguliere geneeskunde, werden onderwerpen als “vertrouwen” en “geloof in CAM” vaak genoemd door de participanten. Meerdere participanten gaven aan dat ze de indruk hebben dat mensen in de maatschappij over het algemeen meer vertrouwen hebben in de reguliere geneeskunde dan in CAM. Participant 6 gaf bijvoorbeeld aan dat hij denkt dat er minder aandacht voor CAM is in de maatschappij dan voor reguliere geneeskunde, omdat de effecten van CAM volgens hem “niet goed meetbaar” zijn (P6). Hij verwoordde dit als volgt:

*“Dat is ook de reden waarom, denk ik, alternatieve geneeswijze toch nog een beetje – het wordt geloof ik wel wat minder – maar toch wel een beetje in het verdomhoekje zit. Omdat het niet keihard meetbaar is.”* – Participant 6

Toch zijn participanten van mening dat CAM en reguliere geneeskunde meer zouden moeten samenwerken, zodat er een “meer holistische benadering” (P6) ontstaat. CAM-therapieën kunnen volgens participant 6 ondersteunend zijn aan reguliere therapieën. Participant 5 gaf ook aan dat ze het belangrijk vindt dat CAM en reguliere geneeskunde “meer voor elkaar zouden moeten openstaan” (P5). Ze geeft aan dat ze ervaart dat de artsen en de wetenschap hun sterke kant wel hebben laten zien, en dat ze vindt dat CAM-therapeuten wel “wat meer aan de weg mogen timmeren” (P5). Hoe meer er over CAM bekend wordt volgens deze participant, hoe meer CAM-therapeuten en reguliere zorgverleners voor elkaar open gaan staan (P5). Zij verwoordde dit als volgt:

*“Waarbij ik denk... Hoe meer erover geschreven wordt, hoe meer erover duidelijk is, misschien net hoe meer mensen overstag gaan. En ik denk ook dat de nieuwe generatie artsen misschien ook wel meer geneigd zullen zijn om ervoor open te staan, maar dat is nog wel lastig.”* – Participant 5

### ***Subthema 3.4: “Positief maar sceptisch”***

Vele participanten merken dus dat de samenwerking tussen CAM en reguliere geneeskunde niet altijd soepel verloopt. Door hierover te praten met de participanten, werd ook duidelijk dat de participanten verschillende visies en opvattingen hebben over het gebruik van CAM en reguliere geneeskunde. Een enkele participant gaf aan dat ze de voorkeur gaf aan CAM boven

de reguliere geneeskunde. Participant 9 gaf aan dat ze voor haar PDS-klachten naar een homeopaat is gegaan. Zij gaf aan dat dit een bewuste keuze was, omdat ze “meer van het alternatieve houdt dan van het reguliere” (P9). Andere participanten hadden meer vertrouwen in de reguliere geneeskunde, en zij gaven aan dat ze – vooral in het begin – zeer sceptisch waren over CAM, omdat het volgens hen misschien een placebo-effect teweeg kan brengen en het volgens de participanten lastig te omschrijven is wat een CAM-therapeut precies doet tijdens een therapie sessie. Participant 1 verwoordde dit als volgt:

*“Nou, ik ben er over het algemeen wel positief over, alhoewel ik heel sceptisch ben naar alternatieve geneeswijze. De scepsis zit dan in 'wat doet het met je lichaam, en moet je er geloof aan hechten of hecht je er geen geloof aan? Is het een soort placebo voor iets wat, nou ja 'ook nog bestaat'?” – Participant 1*

Participant 5 gaf ook aan dat ze in het begin heel sceptisch was over CAM. Ze benoemde dat ze het “te vaag” vond als het “onzichtbaar” is wat er gebeurt, en dat ze “er dan niks mee kan” (P5). Daarbij benoemde ze dat ze wil dat de therapie “wel ergens op gebaseerd is” (P5). Hierover zei zij het volgende:

*“En ik was er heel sceptisch over, zeker de allereerste keer dat ik er naartoe ging. Heel sceptisch, maar ik vond het heel bijzonder om te zien dat... Wat ze als resultaat en advies gaf, heb ik altijd getoetst bij de reguliere geneeskunde. En het strookte uiteindelijk met wat er bij de reguliere geneeskunde uitkwam, wat ze daar in eerste instantie niet konden vinden.” – Participant 5*

Participant 8 gaf aan dat ze niet sceptisch over CAM denkt, maar dat ze “wel kritisch blijft tijdens de CAM-therapie” (P8). Daarbij benoemde ze dat ze niet alles klakkeloos aanneemt van haar CAM-therapeut. Ze merkte ook op dat er volgens haar bij de reguliere geneeskunde soms ook sprake is van “kwakzalverij” (P8). Mevrouw gaf aan dat ze zowel de voorkeur geeft aan CAM als aan reguliere geneeskunde, “mits ze iets van gezondheidszorg afweten” (P8). Hierover zei zij het volgende:

*“En natuurlijk zitten er tussen de artsen [uit de reguliere geneeskunde, I.F.] ook bepaalde kwakzalvers tussen. Maar over het algemeen genomen vind ik het heel belangrijk dat ze toch onderlegd zijn.” – Participant 8*

Samenvattend werd het samenspel tussen CAM en reguliere geneeskunde op verschillende manieren ervaren door de participanten. De ene participant heeft het als fijn ervaren, de andere participant heeft er minder goede ervaringen mee. Er zijn ook een aantal participanten geweest die het samenspel niet ervaren hebben, omdat zij “nooit tegelijk aan dezelfde klacht hebben gewerkt door de twee verschillende vormen van geneeskunde” (P7). Alle participanten zijn open geweest over de vormen van geneeskunde die zij gebruiken. De CAM-therapeuten stonden volgens de participanten positief tegenover de reguliere zorgverleners. Andersom was dit volgens de participanten niet altijd het geval. Daarnaast gaven participanten aan dat ze het jammer vinden dat CAM en reguliere geneeskunde niet altijd voor elkaar openstaan. Ook al waren sommige participanten eerst sceptisch naar CAM toe, zijn zij inmiddels van mening dat CAM hen wel heeft geholpen. Daarom vinden de participanten dat CAM en reguliere geneeskunde “meer samen moeten werken om zo het beste voor de cliënt te kunnen betekenen” (P1). Een enkele participant gaf aan dat ze de voorkeur gaf aan CAM boven de reguliere geneeskunde.

#### **4.6 Thema 4: “Moeilijk aanwijsbaar, maar duidelijk voelbaar”**

Het vierde thema, “Moeilijk aanwijsbaar, maar duidelijk voelbaar”, gaat over de voordelen en de ervaren meerwaarde van CAM volgens de geïnterviewde participanten. Het brengt in kaart hoe en op welke manier CAM volgens de cliënten een bijdrage levert aan hun gezondheid en welzijn. Door hierover in gesprek te gaan met de participanten, werd duidelijk dat CAM hen op verschillende manieren heeft geholpen. De participanten gaven aan dat ze zowel fysieke als mentale voordelen hebben ervaren van de CAM-therapieën. Fysieke, concrete voordelen waren bijvoorbeeld “minder jeuk” (P1), “minder vermoeidheid” (P5) en “een lagere bloeddruk” (P6).

Wat opviel tijdens de interviews is dat de participanten het soms lastig vonden om onder woorden te brengen hoe de therapie voor hen werkte en waar de voordelen precies uit bestonden. Ik merkte dat de mentale voordelen vaak ook met ‘een gevoel’ te maken hadden. Deze mentale voordelen waren naar mijn idee lastiger onder woorden te brengen door de participanten. Zo zei participant 11 bijvoorbeeld dat hij “het apart vindt om uit te leggen, maar dat voel je in jezelf” (P11). Participant 9 vond het ook lastig om te omschrijven waar de voordelen van CAM precies uit bestonden. Zij benoemde dat CAM zeker een toegevoegde waarde voor haar heeft op de lange duur, alleen is het volgens haar moeilijk aanwijsbaar (P9).

Dit vierde thema bestaat uit de volgende subthema's: 'een bijdrage aan het welzijn', 'begrijpen wat er aan de hand is', 'het luisterend oor van de CAM-therapeut', 'de zin van ziek zijn en het leven' en 'leren leven met je klachten'.

***Subthema 4.1: “Een bijdrage aan het welzijn”***

Vaak werd aangegeven dat het volgen van een CAM-therapie de participanten “een goed gevoel geeft” (P6) en dat het helpt voor “het algehele welzijn” (P9). Participant 2 gaf ook aan dat ze meer vreugde voelt sinds ze is gestart met de CAM-therapie:

*“Hoe dat voor mij voelt? Ja, nou, vreugde, ja heerlijk, je voelt je weer levendig. Ja, ik ben weer mezelf en genieten van alles... en nóg meer genieten, ja.”* – Participant 2

Participant 6 gaf aan dat hij het lastig vond om te benoemen “waar de voordelen precies aan zijn toe te schrijven” (P6). Volgens hem kon het komen door de medicatie, de acupunctuur of een combinatie van de twee. Hij benoemt in ieder geval dat hij er een goed gevoel van krijgt:

*“Ja. Het geeft een positief gevoel. En dat vind ik ook al heel belangrijk. Nou ja, ik gaf dus wel aan dat het bij mij hielp voor het algemene welbevinden”* – Participant 6

***Subthema 4.2: “Begrijpen wat er aan de hand is”***

Tijdens de interviews gaven sommige participanten aan dat het volgen van een CAM-therapie hen heeft geholpen om de oorzaken van hun ziekte of klachten beter te begrijpen. Zo gaf participant 4 bijvoorbeeld aan dat ze in eerste instantie “geen idee had wat er met haar aan de hand was” en dat ze “niks begreep van haar longcovid klachten” (P4). Ze gaf aan dat ze haar klachten niet goed kon overzien en dat verschillende CAM-therapieën haar hebben geholpen om weer een uitzicht te krijgen op werk en om meer overzicht te krijgen in haar hoofd. Zij verwoordde dit als volgt:

*“Ik denk dat ik zonder de therapieën minder uitzicht zou hebben op werk en zou denken, nou 'hè, het lukt allemaal niet', en dat ik het allemaal nog minder goed kon overzien in mijn hoofd. Omdat dan de problemen eigenlijk alleen maar opstapelen.”* – Participant 4

Participant 2 gaf ook aan dat de CAM-therapie haar heeft geholpen “om haar ziekte en klachten beter te kunnen begrijpen. Dit kwam vooral door de “uitleg van de therapeut zelf en het verhaal daarachter” (P2).

***Subthema 4.3: “Het luisterend oor van de CAM-therapeut”***

Naast dat de CAM-therapie volgens de participanten hielp bij het beter begrijpen van de oorzaken van hun ziekte en klachten, kwam er ook vaak als genoemd voordeel naar voren dat de CAM-therapeut – in plaats van de CAM-therapie zelf – iets goeds teweegbracht. Zo had participant 6 het idee “dat er serieus door de CAM-therapeut gekeken werd naar wat er speelt” (P6). Participant 4 had ook het gevoel dat ze echt serieus werd genomen. Zij verwoordde dit als volgt:

*“Dat gesprek vond ik wel heel steunend omdat ik me echt gehoord voelde en echt serieus genomen. Ik was heel blij dat zij mijn verhaal herkende, zeg maar, of dat ik me dus bevestigd voelde van ‘oké, je bent niet gek, je zit dit niet te faken of zo, je hebt echt iets’ en... Nou ja dat, dat voelde heel fijn dat stukje.” – Participant 4*

Dat een participant zich serieus genomen voelde door de CAM-therapeut, had veelal te maken met dat de participant zich begrepen, gezien en gehoord voelde door hun CAM-therapeut. Volgens de participanten bieden CAM-therapeuten een luisterend oor en tonen zij begrip voor de participant. Participant 2 gaf aan dat dat haar waarschijnlijk het meest geholpen heeft: “dat er naar haar geluisterd wordt” (P2). Participant 4 gaf ook aan dat ze zich erg gehoord voelde door haar CAM-therapeut. Daarbij gaf ze aan dat ze zich meer gehoord voelde bij CAM dan bij reguliere geneeskunde, en dat ze het gevoel had dat ze meer zichzelf kon zijn bij CAM-therapeuten (P4). Dit verwoordde zij als volgt:

*“Ja, het voelt voor mij alsof ik me misschien wel meer gehoord voel of zo. Of meer... Het voelt een beetje alsof ik meer mezelf mag zijn bij alternatieve therapeuten, maar ik zit nou te denken waar dat dan aan kan liggen...” – Participant 4*

Op de vraag waarom iemand zich dan meer gezien en gehoord voelde, kwamen verschillende antwoorden, bijvoorbeeld dat “een CAM-therapie persoonlijker is dan een reguliere therapie” (P4). Volgens haar komt dit omdat er bij CAM-therapieën geen sprake is van een strikt behandelplan, en dat het meer in het nu is (P4). Participant 8 benoemt ook dat CAM-

therapeuten meer met “het totaalplaatje bezig zijn” en ze kijken volgens de participanten “meer holistisch: je psychische, mentale en sociale gezondheid wordt allemaal meegenomen” (P8).

***Subthema 4.4: “De zin van ziek zijn en het leven”***

Participanten noemden ook het voordeel dat ze het gevoel hadden dat de CAM-therapie heeft geholpen bij “het beter begrijpen waarom de participant ziek was geworden” (P8). Participant 8 gaf bijvoorbeeld aan dat ze door middel van de CAM-therapie erachter probeerde te komen wat “de ziekte haar wilde vertellen” toen ze darmkanker kreeg (P8). Doordat mevrouw een aantal jaar geleden ziek is geworden, is ze Reiki gaan volgen en energetisch met haarzelf gaan werken. Hierdoor heeft ze beseft dat ze “alles uit het leven moet halen, want je weet niet hoeveel tijd je nog hebt” (P8). Hierdoor heeft ze ook beseft dat het “om vandaag draait, en niet om morgen” (P8). Daarbij heeft “de ziekte haar geleerd” om “haarzelf op de eerste plek te zetten” (P8).

Door met de participanten in gesprek te gaan over “de boodschap achter het ziek zijn”, en daarmee ook “de zin van het ziek zijn”, merkte ik dat de CAM-therapieën de participanten ook hebben geholpen om “de zin van het leven” duidelijker in kaart te krijgen. De verschillende CAM-therapieën hebben de participanten ook laten inzien dat de ziekte ook iets positiefs kan brengen en “dat er altijd wat te halen valt” (P5). Participanten geven aan dat ze nu ook meer genieten van de kleine dingen in het leven. Zo heeft de CAM-therapie er voor participant 8 bijvoorbeeld voor gezorgd dat ze door Reiki tot het inzicht is gekomen dat “het ziek zijn helpt om de kleine dingen in het leven weer te waarderen” (P8). Dit verwoordde zij als volgt:

*“We hebben het dan wel over dat je de kleine dingetjes meer bent gaan waarderen. Dat je eigenlijk daarvoor dankbaarder bent. Het hoeft niet heel groot te zijn of veel geld te kosten. Dat heeft het ziek zijn wel gebracht, ja.” – Participant 8*

Participant 4 gaf ook aan dat ze “met heel veel dingen gelukkig kan zijn” en dat ze “echt geen president hoeft te zijn of beroemd hoeft te worden om heel happy te zijn” (P4). Genieten van de kleine dingen in het leven ging voor haar ook gepaard met dat ze het belangrijk vond om “niet eenzaam te zijn” (P4). In verbinding staan met anderen lijkt dus een belangrijk aspect van welzijn voor veel participanten, en dat dit een bijdrage levert aan “de kwaliteit van leven” (P6). Dit kwam ook duidelijk naar voren tijdens het interview met participant 6. Hij



benoemde dat het voor hem heel belangrijk is om “met anderen te kunnen genieten van het leven” (P6). Participant 4 verwoordde dit op deze manier:

*“Mensen zijn gemaakt voor verbinding en dat merkte ik echt van 'ik moet iets met mensen, want anders dan ja... Het voelt gewoon niet alsof ik leef dan, zeg maar... Ik kan het echt moeilijk uitleggen. Het voelt echt alsof ik dat nodig heb, alsof ik anders gewoon een beetje dood aan het gaan ben. Dan ja, dan verlies ik echt alle motivatie om door te gaan zeg maar.”* – Participant 4

Andere participanten gaven ook aan dat ze blij zijn dat ze door het volgen van de CAM-therapie weer een daginvulling hebben en dat ze “hun hobby of werk weer kunnen uitoefenen” (P6). Participant 5 gaf bijvoorbeeld aan dat de CAM-therapie haar heeft geholpen “meer betrokken te kunnen zijn bij haar dagelijkse bezigheden” dan vóór het volgen van de CAM-therapie (P5):

*“Het voordeel is dat ik weer wat meer betrokken ben. Sowieso bij de activiteiten van mijn kinderen en dat vind ik heel fijn, dat ik met mijn kinderen gewoon weer aan tafel kan zitten, en gewoon avondeten kan eten, en met ze de dag kan doorspreken.”* – Participant 5

Verbinding met anderen, niet eenzaam willen zijn en sociale activiteiten kunnen uitoefenen ging voor de participanten ook vaak gepaard met “meedoen in de maatschappij”. Participant 7 gaf bijvoorbeeld ook aan dat ze het heel belangrijk en plezierig vindt om “deel uit te kunnen maken van de maatschappij” (P6). Participant 4 gaf ook aan dat ze het “heel raar” vond om “niet mee te kunnen draaien in de maatschappij” (P4). Tijdens haar ziek zijn zag en sprak zij weinig mensen, wat ervoor zorgde dat ze naar haar zeggen bijna niks deed waar ze blij van werd. Participanten gaven ook aan dat het hen soms wel veel energie kostte om sociale activiteiten uit te oefenen, maar doordat ze door de CAM-therapie en het ziek zijn beseften dat ze dit zo belangrijk vonden, waren zij bereid om “er dan maar een prijs voor te betalen” (P4). Participanten benoemden dat ze zonder de CAM-therapieën waarschijnlijk minder mee zouden draaien in de maatschappij. Participant 4 benoemde ook dat ze zonder de CAM-therapie waarschijnlijk “nog steeds best wel ziek zou zijn”. Ze had het idee dat ze dan “meer patiënt zou zijn” (P4). Ze benoemde daarbij ook dat zingeving voor haar heel belangrijk is gebleken. Dit verwoordde zij als volgt:

*“Ik ging ook al snel merken dat ik fysieke energie heb, cognitieve energie, emotionele energie en een soort van restvat of zo. En emotioneel was ik gewoon zo leeg eigenlijk van het ziek zijn. Ik had het gewoon nodig om wat mensen te zien of even iets leuks te doen, en dan werd die emotionele energie wel weer aangevuld. Ja, voor mij is dus iets van zingeving en ervoor zorgen dat je voldoende rust kan hebben heel belangrijk gebleken.”* – Participant 4

#### **Subthema 4.5: Leren leven met je klachten**

Een ander genoemd voordeel van de CAM-therapieën is dat het sommige participanten heeft geholpen “om beter met hun ziekte om te kunnen gaan” en “te leren leven met hun klachten” (P9). Het volgen van CAM heeft de geïnterviewde participanten geholpen om makkelijker met hun ziekte of klachten om te gaan, en makkelijker te accepteren dat ziek zijn bij het leven hoort. Veel participanten benoemden dat het veel uitmaakt hoe je met je ziekte omgaat, en dat het volgens de participanten beter is om te kijken naar wat je nog wel kan, in plaats van te “gaan zitten badderen in je eigen ellende” (P5). Participant 5 verwoordde dit als volgt:

*“En kijk ook vooral verder dan in de onmogelijkheden, maar in de mogelijkheden. Ik denk dat dat het belangrijkste is. Heel veel mensen blijven hangen in 'maar ik kan dit niet en ik kan dat niet', maar kijken niet naar 'wat kan je wel?' Want er valt altijd wat te halen.”* – Participant 5

Participant 8 benoemde ook dat het geen nut heeft om alleen maar over haar ziekte te spreken, omdat ze “zichzelf daar gigantisch tekort mee zou doen” (P8). Het volgen van Reiki en energetisch werken heeft haar geholpen om het te accepteren wanneer haar lichaam ergens geen zin in heeft. Daarbij geeft ze ook aan dat het haar niet altijd lukt, en dat dat dan ook niet erg is (P8).

Samenvattend kwam uit de interviews duidelijk naar voren dat CAM-therapieën volgens de participanten verschillende voordelen kennen. Naast concrete, fysieke voordelen, zit de meerwaarde van CAM volgens de participanten vooral in de ‘gevoelsmatige voordelen’. Je gezien, gehoord en begrepen voelen door de CAM-therapeut is volgens de participanten een groot voordeel. Daarbij gaven de participanten aan dat ze door de CAM-therapieën beter de zin van het ziek zijn begrepen, en dat daardoor de zin van het leven ook duidelijker naar voren is gekomen. Daarbij werd er vaak genoemd dat de reguliere geneeskunde zich “voornamelijk

bezighoudt met symptoombestrijding, en dat CAM zich meer met bezighoudt met de oorzaak van de klacht” (P1) en “het holistische plaatje” (P2, P6, P9). De geïnterviewde participanten ervaren de CAM-therapieën dus over het algemeen heel positief, en zij benoemen ook dat dit een bijdrage levert aan het welzijn.

#### **4.7 Thema 5: “Een dure prijs en alleen maar bezig met ziek zijn”**

Het vijfde thema, “Een dure prijs en alleen maar bezig met ziek zijn”, gaat over de nadelen van CAM volgens de geïnterviewde participanten. Het brengt in kaart welke nadelen de participanten ondervonden tijdens het volgen van de therapie en hoe dat van invloed is geweest op hun ervaring met CAM. Tijdens de interviews waren de participanten over het algemeen erg positief gestemd over hun CAM-therapie. Om de volledige ervaring in kaart te kunnen brengen, werd ik nieuwsgierig naar of er ook nadelen zaten aan de gevolgde CAM-therapie volgens de participanten.

Bijna iedere participant gaf aan dat zij geen directe fysieke of mentale nadelen hadden ondervonden van de CAM-therapie zelf. Participant 7 gaf aan dat ze misschien had verwacht dat ze snel zou afvallen door de therapie, maar dat dat niet was gebeurd (P7). Op de vraag of het ook erger is geworden na het volgen van de therapie antwoordde mevrouw “Nee zeker niet hoor. Zeker niet.” (P7). Op de vraag of er ook directe fysieke of mentale veranderingen waren opgetreden, antwoordden de meeste participanten dus met een duidelijke “nee”. Toch werd er tijdens de gesprekken duidelijk dat enkele participanten toch wel andere nadelen hebben ondervonden van de therapie.

Dit vijfde thema bestaat uit de volgende subthema’s: ‘het is vreselijk duur, maar dat hebben we ervoor over’ en ‘een bevestiging van de patiëntrol’.

##### ***Subthema 5.1: “Het is vreselijk duur, maar dat hebben we ervoor over”***

Een onderwerp dat vaak naar voren kwam tijdens de interviews, is het kostenaspect van CAM. Dit onderwerp is niet bij alle participanten aan bod gekomen, maar een aantal participanten is erover begonnen dat zij vaak een deel van de CAM-therapie zelf moeten betalen. Niemand van de participanten die erover zijn begonnen, gaf aan dit niet te kunnen betalen of er moeite mee te hebben. Het heeft hun ervaring met CAM dus niet op een negatieve manier beïnvloed.

Participant 1 zei bijvoorbeeld dat hij “er vreselijk veel voor moet betalen, zowel bij de dermatoloog als bij de orthomoleculair geneeskundige” (P1). Wel geeft hij aan zich hier “niet echt druk om te maken”. “Het gaat uiteindelijk om mij”, geeft participant 1 aan. Participant 2

zei “je betaalt zelf een bedrag en je krijgt bijna niks vergoed” (P2). Direct hierna zei ze “maar dat geld hebben we ervoor over, dus we laten het doen. Al zal het elke week zijn, maakt me niet uit” (P2). Participant 6 geeft ook aan dat hij “een stukje zelf moet betalen”, ook al is hij verzekerd voor acupunctuur (P6). Toch gaf hij aan hij dit geld er wel voor over heeft, omdat het voor hem “veel welbevinden oplevert” (P6). Hij zei hierover het volgende:

*“Maar ik heb er wel eens over nagedacht van als we [participant zelf en zijn vrouw, I.F.] die vergoeding niet zouden hebben, zouden we [participant zelf en zijn vrouw, I.F.] het dan ook doen? Ik denk het wel. Dus zo sterk staan we er dan wel weer in” – Participant 6*

### ***Subthema 5.2: “Een bevestiging van de patiëntrol”***

Eén van de participanten gaf aan dat zij wel een nadeel ondervond aan therapie volgen in het algemeen, zowel bij CAM als bij reguliere geneeskunde. Ze benoemde dat ze het een valkuil van therapie vindt “dat je dan alleen maar als patiënt wordt gezien” (P4). Hierover zei zij het volgende:

*“Nou, ik vind het nadeel van veel therapie hebben, of veel zorgverleners om je heen, ook juist weer zo'n bevestiging van die patiënt rol. Of dat ik soms denk ja... Nu ga ik dus heel erg uit van het ziek zijn.” – Participant 4*

Participant 4 gaf ook aan dat ze het daarom lastig vond om een balans te vinden tussen “proberen beter te worden, maar dus bezig zijn met ziek zijn”, of iets daarbuiten doen “waarbij de ziekte of je identiteit als patiënt niet echt relevant is” (P4). Ze merkte dat de therapie “haar enige gespreksonderwerp kon zijn met mensen” (P4). Op een gegeven moment had ze hierdoor het idee dat haar leven “alleen maar om ziek zijn draaide” (P4). Tijdens de andere interviews is er niet gesproken over deze “patiëntrol”.

Samenvattend gaf – op één participant na – niemand van de participanten aan dat ze directe mentale of fysieke nadelen hadden ondervonden van de CAM-therapie. Wel kwam het kostenaspect vaak naar voren als een nadeel, omdat CAM-therapieën vaak maar deels worden vergoed. Toch hadden alle participanten die hierover zijn begonnen het geld ervoor over, en heeft het hun ervaring met CAM niet negatief beïnvloed. Daarnaast gaf één participant aan

dat ze het een nadeel van therapie in het algemeen vond dat het dan “vaak alleen maar om ziek zijn draait”, en dat ze therapie ervoer als “een bevestiging van de patiëntrol”.

#### **4.8 Korte samenvatting van de resultaten**

De resultaten laten zien dat er verschillende redenen zijn waarom de geïnterviewde participanten zich tot CAM wendden. Participanten gaven bijvoorbeeld aan dat ze ervoeren dat ze bij reguliere geneeskunde niet geholpen konden worden, en dat ze daarom verder zijn gaan kijken bij CAM. Andere participanten gaven aan dat zij de voorkeur gaven aan een “meer natuurlijke oplossing” in plaats van een behandeling met medicatie. Een participant gaf bijvoorbeeld aan een slechte ervaring te hebben met bijwerkingen van medicatie, die hem werden aangeboden door reguliere zorgverleners. De geïnterviewde participanten kampten met verschillende ziektes en gezondheidsklachten, zoals jeuk door eczeem, vermoeidheid door longcovid en schaamte en angst door burn-out klachten. Deze klachten hebben in verschillende mate invloed gehad op het dagelijks leven van deze participanten.

Het samenspel tussen CAM en reguliere geneeskunde werd op verschillende manieren ervaren door de geïnterviewde participanten. Enkele participanten ervoeren een fijn samenspel tussen deze twee vormen van geneeskunde, maar de meeste participanten waren van mening dat de samenwerking beter kon. Daardoor hadden de participanten verschillende visies op CAM. Sommige participanten gaven aan zeer sceptisch of kritisch te zijn, vooral in het begin. De meeste participanten gaven aan dat ze in eerste instantie meer vertrouwen hadden in de reguliere geneeskunde dan in CAM. Nadat de participanten hadden ervaren dat de CAM-therapie volgens hen iets positiefs teweeg had gebracht, werden sommige participanten minder sceptisch. Toch bleven de meeste participanten kritisch tegenover het gebruik van CAM. Een enkele participant gaf de voorkeur aan CAM boven de reguliere geneeskunde. Participanten ervoeren ook dat CAM en reguliere geneeskunde niet altijd voor elkaar openstaan. Vrijwel alle participanten waren van mening dat CAM en reguliere geneeskunde meer samen moeten werken, om zo het beste voor de participant te kunnen betekenen en zo een bijdrage te leveren aan hun welzijn.

Door met de participanten in gesprek te gaan, werd langzaam de meerwaarde van CAM volgens de participanten in kaart gebracht. Er werden verschillende voordelen van CAM genoemd door de participanten. Genoemde fysieke voordelen waren bijvoorbeeld minder vermoeidheid en minder jeuk. Participanten spraken vooral over mentale, gevoelsmatige voordelen. Opvallend hierbij was dat de participanten aangaven dat ze het lastig vonden om te benoemen waar deze mentale, gevoelsmatige voordelen precies uit

bestonden. Nadelen van CAM werden minder vaak genoemd door de participanten. Wanneer de participanten spraken over nadelen, ging het vaak over het kostenaspect van CAM. Een enkele participant gaf aan dat ze het een nadeel van therapie in het algemeen vindt dat het volgens haar vaak alleen maar om ziek zijn draait, en dat je daardoor volgens haar vooral vanuit een patiëntrol leeft.

## **5. Discussie, aanbevelingen en conclusie**

In dit hoofdstuk worden de discussie, conclusie en aanbevelingen gepresenteerd. Allereerst zullen de belangrijkste bevindingen worden gepresenteerd, waarbij de resultaten worden gekoppeld aan de theorie. Er wordt zo een antwoord gegeven op de twee onderzoeksvragen. Daarna zullen de sterke en zwakke punten van het onderzoek worden toegelicht. Tot slot worden er in dit hoofdstuk verschillende aanbevelingen gedaan, zowel voor de VBAG als voor reguliere zorgverleners. Er worden ook aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

In deze scriptie is er onderzoek gedaan naar de ervaringen van cliënten met gezondheidsproblemen met CAM. De verschillende CAM-therapieën die de cliënten hebben gevolgd werden aangeboden door beroepsbeoefenaren die zijn aangesloten bij de VBAG. Door middel van semigestructureerde interviews is inzicht verkregen in hoe cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM ervaren, met betrekking tot hun gezondheid en welzijn.

### **5.1 Discussie**

#### **5.1.1 Beantwoording van de eerste onderzoeksvraag**

Om uiteindelijk een antwoord te kunnen geven op de tweede onderzoeksvraag, is er voorafgaand een systematische literatuurreview uitgevoerd. Het doel van de systematische literatuurreview was om in kaart te brengen wat de relatie is tussen Sense of Coherence en iemands gezondheid en welzijn in de context van CAM. Er werd in kaart gebracht wat er in de literatuur te vinden is over hoe cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM ervaren met betrekking tot hun gezondheid en welzijn. De onderzoeksvraag die door middel van deze systematische literatuurreview wordt beantwoord, luidt als volgt:

*“Wat is er in de literatuur bekend over hoe cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM ervaren, met betrekking tot hun Sense of Coherence, en daarmee hun gezondheid en welzijn?”*

Uiteindelijk zijn er slechts 8 bruikbare artikelen uit de systematische literatuurreview gekomen. De onderzoekers van deze 8 studies deden kwantitatief onderzoek naar de relatie tussen ‘Sense of Coherence’ en iemands gezondheid en welzijn in de context van CAM. Om dit te onderzoeken maakten zij gebruik van een vragenlijst over Sense of Coherence. In deze studies werden verschillende CAM-therapieën en gezondheidsklachten onderzocht, variërend van bodymind therapie tot muziektherapie en hatha-yoga.

Uit deze 8 verschillende studies kwam consequent naar voren dat het gebruik van CAM een gunstige invloed kan hebben op de Sense of Coherence van cliënten met gezondheidsklachten. Dit wil zeggen dat het gebruik van CAM de cliënten heeft geholpen om een sterkere Sense of Coherence te ontwikkelen. Sense of Coherence bestaat uit begrijpelijkheid, beheersbaarheid en zingeving. De onderzoeken maakten allemaal gebruik van de vragenlijst over Sense of Coherence. Hierbij werd er geen expliciet onderscheid gemaakt tussen de drie verschillende aspecten van Sense of Coherence, maar werd er vooral gefocust op Sense of Coherence in het algemeen.

### **5.1.2 Beantwoording van de tweede onderzoeksvraag**

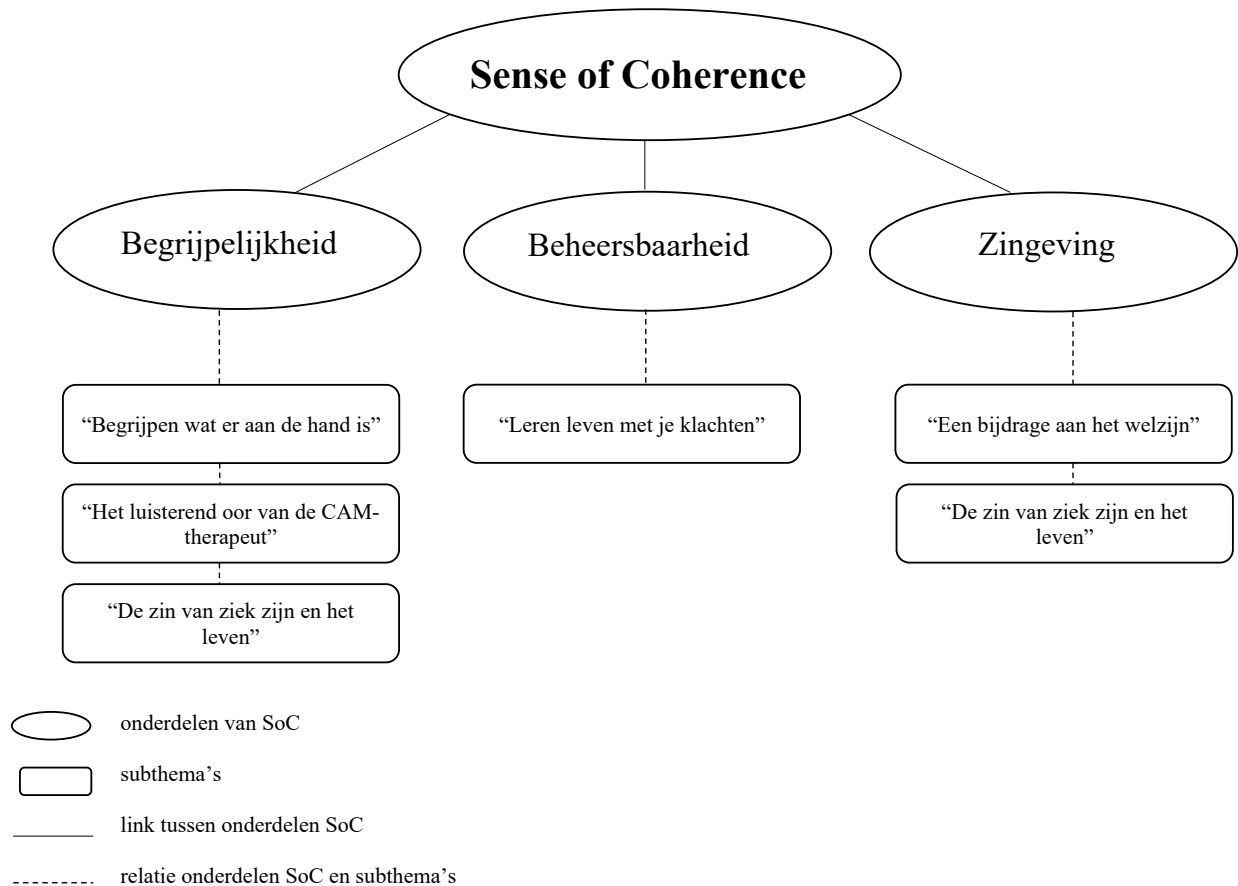
Om een antwoord te kunnen geven op de tweede onderzoeksvraag, zijn er semigestructureerde interviews afgenomen. Het doel van het kwalitatieve deel van dit onderzoek was om het scala aan ervaringen van gebruikers met CAM zo breed mogelijk te laten zien. Daarbij werd onderzocht of CAM een meerwaarde heeft volgens gebruikers ervan, en zo ja, waar deze meerwaarde dan uit bestaat. De tweede hoofdvraag luidde als volgt:

*“Hoe ervaren cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM-therapieën, aangeboden door therapeuten die zijn aangesloten bij de VBAG, met betrekking tot hun gezondheid en welzijn?”*

#### ***Sense of Coherence***

Om de tweede onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, wordt het concept ‘Sense of Coherence’ van medisch socioloog Antonovsky (1979) gebruikt. De verwachting was dat cliënten met gezondheidsproblemen tijdens de interviews antwoorden zouden geven die mogelijk zouden passen bij het concept ‘Sense of Coherence’. De drie kernbegrippen van Sense of Coherence – begrijpelijkheid, beheersbaarheid en zingeving – werden in het theoretisch kader uitgebreid toegelicht. Deze begrippen zijn tijdens de interviews niet letterlijk uitgevraagd, maar zijn als ‘probes’ achter de hand gehouden. Uiteindelijk past een groot deel van wat de participanten tijdens de interviews hebben verteld bij de verschillende aspecten van ‘Sense of Coherence’. Aan de hand van de drie kernbegrippen worden de resultaten hieronder verbonden met de theorie. In figuur 4 is schematisch weergegeven hoe de onderdelen van Sense of Coherence linken aan de gecreëerde subthema’s uit het resultatenhoofdstuk.





*Figuur 4 – Link onderdelen SoC met subthema's*

### **Begrijpelijkheid – drie verschillende interpretaties**

De meest opvallende uitkomst van de resultaten is dat het eerste kernbegrip ‘begrijpelijkheid’ van ‘Sense of Coherence’ op drie verschillende manieren te herkennen was in de interviews:

1. De oorzaken en de achterliggende mechanismen van je ziekte of klachten begrijpen (subthema “Begrijpen wat er aan de hand is”)
2. Je begrepen, gezien en gehoord voelen door de CAM-therapeut (subthema “Het luisterend oor van de CAM-therapeut”)
3. Begrijpen waarom je ziek bent en wat de ziekte je wil vertellen (subthema “De zin van ziek zijn en het leven”)

In eerste instantie werd niet verwacht dat begrijpelijkheid op drie verschillende manieren te interpreteren zou zijn. De verwachting – weergegeven in het conceptuele model in hoofdstuk 2, figuur 3 – was dat CAM een positieve bijdrage zou leveren aan ‘begrijpelijkheid’ van ‘Sense of Coherence’ zoals Antonovsky (1979) het begrip introduceerde. In zijn theorie over

Sense of Coherence lijkt Antonovsky alleen de eerste interpretatie te hanteren van begrijpelijkheid.

Hoe medisch socioloog Antonovsky in eerste instantie het begrip ‘begripelijkheid’ introduceerde, is dat iemand “een duidelijk inzicht moet hebben in de aard van zijn ziekte of klachten” (Antonovsky, 1979). Het gaat er hier bij de eerste interpretatie om dat iemand **de oorzaken** en de achterliggende mechanismen van zijn ziekte of klachten kan begrijpen. Een voorbeeld dat hierbij werd gegeven is stress op werk, te zien in paragraaf 2.1.1. Tijdens de interviews gaven enkele participanten aan dat CAM hen inderdaad heeft geholpen bij het beter begrijpen van de oorzaken van hun ziekte of klachten, zoals Antonovsky het begrip introduceerde. Vaak kwam dit door een goede uitleg van de CAM-therapeut, waardoor de cliënten beter begrepen wat het achterliggende mechanisme was van hun ziekte of gezondheidsklachten. Toch was het opvallend dat minder participanten dit aangaven dan verwacht. De meeste participanten gaven tijdens de interviews aan dat ze nog steeds niet helemaal goed konden uitleggen wat precies het achterliggende mechanisme van de ziekte of gezondheidsklachten was. Daarbij gaven de participanten ook aan dat ze niet per se meer inzicht hadden gekregen in de oorzaken van hun ziekte of klachten, en dat ze deze oorzaken dus ook niet helemaal goed konden uitleggen.

Het volgen van een CAM-therapie heeft de geïnterviewde participanten dus niet voornamelijk geholpen bij de eerste interpretatie van begrijpelijkheid – het beter begrijpen van de oorzaken van hun ziekte of klachten –, zoals in eerste instantie werd verwacht. Waar de CAM-therapieën de geïnterviewde participanten wel vooral mee hebben geholpen, is dat zij het idee hadden dat ze door het volgen van een CAM-therapie **zich meer begrepen voelden en beter begrepen werden** door hun CAM-therapeut dan door de reguliere zorgverleners. Dit is de tweede interpretatie van ‘begripelijkheid’. Dit komt dus niet direct overeen met hoe Antonovsky het introduceerde in zijn concept ‘Sense of Coherence’. Dat de participanten zich beter begrepen voelden door hun CAM-therapeut dan door hun reguliere zorgverlener, kwam bijvoorbeeld doordat de participanten het gevoel hadden dat ze serieus werden genomen door hun CAM-therapeut. Dit kwam volgens de participanten doordat de CAM-therapeut een luisterend oor biedt, waardoor de participanten zich gezien en gehoord voelen. Daarbij gaven de participanten aan dat ze het gevoel hebben dat ze zichzelf kunnen zijn bij een CAM-therapeut en dat een CAM-therapeut een persoonlijk en gelijkwaardig gevoel opwekt bij de participanten. De participanten gaven ook aan dat de CAM-therapeut de tijd neemt om naar de complete mens te kijken, en niet alleen naar de klacht of ziekte.

De derde interpretatie van ‘begrijpelijkheid’ heeft te maken met **begrijpen waarom** je ziek bent of begrijpen waarom de ziekte de participant is “overkomen”. Hier gaat het meer over “de boodschap achter het ziek zijn”. Dit komt ook niet direct overeen met hoe Antonovsky het begrip omschreef in zijn theorie over ‘Sense of Coherence’. Sommige participanten gaven aan dat ze door het volgen van een CAM-therapie – zoals Reiki, meditatie of energetisch werken – zich bewuster zijn geworden van “het feit dat het ziek zijn ook iets positiefs kan brengen”. Bij deze interpretatie spraken de participanten dus meer over “de ziekte als leermeester”. Participanten gaven aan dat ze het idee hadden dat het ziek zijn hen iets wilde vertellen, en dat ze er ook iets positiefs uit konden halen. Deze derde interpretatie van begrijpelijkheid linkt ook nauw aan het derde kernbegrip ‘zingeving’ van Sense of Coherence. De participanten gaven bijvoorbeeld aan dat ze door het begrijpen waarom ze ziek zijn nu meer genieten van de kleine dingen in het leven, en dat ze blij zijn dat ze dankzij het volgen van een CAM-therapie weer een daginvulling hebben. Volgens de participanten hoeft deze daginvulling ook niet groots of speciaal te zijn. De participanten gaven aan dat ze al blij zijn als ze weer een rondje kunnen fietsen of dat ze op een terras koffie kunnen drinken met hun vrienden of familie. Kortom, het zijn de kleine dingen die het doen voor deze participanten.

### **De drie interpretaties van ‘begrijpelijkheid’ in de context van CAM en reguliere geneeskunde**

De belangrijkste uitkomst van dit onderzoek is dus dat ‘begrijpelijkheid’ van ‘Sense of Coherence’ (Antonovsky, 1979) op drie verschillende manieren is teruggekomen. De eerste interpretatie is zoals Antonovsky hem introduceerde in zijn theorie, en dit is een interpretatie die vooral te herkennen is in de context van reguliere geneeskunde.

Het handboek ‘Patiëntgericht communiceren in de ggz’ van Van Staveren (2023) helpt reguliere zorgverleners om goed te communiceren met hun patiënten en cliënten. Het is een leerboek waarin veel voorbeelden staan hoe reguliere zorgverleners in bepaalde situaties te werk zouden kunnen gaan (Van Staveren, 2023). Wanneer een patiënt in de zorg komt, wil de reguliere zorgverlener in eerste instantie weten wat er met de patiënt aan de hand is (Van Staveren, 2023). De zorgverlener neemt een systematische anamnese af om de symptomen te begrijpen en een diagnose te kunnen stellen. Deze benadering wordt ook wel de *ziektegerichte* of *biomedische communicatiestijl* genoemd (Van Staveren, 2023). Hierbij wordt er dus gekeken naar de oorzaken en achterliggende mechanismen van een ziekte of klacht.

Deze eerste interpretatie van begrijpelijkheid komt volgens de geïnterviewde participanten minder vaak terug bij CAM-therapeuten dan verwacht. Dit wil zeggen dat de participanten aangaven dat ze ondanks de CAM-therapie nog steeds niet helemaal begrijpen wat de oorzaken en mechanismen achter hun ziekte of klacht zijn. Een ziekte of klacht lijkt door middel van een diagnose dus beter uitlegbaar door de reguliere zorgverleners, waardoor het begrijpen van de achterliggende mechanismen van een ziekte of klacht ook beter te begrijpen lijkt, volgens de definitie van Antonovksy (1979).

Wat opvallend is aan de doelgroep van dit onderzoek, is dat de geïnterviewde participanten voornamelijk kampen met in de reguliere geneeskunde genoemde ‘SOLK’ klachten, te zien in hoofdstuk 4, tabel 1. Dit zijn Somatische Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten. Vroeger werden dit ‘onbegrepen klachten’ genoemd door artsen (GGZ Standaarden, 2022). De participanten die zich wenden tot CAM, kampen dus voornamelijk met klachten die in de reguliere geneeskunde moeilijk te verklaren en begrijpen zijn aan de hand van het biomedische model, dat dominant is in de reguliere geneeskunde. Participanten gaven in de interviews ook aan dat de reguliere zorgverleners er niet altijd in slaagden een oplossing te bieden voor hun ziekte en gezondheidsklachten, en dat zij daarom zich tot CAM zijn gaan wenden. Desondanks slagen CAM-therapeuten er volgens de participanten ook niet altijd in om de achterliggende mechanismen van een ziekte of klacht uit te kunnen leggen. Participanten lijken dit bij CAM-therapeuten echter niet als een probleem te ervaren.

De tweede interpretatie – begrepen, gezien en gehoord voelen – is een manier van begrijpelijkheid die Antonovsky niet expliciet benoemde in zijn theorie, maar die wel in de interviews is teruggekomen.

Naast het stellen van een diagnose kijken reguliere zorgverleners ook naar welke zorgen, ideeën, wensen en verwachtingen de patiënt heeft (Van Staveren, 2023). Hierbij wordt geprobeerd om de context van de klacht te begrijpen en is het belangrijk dat de patiënt zich “gekend en begrepen voelt” (Van Staveren, 2023). Deze benadering wordt ook wel de *affectgerichte of psychosociale communicatiestijl* genoemd (Van Staveren, 2023). De reguliere zorgverlener wordt in dit leerboek dus gestimuleerd om niet alleen de ziekte en klachten, maar ook de patiënt zelf te begrijpen. Deze twee benaderingen samen wordt de *biopsychologische communicatiestijl* genoemd (Van Staveren, 2023). Deze communicatiestijl kan dus gezien worden als een combinatie van de eerste en tweede interpretatie van ‘begrijpelijkheid’.

De tweede interpretatie is volgens de geïnterviewde participanten voornamelijk terug te zien bij CAM-therapeuten, en minder bij de reguliere zorgverleners. De participanten in dit onderzoek gaven aan dat ze zich door hun CAM-therapeuten meer gezien, gehoord en begrepen voelden dan door de reguliere zorgverleners, waar ze in eerste instantie naartoe zijn gegaan. Dit kan ook weer te maken hebben met het type klachten waar de geïnterviewde participanten mee kampen. Doordat de reguliere zorgverleners deze klachten volgens de participanten onvoldoende konden verklaren en er niet in slaagden om de achterliggende mechanismen te begrijpen, kan dit er ook voor hebben gezorgd dat de participanten zich minder begrepen voelden door de reguliere zorgverleners. Omdat CAM-therapeuten volgens de participanten minder bezig zijn met het verklaren van de oorzaken en achterliggende mechanismen van een ziekte of klacht, en dus meer naar de participant zelf kijken, slagen de CAM-therapeuten er volgens de participanten beter in om de participant het gevoel te geven dat die begrepen, gezien en gehoord wordt. De tweede interpretatie wordt dus versterkt, omdat CAM-therapeuten minder bezig zijn met de eerste interpretatie van begrijpelijkheid volgens de participanten. De participanten gaven aan dat ze gezien, gehoord en begrepen worden als één van de grootste voordelen van CAM hebben ervaren.

De derde interpretatie – begrijpen wat de ziekte je wil vertellen – is ook een manier van begrijpelijkheid die Antonovsky niet expliciet benoemde in zijn theorie. Deze interpretatie van begrijpelijkheid is ook niet expliciet terug te lezen in het handboek van Van Staveren (2023), maar was wel te herkennen in de interviews van dit onderzoek. De geïnterviewde participanten gaven aan dat CAM hen heeft geholpen om iets positiefs uit hun ziekte te halen, en dat ze het idee hadden dat ze door het volgen van de CAM-therapieën beter begrepen wat de ziekte hen “ wilde vertellen”. Deze interpretatie van begrijpelijkheid linkt ook nauw aan het begrip zingeving van Sense of Coherence. De participanten gaven aan dat ze door het volgen van CAM-therapeuten meer inzicht hadden verkregen in ‘de zin van het ziek zijn’. Hierdoor leek het alsof de participanten ook meer inzicht hadden verkregen in ‘de zin van het leven’. Deze derde manier van begrijpen was volgens de geïnterviewde participanten niet terug te herkennen bij de reguliere zorgverleners.

### **Beheersbaarheid**

In een aantal interviews zijn ook elementen teruggekomen die passen bij het tweede kernbegrip ‘beheersbaarheid’ van Sense of Coherence. De verwachting – zoals gesteld in hoofdstuk 2, figuur 3 – was dat het gebruik van CAM een positieve bijdrage zou leveren aan

de beheersbaarheid van de participanten. Deze verwachting is inderdaad uitgekomen in de resultaten. Wat Antonovsky als een cruciaal aspect van beheersbaarheid benoemde is “het gevoel dat adequate middelen gevonden kunnen worden om met stressoren om te gaan, in iemands eigen handen of in de handen van anderen” (Antonovsky, 1990). Het gaat er bij beheersbaarheid volgens Antonovsky om dat mensen met gezondheidsproblemen geloven dat er praktische hulpmiddelen bestaan om met hun ziekte of klachten om te kunnen gaan (Antonovsky, 1996).

Dit onderdeel van Sense of Coherence kwam vooral terug wanneer ik in gesprek ging met de participanten over de voordelen van CAM. Eén van de voordelen was volgens de participanten dat CAM hen heeft geholpen bij het vergroten van het vermogen om met hun ziekte of klachten om te gaan. Dit kwam vooral doordat de CAM-therapeuten handvaten hebben geboden of uitleg hebben gegeven over hoe de participanten kunnen handelen wanneer zij klachten ervaren. Dit past bij de omschrijving zoals Antonovsky die gaf van beheersbaarheid. Er werden adequate middelen geboden door de CAM-therapeuten waardoor de participanten beter met hun klachten om konden gaan.

Participanten gaven daarnaast aan dat het heel belangrijk is gebleken hoe je met je ziekte omgaat en dat het gebruik van CAM hen tot inzicht heeft gebracht dat het geen nut heeft om “te gaan zitten badderen in je eigen ellende”. Het is volgens de geïnterviewde participanten belangrijk om te kijken wat je nog wel kan, en te beseffen dat er altijd wat te halen valt, zelfs in moeilijke situaties. Daarbij is het volgens de participanten ook belangrijk dat je het makkelijker kan accepteren wanneer iets niet lukt. Dit past niet per se bij de ‘praktische’ omschrijving zoals Antonovsky die gaf, maar gaat meer over de manier waarop iemand emotioneel gezien zijn of haar ziekte kan beheersen.

### **Zingeving**

Wat verder opvalt uit de door participanten genoemde gevoelsmatige voordelen van CAM, is dat veel ervaringen die de participanten hebben gedeeld linken aan het begrip ‘zingeving’ van Sense of Coherence. Dit resultaat is in overeenstemming met de verwachting die is weergegeven in het conceptuele model in hoofdstuk 2, figuur 3. Daarbij is gebleken dat ‘zingeving’ nauw relateert aan de derde interpretatie van ‘begrijpelijkheid’. Dit is een resultaat wat in eerste instantie niet per se werd verwacht op basis van de theorie. Wat Antonovsky als zingeving omschreef, is dat “iemand het leven als zinvol en de moeite waard beschouwd” (Antonovsky, 1979).

De geïnterviewde participanten gaven aan dat de CAM-therapieën verschillende aspecten van hun leven positief hebben beïnvloed. Participant 4 benoemde dat ze door de CAM-therapie weer meer in verbinding stond met anderen en dat ze weer meer kon deelnemen aan sociale activiteiten, wat een positieve bijdrage leverde aan haar welzijn. Voor haar is meedoen in de samenleving van cruciaal belang, en ze voelt zich het meest tevreden wanneer ze deel uitmaakt van iets groters en het gevoel heeft iets te kunnen bijdragen. Andere participanten deelden vergelijkbare ervaringen, waarbij het volgen van CAM-therapieën hen in staat stelde om weer betrokken te zijn bij dagelijkse bezigheden zoals werk, hobby's of activiteiten met vrienden en familie. Participanten benoemden ook het belang van samen genieten van het leven. Plezier hebben met anderen levert volgens hen een positieve bijdrage aan hun kwaliteit van leven.

Verder gaven de participanten aan dat meedoen in de maatschappij een integraal onderdeel is van zingeving voor hen. Participanten gaven aan dat het gevoel van deelname aan de maatschappij vreugde en plezier geeft, terwijl het gebrek hieraan, zoals participant 4 aangaf, kan leiden tot gevoelens van depressie en een gemis aan zingeving. Ze benoemde hierbij dat zingeving heel belangrijk is gebleken voor haar emotionele welzijn. Participanten gaven dus aan dat CAM-therapieën in hun ervaring niet alleen fysieke en mentale voordelen kennen, maar dat het ook een bijdrage levert aan de zingeving van deze participanten.

### ***De meerwaarde van CAM volgens de geïnterviewde participanten***

Op de vraag of CAM een meerwaarde heeft volgens gebruikers ervan, kan na het uitvoeren van dit onderzoek worden geconcludeerd dat dit zeker zo is voor de geïnterviewde participanten. Het gebruik van CAM kent volgens de geïnterviewde participanten verschillende voordelen. In dit onderzoek leken vooral de tweede en derde interpretatie van 'begrijpelijkheid' belangrijk voor de participanten. De participanten gaven aan dat ze zich gezien en gehoord voelden door hun CAM-therapeut, en dat zij het verbeteren van hun welzijn vooral daaraan toeschrijven. Dit komt overeen met de tweede interpretatie van 'begrijpelijkheid'. Daarnaast gaven de participanten aan dat ze na het volgen van de CAM-therapie het idee hadden dat de ziekte hen ook iets positiefs had gebracht. De participanten gaven aan dat het volgen van CAM-therapieën hen heeft geholpen om het ziek zijn en hun klachten meer te accepteren. Hierdoor zijn de participanten de kleine dingen in het leven meer gaan waarderen. Dit is ook nauw verbonden met het onderdeel 'zingeving'. Door het gebruik van CAM gaven de participanten aan meer het idee te hebben dat het leven zinvol en de moeite waard is. Daarbij benoemen zij dat ze helemaal geen grootse prestaties hoeven te

leveren om gelukkig te kunnen zijn in het leven. Participanten gaven aan dat in verbinding staan met mensen en meedraaien in de maatschappij een hele belangrijke rol speelt in de gezondheid en het welzijn van deze participanten.

### **5.1.3 Kwaliteit van het onderzoek**

De sterke punten van dit onderzoek zijn dat het ging over een actueel en maatschappelijk relevant onderwerp. Daarnaast heeft dit onderzoek een bijdrage geleverd aan een onderbelicht onderwerp in de maatschappij en literatuur. De sterke punten worden hieronder nader toegelicht. Vervolgens worden aan de hand van de vier onderdelen van wetenschappelijke nauwkeurigheid de zwakke punten in kaart gebracht, waarmee de kwaliteit van dit onderzoek wordt beoordeeld.

#### ***Sterke punten***

##### **Actueel en maatschappelijk relevant onderwerp**

Eén van de sterke punten van dit onderzoek is dat het een actueel en maatschappelijk relevant onderwerp in het licht heeft gezet. Deze actualiteit blijkt uit het feit dat bijvoorbeeld Arjan Lubach recentelijk tijdens zijn show ‘Zondag met Lubach’ zich uitsprak over het kostenaspect van CAM in de maatschappij. Hier sprak Lubach over de discussie of CAM-therapieën in het basispakket zouden moeten worden opgenomen of niet. Tegenstanders van CAM zijn hier flink op tegen (Medisch Contact, 2017).

Dit onderzoek is maatschappelijk relevant, omdat er rondom dit onderwerp sprake is van een maatschappelijk debat. Dit onderzoek heeft een bijdrage geleverd aan het inzichtelijk maken van de meerwaarde van CAM volgens gebruikers ervan. Er is inzichtelijk gemaakt dat CAM voor de geïnterviewde participanten verschillende voordelen kent. Daarbij is er uit dit onderzoek naar voren gekomen dat de geïnterviewde participanten zouden willen dat CAM-therapeuten en reguliere zorgverleners meer met elkaar gaan samenwerken, om zo het welzijn van de cliënt zo veel mogelijk te vergroten. Dit toont het belang aan van onderzoek op dit gebied.

##### **Een bijdrage aan een onderbelicht onderwerp in de maatschappij en de literatuur**

Een ander sterk punt van dit onderzoek is dat het een bijdrage heeft geleverd aan bestaande literatuur over de ervaren meerwaarde van CAM door gebruikers ervan. Omdat er relatief minder onderzoek is gedaan naar CAM dan naar reguliere geneeskunde, en er hier dus ook minder over geschreven is, heeft dit onderzoek een bijdrage geleverd aan een onderbelicht onderwerp in de literatuur.



Uit eerder onderzoek van onder andere Antonovsky zelf (1990) en Eriksson & Lindström (2005, 2006, 2007) kwam al naar voren dat een sterkere Sense of Coherence samenhangt met een betere gezondheid en een hoger welzijn. Welzijn is een onderdeel van kwaliteit van leven (Eriksson & Lindström, 2007). Dit huidige onderzoek kan het verband tussen het gebruik van CAM en een sterkere Sense of Coherence, en daarmee een betere gezondheid en een hoger welzijn, bevestigen. Het versterkt daarmee de huidige literatuur over dit onderwerp.

Wat dit onderzoek toevoegt aan de bestaande literatuur over dit verband en de bestaande theorie, is dat het kernbegrip ‘begrijpelijkheid’ van ‘Sense of Coherence’ op drie verschillende manieren te herkennen was tijdens de interviews, in plaats van op één manier zoals Antonovsky dit begrip introduceerde en zoals in eerste instantie werd verwacht. Dit kernbegrip heeft in dit onderzoek dus een andere betekenis gekregen dan in eerste instantie werd verwacht. Vernieuwend hieraan was dat het gebruik van CAM de geïnterviewde participanten niet voornamelijk heeft geholpen bij het beter begrijpen van de oorzaak van hun ziekte en klachten, maar dat het gebruik van CAM de participanten vooral het gevoel gaf dat ze beter begrepen werden en dat ze zich meer gezien en gehoord voelen door hun CAM-therapeut dan door reguliere zorgverleners. Dit komt ook overeen met het recente onderzoek van Brosnan et al. (2023) naar het gebruik van CAM, waarin de auteurs ook concludeerden dat gebruikers van CAM zich zeer gehoord voelen door hun CAM-therapeut.

Met deze nieuwe interpretaties van begrijpelijkheid verrijkt dit onderzoek het wetenschappelijke discours rond deze specifieke theorie over gezondheidszorg. Het vult daarmee een hiaat in de bestaande literatuur en biedt nieuwe inzichten in een gebied waar tot op heden nog niets over geschreven is. Dit onderzoek heeft de huidige literatuur dus niet alleen versterkt, maar ook verrijkt met nieuwe inzichten rondom de theorie over Sense of Coherence.

### ***Wetenschappelijke nauwkeurigheid***

Aan de hand van de vier punten van wetenschappelijke nauwkeurigheid volgens Lincoln & Guba (1986) zal de kwaliteit van dit onderzoek beoordeeld worden. Wetenschappelijke nauwkeurigheid, ook wel trustworthiness genoemd, bestaat uit de volgende vier concepten: geloofwaardigheid, overdraagbaarheid, toepasbaarheid en overtuigingskracht (Lincoln & Guba, 1986).

### **Geloofwaardigheid**

Bij geloofwaardigheid gaat het erom dat de bevindingen in de resultaten overeenkomen met het werkelijke perspectief van de participanten. Hierbij gaat het er vooral om dat de participant kon vertellen wat hij of zij gelooft, denkt en vindt (Shenton, 2004). Doordat er open gesprekken zijn gevoerd, ik ‘rapport’ met de participanten heb opgebouwd en vanuit het interpretatieve paradigma onderzoek heb gedaan, is de geloofwaardigheid van het onderzoek geprobeerd gewaarborgd te blijven. De resultaten zijn vanuit het emic perspectief geanalyseerd, en op deze manier zijn de resultaten dicht bij de interviews gebleven.

Eén van de zwakke punten van dit onderzoek is het selectieproces van de participanten. Hierdoor kan er getwijfeld worden aan de geloofwaardigheid van dit onderzoek (Lincoln & Guba, 1986). Ten eerste hebben de participanten die wilden deelnemen aan een interview zichzelf hiervoor aangemeld. Hier is dus mogelijk een zelfselectiebias opgetreden. Zelfselectiebias kan ervoor hebben gezorgd dat de geïnterviewde participanten niet representatief zijn voor de gehele doelgroep die gebruikmaakt van CAM. Het kan zo zijn dat de resultaten zijn beïnvloed door deze zelfselectiebias, omdat er voornamelijk positieve ervaringen zijn gedeeld door de participanten tijdens de interviews.

Ten tweede hebben medeonderzoeker A.M. Rozeboom en ik zelf een selectie gemaakt uit de participanten die zich hadden aangemeld voor deelname aan een interview. Hier kan ook een selectiebias zijn ontstaan. Om deze selectiebias zo veel mogelijk tegen te gaan, hebben we geprobeerd een zo groot mogelijke spreiding in de doelgroep te creëren (Hennink et al., 2020). We hebben hierbij rekening gehouden met geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, soort CAM-therapie en de reden voor het volgen van de CAM-therapie. In tabel 1 was te zien dat de doelgroep redelijk mooi verspreid is. Hiermee hebben we geprobeerd de geloofwaardigheid en daarmee de kwaliteit van het onderzoek te vergroten, omdat we op deze manier zo veel mogelijk verschillende perspectieven van de participanten in kaart hebben gebracht. De gevarieerde selectie van participanten heeft verschillende perspectieven, opvattingen, ervaringen en overtuigingen met zich meegebracht met betrekking tot het gebruik van CAM. Dit verrijkte de kwaliteit van de gegevens en heeft geholpen bij het begrijpen van het gebruik van CAM bij gezondheidsproblemen vanuit verschillende hoeken (Hennink et al., 2020).

We hebben geprobeerd om ook nog 20-jarigen te includeren in het onderzoek. Hiervoor zijn er drie 20-jarige participanten uitgenodigd. Helaas hebben zij niet gereageerd. Daarbij hebben we geprobeerd om van elk van de verschillende soorten CAM-therapieën minimaal één participant te includeren. Dit zou betekenen dat er van beweegzorg, bodymind

therapie, natuurgeneeswijze, energetische therapie, oosterse geneeswijze en psychosociale geneeswijze minstens één iemand zou worden benaderd voor deelname aan een interview. We hebben van ieder domein meerdere participanten uitgenodigd. Helaas heeft van het domein ‘psychosociale geneeswijze’ geen van de participanten gereageerd.

Ten derde is er dus mogelijk ook nog een non-respons bias ontstaan. Dit kan ook twijfels oproepen over de geloofwaardigheid van het onderzoek, omdat de participanten die niet hebben gereageerd een andere mening zouden kunnen hebben over CAM dan de participanten die wel hebben gereageerd. Wat hierbij opvallend is, is dat de participanten zichzelf in eerste instantie hebben aangemeld voor het onderzoek, maar toen zij benaderd werden voor een interview, zij hier toch van afzagen. Om deze non-respons bias zoveel mogelijk tegen te gaan, hebben we geprobeerd in de uitnodigingsmail vertrouwelijkheid te creëren en meerdere malen een herinneringsmail naar de participanten gestuurd (Hennink et al., 2020).

### **Overdraagbaarheid**

Bij overdraagbaarheid gaat het over de toepasbaarheid van het onderzoek. Overdraagbaarheid wil zeggen dat de data die in dit onderzoek gevonden zijn, ook toe te passen zijn in andere situaties en contexten (Shenton, 2004). Er is gepoogd de overdraagbaarheid van dit onderzoek zo goed mogelijk te waarborgen door zo transparant mogelijk te schrijven over de context waarin dit onderzoek zich bevindt. Er is in het methodehoofdstuk aandacht besteed aan hoe, waar, door wie en bij wie de data zijn verzameld. Daarbij is ook aangegeven wat de in- en exclusiecriteria waren. Veel participanten zijn uiteindelijk buiten dit onderzoek gevallen.

Bijvoorbeeld cliënten met gezondheidsproblemen die zich wenden tot CAM-therapieën die worden aangeboden door beroepsbeoefenaren die niet zijn aangesloten bij de VBAG, zijn niet geïnccludeerd. Het is belangrijk om te beseffen dat de beroepsbeoefenaren die zijn aangesloten bij de VBAG wellicht anders tegen CAM aankijken dan beroepsbeoefenaren die niet lid zijn van deze vereniging. Dit zou kunnen komen doordat de VBAG het heel belangrijk vindt dat er onderzoek wordt gedaan op dit gebied. Op deze manier hebben zij mogelijk hun cliënten kunnen beïnvloeden, door aan hun cliënten te benadrukken hoe belangrijk dit onderzoek is. Cliënten van therapeuten die zijn aangesloten bij de VBAG kunnen daarom een andere mening hebben over CAM dan cliënten die een CAM-therapie buiten de VBAG om volgen. Daarnaast is er nog een aantal cliënten niet geïnccludeerd in dit onderzoek, zoals cliënten met gezondheidsproblemen die zich wel zouden willen wenden tot CAM, maar die dit niet kunnen betalen. Omdat CAM veelal niet is opgenomen in de

basisverzekering, moeten cliënten hier vrijwel altijd zelf voor betalen, mits zij hiervoor aanvullend verzekerd zijn.

Daarom is het vrijwel onmogelijk om de resultaten van dit onderzoek over te dragen naar een grotere populatie. Dit komt onder andere door het relatief lage aantal participanten in dit onderzoek. Ondanks dat er na 11 interviews saturatie is opgetreden omdat er in de laatste interviews geen nieuwe opvattingen of opvallende ervaringen meer werden gedeeld door de participanten (Hennink et al., 2020), is het verstandig om in vervolgonderzoek een groter aantal participanten te includeren. Op basis van een kleine doelgroep kunnen er geen algemene conclusies worden gedaan. De geïnterviewde participanten kunnen een vertekend beeld hebben gegeven over de ervaringen met CAM, waardoor er geen algemene conclusies kunnen worden gedaan op basis van dit onderzoek. Het kan namelijk zo zijn dat vooral de mondige cliënten of juist de cliënten met een duidelijke positieve of negatieve mening mee wilden werken aan een interview. Uit de interviews is gebleken dat de participanten vooral positieve ervaringen hebben met CAM. Toch gaven ook veel participanten aan dat ze, ondanks dat ze tevreden zijn over de CAM-therapieën, zeer kritisch of sceptisch waren of zijn naar het gebruik van CAM. De participanten gaven aan dat ze niet alles zomaar klakkeloos zouden overnemen van hun CAM-therapeut, en sommige participanten gaven ook aan dat ze de inhoud van de consulten altijd toetsten aan de reguliere geneeskunde.

Om de subjectiviteit van de doelgroep zoveel mogelijk in te perken, hebben we geprobeerd om ook participanten te selecteren voor een interview met minder goede ervaringen met CAM, op basis van wat zij hadden ingevuld in de vragenlijst. Uiteindelijk bleek echter dat er vrijwel geen enkele participant een hele slechte ervaring met CAM had. Deze positieve mening over CAM van de participanten kan de resultaten sterk hebben beïnvloed (Hennink et al., 2020). Desalniettemin was het doel van dit onderzoek om de ervaringen van participanten met CAM met betrekking tot hun gezondheid en welzijn in kaart te brengen. Ondanks dat er bijna alleen maar positieve ervaringen zijn verzameld in dit onderzoek, is dit doel wel behaald. Om in de toekomst een genuanceerder beeld te schetsen van de ervaringen van cliënten met gezondheidsproblemen met CAM, zou er in vervolgonderzoek specifiek geselecteerd kunnen worden op participanten met een minder goede ervaring.

### **Toepasbaarheid**

Bij toepasbaarheid gaat het over de reproduceerbaarheid van vergelijkbare resultaten bij herhaling van het onderzoek in dezelfde context, met dezelfde methoden en met dezelfde

participanten (Shenton, 2004). Door stapsgewijs te rapporteren wat er tijdens de reflexieve, thematische analyse is gedaan, is gepoogd de toepasbaarheid van dit onderzoek te vergroten.

De subjectiviteit van mij als onderzoeker speelde echter een grote rol tijdens het analyseren van de gegevens. Om deze subjectiviteit in de toekomst in te perken, is het raadzaam om in vervolgonderzoek gebruik te maken van zogeheten ‘member checking’. Hierbij worden participanten achteraf gevraagd aan te geven of de analyse hun ervaring getrouw of eerlijk weergeeft (Braun & Clarke, 2023). Member checking controleert en corrigeert in theorie elke subjectieve invloed van de onderzoeker, zoals verkeerde interpretatie of verkeerde nadruk (Braun & Clarke, 2023).

### **Overtuigingskracht**

Overtuigingskracht in kwalitatief onderzoek gaat over het beperken van de invloed van de onderzoeker (Nowell et al., 2017). Hierbij was het belangrijk dat de resultaten de ervaringen van de participanten zouden weergeven, en niet de kenmerken en voorkeuren van mij als onderzoeker. Omdat de interviews geanalyseerd zijn door middel van een reflexieve, thematische analyse, is in de rapportage van de resultaten veel sprake van mijn subjectiviteit als onderzoeker (Braun & Clarke, 2023b). Het resultatenhoofdstuk betreft een interpretatief verhaal, waarbij ik als onderzoeker de belangrijkste onderwerpen in het licht heb gezet. Taal rondom thema-ontwikkeling heeft hierbij ook een belangrijke rol gespeeld (Braun & Clarke, 2023b). Hoe ik de codes heb vertaald naar kern- en subthema's is van invloed geweest op de weergave van de resultaten. Dit kan worden gezien als een beperking, omdat het altijd een eigen interpretatie van mij als onderzoeker betreft (Braun & Clarke, 2023b). Hierdoor kunnen verhalen van de participanten mogelijk verkeerd geïnterpreteerd zijn door mij. Desalniettemin kan deze subjectiviteit ook als een hulpmiddel voor onderzoek worden gezien, omdat het dit onderzoek vorm heeft gegeven en omdat het kleur heeft gegeven aan de resultaten (Braun & Clarke, 2023b).

Gedurende het hele onderzoek heb ik rekening gehouden met mijn persoonlijke reflexiviteit en heb ik bewust nagedacht over hoe ik de gedeelde verhalen van de participanten zou vertalen naar het resultatenhoofdstuk. Daarbij ben ik me continu bewust geweest van het feit dat ik de resultaten wilde presenteren vanuit het emic perspectief. Zo is er gepoogd de overtuigingskracht van dit onderzoek zo groot mogelijk te houden.

## **5.2 Aanbevelingen**

In deze paragraaf worden er verschillende aanbevelingen gedaan. Allereerst worden er aanbevelingen gedaan de VBAG; de opdrachtgever van dit onderzoek. Daarna worden er aanbevelingen gedaan op maatschappelijk niveau, namelijk aan de reguliere zorgverleners in het algemeen. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek, naar aanleiding van de zwakke punten van dit onderzoek.

### **5.2.1 Aanbevelingen voor de VBAG**

Terugkomend op de verschillende doelen van het onderzoek van de VBAG, zullen er verschillende aanbevelingen worden gedaan voor de VBAG. Het eerste doel van de VBAG ging over kwaliteitsbewaking. Voor dit doel was het belangrijk om de tevredenheid van de cliënten over de CAM-therapeuten in kaart te brengen. Wat uit de interviews naar voren is gekomen, is dat CAM-therapeuten die zijn aangesloten bij de VBAG de tweede interpretatie van begrijpelijkheid – de participanten gezien, gehoord en begrepen laten voelen – erg goed kunnen volgens de geïnterviewde participanten.

Een concrete aanbeveling voor de VBAG zou zijn dat ze de meerwaarde van CAM op hun website kunnen tonen aan de hand van de theorie rondom Sense of Coherence en de drie verschillende interpretaties van begrijpelijkheid. De meerwaarde van de CAM-therapeuten die zijn aangesloten bij de VBAG zit hem volgens de geïnterviewde participanten vooral in het luisterend oor van de CAM-therapeuten. Deze participanten voelen zich gezien, gehoord en begrepen door hun CAM-therapeut en de participanten gaven aan dat dat de grootste bijdrage aan hun welzijn heeft geleverd. Dit kan dus als een nieuwe, unieke kwaliteit worden gepresenteerd op de website van de VBAG, op de pagina ‘Over VBAG – Professionaliteit en kwaliteit’.

### **5.2.2 Aanbevelingen voor reguliere zorgverleners**

Tijdens de interviews is vaak gesproken over het samenspel tussen CAM-therapeuten en reguliere zorgverleners. Veel van de participanten gaven aan dat deze samenwerking tussen de twee vormen van geneeskunde niet altijd even goed verloopt. Wat hierbij opviel, was dat de participanten aangaven dat CAM-therapeuten vaak positief gestemd zijn over de reguliere zorgverleners, maar dat dit andersom niet altijd het geval is. Daarbij gaven de participanten aan dat de reguliere zorgverleners een cliënt veel minder snel zouden doorsturen naar een CAM-therapeut dan andersom. Op deze manier blijven de twee werelden van geneeskunde volgens de participanten tegenover elkaar staan, en zal het “spannende spanningsveld” niet verdwijnen.

Omdat de participanten in dit onderzoek aangaven dat CAM een meerwaarde heeft en dat CAM een bijdrage kan leveren aan hun gezondheid en welzijn, en omdat zij tegelijkertijd gebruik willen blijven maken van de reguliere geneeskunde, is het belangrijk dat er iets gaat veranderen op dit gebied. De participanten gaven aan behoefte te hebben aan een betere samenwerking tussen CAM en reguliere geneeskunde, en alle participanten waren van mening dat CAM en reguliere zorg meer in elkaar geïntegreerd zouden moeten worden.

De geïnterviewde participanten gaven aan dat de reguliere zorgverleners er vaak niet in slaagden om de lichamelijke oorzaken en achterliggende mechanismen van hun klachten te begrijpen, waardoor de participanten zich vaak ook niet begrepen voelden door de reguliere zorgverlener. Omdat veel participanten kampen met door de arts genoemde ‘onbegrepen klachten’ (GGZ Standaarden, 2022), lijkt het weinig zinvol om aanbevelingen te doen op basis van de eerste interpretatie van begrijpelijkheid.

Wat wel een concrete aanbeveling zou kunnen zijn voor de reguliere zorgverleners, is dat ze zich meer gaan focussen op de tweede en derde interpretatie van begrijpelijkheid, aangezien participanten daar vooral de meerwaarde van CAM in lijken te vinden. Er kan zo een educatieve module worden ontwikkeld over wat Sense of Coherence precies inhoudt en wat het belang hiervan is in de context van reguliere geneeskunde en CAM. In deze educatieve module kan aandacht worden besteed aan hoe reguliere zorgverleners zichzelf kunnen ontwikkelen op het gebied van hoe ze meer aandacht voor de cliënt of patiënt kunnen hebben. Het is hierbij belangrijk dat een cliënt of patiënt zich gezien, gehoord en begrepen voelt. Daarbij is het belangrijk dat reguliere zorgverleners ook meer aandacht besteden aan de zingeving rondom het ziek zijn.

### **5.2.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

Tot slot worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek. Er is een aantal cliënten met gezondheidsproblemen buiten dit onderzoek gevallen, waardoor er opties voor vervolgonderzoek zijn ontstaan.

Ten eerste zou er in vervolgonderzoek aandacht kunnen worden besteed aan cliënten met gezondheidsproblemen die minder goede ervaringen met CAM hebben. Op deze manier kan er een genuanceerder en een meer divers beeld worden geschetst van de ervaringen. Door gericht te selecteren op participanten met minder positieve ervaringen wordt een breder scala aan perspectieven vertegenwoordigd. Daarbij kan het onderzoeken van minder positieve ervaringen leiden tot het identificeren van specifieke knelpunten, uitdagingen of tekortkomingen rondom CAM. Deze informatie kan waardevol zijn voor zowel de individuen

die CAM overwegen als voor CAM-therapeuten om hun bewustzijn te vergroten en de zorgkwaliteit te verbeteren.

Ten tweede zou er in vervolgonderzoek gefocust kunnen worden op cliënten met een ander type klachten dan de geïnterviewde participanten in dit onderzoek. Gezien er in dit onderzoek vooral participanten aan het woord zijn geweest met door de reguliere zorgverleners onverklaarbare of onbegrepen klachten, kan dit het beeld over reguliere zorgverleners hebben beïnvloed. Door in vervolgonderzoek participanten te interviewen met ziektes of klachten die wel worden begrepen door de reguliere zorgverleners, kan er een genuanceerder beeld ontstaan over de ervaringen van deze participanten met het samenspel tussen CAM en reguliere geneeskunde.

Ten derde zou er in vervolgonderzoek gefocust kunnen worden op cliënten met gezondheidsproblemen die CAM volgen buiten de VBAG om. Dit zou waardevol kunnen zijn, omdat er op deze manier inzicht kan worden verkregen in verschillende ervaringen met CAM-therapieën. Cliënten die CAM buiten de VBAG om volgen, kunnen mogelijk ervaringen hebben met CAM-therapeuten die onafhankelijk hun beroep uitoefenen. Dit zou waardevol kunnen zijn, omdat de therapeuten die lid zijn van de VBAG anders kunnen denken over CAM dan therapeuten die niet lid zijn van de VBAG. Omdat de VBAG onderzoek naar CAM belangrijk vindt, kunnen de therapeuten hun cliënten hebben beïnvloed. Cliënten van therapeuten die zijn aangesloten bij de VBAG kunnen daarom een andere mening hebben over CAM dan cliënten die een CAM-therapie buiten de VBAG om volgen.

Het vierde punt voor vervolgonderzoek sluit aan bij het kostenaspect over CAM. Vervolgonderzoek zou zich namelijk kunnen richten op cliënten met gezondheidsproblemen die zich wel zouden willen wenden tot CAM, maar die dit niet kunnen betalen. Dit is belangrijk om te onderzoeken, omdat er zo ook wordt gericht op de toegankelijkheid van CAM. Het onderzoekt of financiële barrières een belemmering vormen voor individuen met gezondheidsproblemen die mogelijk baat zouden kunnen hebben bij CAM. Dit zou ook relevant kunnen zijn voor het maatschappelijk debat rondom het vraagstuk of CAM-therapieën moeten worden opgenomen in de basisverzekering of niet.

### **5.3 Conclusie**

Concluderend kan worden gesteld dat CAM zeker een meerwaarde heeft volgens de geïnterviewde participanten in dit onderzoek. De participanten benoemden verschillende voordelen van CAM tijdens de interviews. Participanten noemden fysieke voordelen zoals minder vermoeidheid en een lagere bloeddruk. Veel participanten gaven aan dat ze naast de



fysieke voordelen vooral mentale, gevoelsmatige voordelen hebben ervaren van de CAM-therapieën. Hierbij gaven de participanten aan dat ze het soms lastig vonden om te omschrijven waar deze gevoelsmatige voordelen precies uit bestonden. Participanten gaven aan dat ze niet precies konden uitleggen wat de achterliggende mechanismen waren waardoor de CAM-therapie voor hen werkte, maar zij gaven wel duidelijk aan dat CAM hen wel heeft geholpen bij het vergroten van het welzijn. De meerwaarde van CAM lijkt volgens de participanten voornamelijk te zitten in de tweede en derde interpretatie van ‘begrijpelijkheid’, in combinatie met ‘zingeving’ van ‘Sense of Coherence’ van medisch socioloog Antonovsky.

De algehele conclusie is dat de geïnterviewde participanten aangeven dat CAM hen vooral helpt om zich meer gehoord, gezien en begrepen te voelen door hun CAM-therapeut. Daarbij is de meerwaarde van CAM volgens de geïnterviewde participanten ook dat CAM-therapieën kan helpen om de kleine dingen in het leven te waarderen, en om iets positiefs uit de ziekte te halen. CAM-therapieën helpen dus niet zo zeer bij het begrijpen van de oorzaken van de ziekte of klachten van de participanten, zoals in eerste instantie werd verwacht, maar wel bij het gehoord, gezien en begrepen voelen. Uiteindelijk is het volgens gebruikers van CAM dus lastig om de vinger te leggen op hoe CAM precies wérkt, maar het hélpt ze wel.

## Literatuurlijst

- Alcantara, J., Whetten, A., Ohm, J., & Alcantara, J. (2020). The relationship between quality of life and sense of coherence in patients presenting for care in a chiropractic practice-based research network. *Complementary Therapies in Medicine*, 48, 102231. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.102231>
- André, S., Meuleman, R., & Kraaykamp, G. (2018). *Een (on)gezonde leefstijl: Alternatieve geneeswijzen*. Sociaal Cultureel Planbureau.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1990). A somewhat personal odyssey in studying the stress process. *Stress Medicine*, 6(2), 71–80.
- Antonovsky, A. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science & Medicine*, 37(8), 969–974. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90427-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90427-6)
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.
- ATLAS.ti. (2023). ATLAS.ti. <https://atlasti.com/why-atlas-ti>
- Autoriteit Persoonsgegevens (z.d.). *Gegevens pseudonimiseren*. <https://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/themas/beveiliging/beveiliging-van-persoonsgegevens/gegevens-pseudonimiseren>
- Baarts, C. & Pedersen, I. K. (2009). Derivative benefits: exploring the body through complementary and alternative medicine. *Sociology of Health & Illness*, 31(5), 719–733. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01163.x>

- Bargehr, B., Von Weikersthal, L. F., Junghans, C., Zomorodbakhsch, B., Stoll, C., Prott, F., Fuxius, S., Micke, O., Hübner, J., Büntzel, J., & Hoppe, C. (2023). Sense of coherence and its context with demographics, psychological aspects, lifestyle, complementary and alternative medicine and lay aetiology. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149(11), 8393–8402. <https://doi.org/10.1007/s00432-023-04760-9>
- Barry, C. (2006). The role of evidence in alternative medicine: Contrasting biomedical and anthropological approaches. *Social Science & Medicine*, 62(11), 2646–2657. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.025>
- Berveling, J. (2022). Sociologen kruipen in huid van alternatieve geneeskundegebruikers. *Kwakzalverij*. <https://www.kwakzalverij.nl/tijdschrift/tijdschrift-archief-2021/sociologen-kruipen-in-huid-van-alternatieve-geneeskundegebruikers/>
- Bishop, F. L., Yardley, L., & Lewith, G. (2007). A systematic review of beliefs involved in the use of complementary and alternative medicine. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 851–867. <https://doi.org/10.1177/1359105307082447>
- Bonacchi, A., Fazzi, L., Toccafondi, A., Cantore, M., Mambrini, A., Muraca, M. G., Banchelli, G., Panella, M., Focardi, F., Calosi, R., Di Costanzo, F., Rosselli, M., & Miccinesi, G. (2014). Use and perceived benefits of complementary therapies by cancer patients receiving conventional treatment in Italy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.014>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). Thematic analysis. *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological.*, 57–71. <https://doi.org/10.1037/13620-004>

- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676x.2019.1628806>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2023a). Thematic analysis. In *American Psychological Association eBooks* (pp. 65–81). <https://doi.org/10.1037/0000319-004>
- Braun, V., & Clarke, V. (2023b). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Brosnan, C., Tickner, C., Davies, K., Heinsch, M., Steel, A., & Vuolanto, P. (2023). The salutogenic gaze: Theorising the practitioner role in complementary and alternative medicine consultations. *Sociology of Health and Illness*. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13629>
- Burns, D. S., Meadows, A., Althouse, S. K., Perkins, S. M., & Cripe, L. D. (2018). Differences between supportive music and imagery and music listening during outpatient chemotherapy and potential moderators of treatment effects. *Journal of Music Therapy*, 55(1), 83–108. <https://doi.org/10.1093/jmt/thy001>
- Byrne, D. (2022). A worked example of Braun and Clarke’s approach to reflexive thematic analysis. *Quality & Quantity*, 56(3), 1391–1412. <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
- CBS. (2008). Meer Nederlanders naar alternatieve genezer. *Centraal Bureau voor de Statistiek*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2008/23/meer-nederlanders-naar-alternatieve-genezer>
- CBS. (2019a). *Alternatieve geneeswijzen: contact en opvattingen*. Geraadpleegd op 11 april 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2019/25/alternatieve-geneeswijzen-contact-en-opvattingen>

- CBS. (2019b). Kwart waardeert alternatieve en reguliere zorg evenveel. *Centraal Bureau Voor De Statistiek*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/25/kwart-waardeert-alternatieve-en-reguliere-zorg-evenveel>
- Collingwood, J. (2016). *Your sense of coherence*. Psych Central. <https://psychcentral.com/lib/your-sense-of-coherence#1>
- De Leeuw, M. (2023). *Therapievormen | VBAG-beroepsvereniging therapeuten*. VBAG. <https://vbag.nl/therapievormen/>
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 376–381.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life – A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 938–944.
- GGZ Standaarden. (2022). GGZ Standaarden. In *Zorgstandaard - Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)*. [https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project\\_4786647c-fed2-4e18-8690-1cc861c41b61\\_somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk\\_authorized-at\\_15-05-2018.pdf](https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_4786647c-fed2-4e18-8690-1cc861c41b61_somatisch-onvoldoende-verklaarde-lichamelijke-klachten-solk_authorized-at_15-05-2018.pdf)
- Gimpel, C., Von Scheidt, C., Jose, G., Sonntag, U., Stefano, G. B., Michalsen, A., & Esch, T. (2014). Changes and interactions of flourishing, mindfulness, sense of coherence, and quality of life in patients of a Mind-Body Medicine outpatient clinic. *Complementary Medicine Research*, 21(3), 154–162. <https://doi.org/10.1159/000363784>
- Goldman, A. W., & Cornwell, B. (2015). Social network bridging potential and the use of complementary and alternative medicine in later life. *Social Science & Medicine*, 140, 69–80. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.07.003>

- Gwiaździński, P., Fedyk, O., Krawczyk, M., & Szymanski, M. (2017). Practicing Hatha-Yoga, sense of coherence and sense of agency. *Neurophenomenological Approach. PubMed*, 29(Suppl 3), 530–535. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28953821>
- Hennink, M., Hutter, I. & Bailey, A. (2020). *Qualitative Research Methods* (2de ed.). Sage: London.
- Hoenders, R., Appelo, M., De Jong, J., & Wetenschappelijk, G. (2014). Integrale geneeskunde: een brug tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen passend bij de tijdgeest. *GGzet Wetenschappelijk*, 18(1), 48-63.
- Huber, M. (2019). “Positieve gezondheid”: Wat is het en wat kan ik ermee? In *Institute for Positive Health*. Presentatie Machteld Huber bij lezing Positive Health, Utrecht, Nederland. [https://www.provincie-utrecht.nl/sites/default/files/2021-01/20191127\\_presentatie\\_machteld\\_huber\\_bij\\_lezing\\_positive\\_health.pdf](https://www.provincie-utrecht.nl/sites/default/files/2021-01/20191127_presentatie_machteld_huber_bij_lezing_positive_health.pdf)
- Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a ‘patient-centred’ operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, 6(1), e010091. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>
- Institute for Positive Health. (2020). *Sense of Coherence helpt mensen gezond houden - Institute for Positive Health*. <https://www.iph.nl/kennisbank/sense-of-coherence-helpt-mensen-gezond-houden/>
- Jueng, R., & Chen, I. (2022). The effects of horticultural therapy on sense of coherence among Residents of Long-Term Care Facilities: a quasi-experimental design. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5412. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095412>
- KNMG (2008). *Gedragsregel – De arts en niet-reguliere behandelwijzen*. Koninklijk Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, Utrecht.

Kruijff, S. (2018). *Illness as failure*. De strijdcultuur in de geneeskunde. In: van Engelen, B., van der Wilt, G., Levi, M. (eds) *Wat is er met de dokter gebeurd?* Bohn Stafleu van Loghum, Houten. [https://doi.org/10.1007/978-90-368-2153-7\\_5](https://doi.org/10.1007/978-90-368-2153-7_5)

*LibGuides: PubMed: Inleiding*. (N.d.). <https://libguides.studiecentra.han.nl/PubMed>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Program Evaluation*, 1986(30), 73–84. <https://doi.org/10.1002/ev.1427>

Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 440–442. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.034777>

Lubach over alternatieve geneeswijzen. (2017). *Medisch Contact*. <https://www.medischcontact.nl/actueel/videos/video/lubach-over-alternatieve-geneeswijzen>

McDaniel, S. H. (2013). Understanding health sociologically. *Current Sociology*, 61(5–6), 826–841. <https://doi.org/10.1177/0011392113480471>

*Medicine & Public Health*. (2021). University of Groningen. <https://www.rug.nl/society-business/science-shops/geneeskunde-en-volksgezondheid/>

Mortelmans, D. (2020). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Acco.

Nlholista-Ammala. (2021). Wat houdt een holistische kijk op zorg in? *RBCZ*. <https://rbcz.nu/wat-houdt-een-holistische-kijk-op-zorg-in/#:~:text=Holistische%20zorg%20is%20zorg%20die,een%20samenwerking%20van%20meerdere%20factoren>

Nowell, L., Norris, J. M., White, D., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis. *International journal of qualitative methods*, 16(1), 160940691773384. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>

- Özlu, Z. K., Yildirim, T., Özlu, İ., Ünal, M. H., & Toraman, R. L. (2022). The relationship between individuals' use of complementary and alternative medicine during the pandemic in Turkey and their attitudes towards perceived COVID-19 risk. *European Journal of Integrative Medicine*, 56. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2022.102194>
- Patel, K., Wall, K., Bott, N. T., Katonah, D. G., & Koopman, C. (2014). A qualitative investigation of the effects of Psycho-Spiritual Integrative therapy on breast cancer survivors' experience of Paradox. *Journal of Religion & Health*, 54(1), 253–263. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9827-1>
- Plochg, T., Juttman, R. E., & Klazinga, N. S. (2008). Handboek Gezondheidszorgonderzoek. *Onderwijs & gezondheidszorg*, 32(3), 28. <https://doi.org/10.1007/bf03077293>
- Raad van de Volksgezondheid & Zorg (2013). De participerende patiënt. Geraadpleegd van <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2013/06/20/de-participerende-patient>
- Rooijmans, H. G. M., & Walvoort, H. C. (2003). Over ziekten en zieken--wetenschappelijke en alternatieve geneeskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147(52). <https://www.ntvg.nl/artikelen/over-ziekten-en-zieken-wetenschappelijke-en-alternatieve-geneeskunde# SAGE>.
- Schepers, R., & Hermans, H. J. M. (1998). Alternatieve geneeswijzen in Nederland: geschiedenis en recente ontwikkelingen. *Huisarts Nu (Hanu)*, 27, 111–121.
- Schermer, M., & Van Der Horst, H. E. (2021). Het concept “positieve gezondheid” nader bekeken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 165. <https://researchinformation.amsterdamumc.org/en/publications/a-closer-look-at-the-concept-of-positive-health>
- Schwab, P. (2021). *Kwalitatief onderzoek: 3 soorten interviews*. Marktonderzoek agentschap. Van <https://www.intotheminds.com/blog/nl/kwalitatief-onderzoek-3-soorten-interviews/>



- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63–75. <https://doi.org/10.3233/efi-2004-22201>
- Snyderman, R., & Weil, A. (2002). Integrative Medicine. *Archives of internal medicine*, 162(4), 395. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.4.395>
- Stalenhoef, A. (2008). Klinisch-wetenschappelijke avond van de aios: Over zin en onzin van alternatieve geneeswijzen. *Huisarts & Wetenschap*, 51(3), 163–164. <https://doi.org/10.1007/bf03086706>
- Stichting Skepsis*. (Z.d.). Stichting Skepsis. <https://skepsis.nl/>
- Van Den Hoogen, M. W., Popa, C., Elving, L. D., & Van Der Meer, J. W. (2012). Vergoeding van alternatieve geneeswijzen in Nederland: onbegrijpelijk. *NTvG*. <https://www.ntvg.nl/artikelen/vergoeding-van-alternatieve-geneeswijzen-nederland-onbegrijpelijk>
- Van Dijk, P. (2006). Omvang alternatieve geneeswijzen in Nederland. *Tijdschrift Integrale Geneeskunde, TIG jaarboek*, 21–22 (2005–2006), 13–22.
- Van Staveren, R. (2023). *Patiëntgericht communiceren in de ggz*. Boom.
- Van Vliet, K., Grotendorst, A., & Roodbol, P. (2016). Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/11/17/anderskijken-andersleren-anders-doen>
- Vereniging tegen de Kwakzalverij. (2022). *Kwakzalverij*. <https://www.kwakzalverij.nl/>
- Verhoeven, N. (2020). *Thematische analyse*. Boom.

- Vinje, H. F., Langeland, E., & Bull, T. (2016). Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994. In *Springer eBooks* (pp. 25–40).  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_4)
- Vlieger, A. M., Van De Putte, E. M., & Hoeksma, H. (2006). Het gebruik van complementaire en alternatieve geneeswijzen door kinderen op een polikliniek voor kindergeneeskunde en de redenen van ouders daarvoor. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 150(11), 625–630.
- Wetenschapswinkel/Science shop. (z.d.). Research.  
<https://umcgresearch.org/w/wetenschapswinkel>
- World Health Organization. (2019). *WHO Global report on traditional and complementary medicine 2019*. World Health Organization. Retrieved from  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf?ua=1>
- Yakoot, M. (2013). Bridging the gap between alternative medicine and evidence-based medicine. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*, 4(2), 83–85.  
<https://doi.org/10.4103/0976-500x.110868>

## Bijlage 1 – Zes verschillende domeinen van CAM volgens de VBAG

### BEWEEGZORG

HERVIND JOUW NATUURLIJKE BEWEGING.

Van nature beweeg je continue als mens; je loopt, je praat of je knippert met je ogen. Zelfs wanneer je slaapt, is er van alles in jou in beweging. Je bloed wordt rondgepompt en met je ademhaling zetten je long uit en krimpen weer in. Bewegen is een essentieel onderdeel van ons menszijn. Maar soms gebeuren er dingen waardoor je geblokkeerd raakt in je beweging. Onderstaande therapieën ondersteunen je om jouw natuurlijke beweging weer te hervinden

- Haptotherapie
- Manuele therapie
- Osteopathie



### BODYMIND THERAPIE

KOM WEER IN CONTACT MET JEZELF, ZOWEL FYSIEK ALS MENTAAL.

Je lichaam en geest zijn met elkaar verbonden en dienen dynamisch en in balans met elkaar te functioneren. In de huidige maatschappij hebben we vooral geleerd om te luisteren naar ons brein en hebben we soms het contact met ons lichaam verloren. Je voelt je dan uit balans. De volgende therapieën helpen je weer in contact te komen met jezelf, zowel fysiek als mentaal.

- Adem- en ontspanningstherapie van Dixhoorn
- BSM-de Jongtherapie
- Fasciatherapie
- Reflexzonetherapie
- Voetreflextherapie
- Body stress release
- Cranio-sacraaltherapie
- Massagetherapie
- Rolfing®
- YIN Therapie
- Bowentherapie
- Embryonal Integrated Therapy
- Ontwikkelingsmotoriek Niek Brouw
- Triggerpointtherapie



## NATUURGENEESWIJZE

VIND JOUW NATUURLIJKE MANIER VAN HELING.

De mens maakt onderdeel uit van de natuur en ziet zich hierin weerspiegeld. In de natuur zijn alle antwoorden te vinden wanneer je weet waar je moet zoeken. Bijvoorbeeld in de vorm van planten en kruiden, maar ook in hele kleine vorm, onze moleculen. Het woord 'natuurlijk', als betekenis van aangeboren en begrijpelijk, geeft al weer dat heling te vinden is in de manier 'gelijk aan de natuur'. Jouw natuurlijke manier van heling kun je vinden in onderstaande therapieën.



- Antroposofie
- Natuurgeneeskunde
- Fytotherapie
- Kinesiologie
- Orthomoleculaire therapie
- Homeopathie
- Mesologie

## ENERGETISCHE THERAPIE

HOUD JE ENERGIE IN BALANS EN VOEL JE ENERGIEK EN GEZOND.

Alles om ons heen is energie, alleen is alles op een andere manier gevormd. Je gedachtes als energie in een hoge trilling, en je lichaam in een lagere trilling als vaste materie. Energetisch staan we met iedereen in verbinding en hebben onze gedachtes en gevoelens net zoveel invloed op ons welzijn als ons fysieke lichaam dat heeft. Door je energie, op alle niveaus zo goed mogelijk in balans te houden, voel je je energiek en gezond. Energie kan op vele manieren beïnvloed worden; bijvoorbeeld door geuren en kleuren, voeding en aanraking. Wanneer je klachten hebt en je energie dus op een of andere manier geblokkeerd is geraakt, kun je deze met onderstaande therapieën weer laten stromen.



- (Natuur)voedingstherapie
- Matrix-/ licht- en kleurentherapie
- Aromatherapie
- NEI therapie
- Energetische (Eclectische) therapie (E.E.N.)
- Paranormale geneeswijze

## OOSTERSE GENEESWIJZE

LAAT JOUW ENERGIE WEER VOLOP STROMEN.

De Traditionele Chinese Geneeskunde wist al duizenden jaren geleden dat wij bestaan uit energie (Qi). En dat al onze lichaamsfuncties dan ook bepaald worden door de stroom van deze energie. Wanneer jouw energie geblokkeerd is geraakt of op een bepaalde plek te veel of juist te weinig aanwezig is, ontstaan er klachten. Onderstaande therapieën zorgen ervoor dat jouw energie weer volop kan stromen.

- Acupunctuur
- TCM
- Ayurveda
- Tuina
- Shiatsu



## PSYCHOSOCIALE GENEESWIJZE

KRIJG INZICHT IN EN GRIP OP JE GEDACHTES EN PATRONEN.

96% van de tijd worden we geleid door dat bewustzijn waar we ons "niet" bewust van zijn. Hoe belangrijk is het dan wel niet dat je hier inzicht in hebt. Zeker wanneer je beseft dat je gedachtes ook van invloed zijn op je fysieke gesteldheid. Met de volgende therapieën krijg jij inzicht in en grip op je (on)bewuste gedachtes en patronen.

- Biodynamische therapie
- Hypnotherapie
- Kunstzinnige therapie
- Lichaamsgerichte psychotherapie
- NLP
- Psychodynamische therapie
- Psychosociale therapie



## Bijlage 2 – Onderzoeksopdracht VBAG



Toegepast GezondheidsOnderzoek  
Gezondheidswetenschappen-UMCG  
Hanzeplein 1, 9713 GZ Groningen  
Postbus 30001, 9700RB Groningen  
KvK: 01169570  
BTW-nr: NL800866393B01  
IBAN: NL31INGB0652785212  
[www.toegepastgezondheidsonderzoek.nl](http://www.toegepastgezondheidsonderzoek.nl)  
T: +31 (0)50-3616161

VBAG-Beroepsvereniging en platform  
Voor integrale gezondheidszorg door  
Zelfstandige professionele beroepsbeoefenaren  
Van natuurlijke geneeswijzen  
Berg 65c, 5671 CB Nuenen  
[secretariaat@vbag.nl](mailto:secretariaat@vbag.nl)  
Telefoon: 040-283 89 88  
t.a.v.: Sterre Groenendijk en Sijtze Verbeek

Groningen, 21 juni 2022

### OFFERTE advisering rondom onderzoek

TGO-nummer: TGO-22022

#### Oprachtspecificatie

“VBAG is een beroepsvereniging voor zelfstandige, professionele beroepsbeoefenaars van natuurlijke geneeswijzen. Niet alleen bewaken we de kwaliteit van onze leden, maar we zijn ook voortdurend op zoek naar innovatie en samenwerking in het integrale zorgveld. Zorgdragen voor jouw gezondheid is ons doel, waarbij jij als cliënt duidelijk de regie voert over je eigen gezondheid en de verantwoording neemt in je eigen proces. De VBAG-therapeut biedt veilige, deskundige en effectieve zorg, waarbij jij als uniek mens centraal staat” (van de website <https://vbag.nl/over-vbag/>).

De vereniging wil onderzoek (laten) doen naar de ervaringen met en effecten van het aanbod van de vele verschillende zelfstandige beroepsbeoefenaren van natuurlijke geneeswijzen die zijn aangesloten. TGO is, in de persoon van Jeanet Landsman, gevraagd te adviseren over de opzet van dit onderzoek, het onderzoek te begeleiden en waar nodig ook uit te voeren.

Het onderzoek dient de volgende doelen: 1) kwaliteitsbewaking, 2) de toegevoegde waarde zichtbaar maken en 3) inzicht krijgen in werkzame elementen. Hieronder beschrijven we per doel een aantal aandachtspunten en ideeën voor activiteiten. En een voorstel voor een tijdsplan.

#### 1. Kwaliteitsbewaking

Voor dit doel, is het in ieder geval belangrijk om klanttevredenheid te meten. Daarnaast denken we aan het registreren van aantal sessies, duur van de sessies, samenwerking met andere (zorg)professionals, kosten en eventueel voorgeschreven middelen. Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn: dit moet op een makkelijke manier te realiseren zijn voor zowel klant als aanbieder van zorg, relatief eenvoudig te analyseren en terug te koppelen op individueel niveau naar de aanbieder en op groepsniveau naar de vereniging. Waarbij er zorgvuldig wordt omgegaan met de privacy van zowel klant als aanbieder en tegelijk de vereniging er ook mee naar een zorgverzekeraar wil kunnen met informatie per type geneeswijze. Hoe we dit alles zorgvuldig doen, gaan we over met elkaar in gesprek.

Documentnaam: Offerte VBAG\_advisering onderzoek / TGO nummer: TGO-22022

## 2. Toegevoegde waarde zichtbaar maken

Bij dit doel staan einduitkomsten centraal met als onderzoeksvraag: in hoeverre verandert het welbevinden van de klant na de behandeling in vergelijking met ervoor op korte en langere termijn? Daarvoor zijn verschillende vragenlijsten te gebruiken met als uitgangspunt het holistische denken, bijvoorbeeld zoals in het model van Machteld Huber<sup>1</sup> van positieve gezondheid en/of de International Classification of Functioning, Disability and Health<sup>2</sup> van de WHO. Dat betekent dat we niet alleen op niveau van klachten(verandering) willen meten, maar ook wat betreft bijvoorbeeld inspanningsmogelijkheden, participatie in de maatschappij, realisatie van persoonlijke doelen en zingeving. Ideeën voor gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijsten zijn:

- De MYMOP<sup>3</sup> (Measure Your Medical Outcome Profile): een korte vragenlijst die patient-specifiek inzichtelijk maakt welke klachten iemand heeft en of die veranderen in de loop van de tijd.
- De SF-12<sup>4</sup> (Short Form Health Survey) is een zelfgerapporteerde uitkomstmaat die de impact van gezondheid op het dagelijks leven van een persoon beoordeelt. Het wordt vaak gebruikt als maatstaf voor kwaliteit van leven. De SF-12 is een verkorte versie van zijn voorganger, de SF-36 en gemaakt om de responslast te verminderen. De instrument heeft de volgende domeinen:
  - 1) Beperkingen in fysieke activiteiten vanwege gezondheidsproblemen.
  - 2) Beperkingen in sociale activiteiten vanwege fysieke of emotionele problemen
  - 3) Beperkingen in de gebruikelijke roactiviteiten vanwege lichamelijke gezondheidsproblemen
  - 4) Lichaamspijn
  - 5) Algemene geestelijke gezondheid (psychische nood en welzijn)
  - 6) Beperkingen in de gebruikelijke roactiviteiten vanwege emotionele problemen
  - 7) Vitaliteit (energie en vermoeidheid)
  - 8) Algemene gezondheidspercepties
- GAS (Goal Attainment Scaling): dit is een manier om vast te leggen in hoeverre gezamenlijk opgestelde behandeldoelen gerealiseerd worden op korte en langere termijn. Dat kan simpel, met een cijfer van 1-10 (1 = helemaal niet behaald en 10 = volledig behaald) of met een 5- of 6-puntsschaal. Het kan ook meer specifiek als integraal onderdeel van de behandeling worden toegepast. Per behandelaspect wordt dan concreet vastgelegd bij welk niveau van functioneren het doel van de behandeling behaald is. Daarnaast wordt ook vastgelegd:
  1. wanneer er sprake is van een eventuele achteruitgang ten opzichte van de uitgangssituatie;
  2. wanneer er wel sprake is van vooruitgang, zonder dat het doel is behaald;
  3. wanneer er sprake is van vooruitgang die verder gaat dan het gestelde doel;
  4. wanneer er sprake is van vooruitgang die veel verder gaat dan het gestelde doel.Dat biedt de mogelijkheid om in een 6-punts GAS-schaal vast te leggen wat per behandelaspect de verandering is in de vooraf afgesproken tijdsperiode.

Dit zijn wat mogelijke opties die relatief snel en simpel ingebouwd kunnen worden in het standaard registratiesysteem van behandelaren. Daarnaast kan gedacht worden aan een aantal semi-gestructureerde interviews met klanten voor iets meer verdieping ten aanzien van de toegevoegde

<sup>1</sup> <https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/#:~:text=Positieve%20Gezondheid%20is%20een%20bredere,mogelijk%20eigen%20regie%20te%20voeren.>

<sup>2</sup> <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

<sup>3</sup> [https://www.physio-pedia.com/MYMOP\\_-\\_Measure\\_Yourself\\_Medical\\_Outcome\\_Profile](https://www.physio-pedia.com/MYMOP_-_Measure_Yourself_Medical_Outcome_Profile)

<sup>4</sup> [https://www.physio-pedia.com/12-Item\\_Short\\_Form\\_Survey\\_\(SF-12\)](https://www.physio-pedia.com/12-Item_Short_Form_Survey_(SF-12))

### **3. Inzicht in werkzame elementen**

Inzicht in werkzame elementen op hoofdlijnen van de verschillende categorieën en aanpakken, kan helpen voor verdere ontwikkeling en innovatie binnen de beroepsgroepen. Het geeft namelijk niet alleen zicht op *of* iets werkt, maar ook *hoe* het werkt. Bij deze vorm van begeleiding en behandeling is het een uitdaging om stevig wetenschappelijk bewijs te vergaren voor effectiviteit. Dat heeft te maken met dat het hier gaat om heel veel verschillende typen van begeleiding en behandeling en het feit dat het persoonsgericht is. Iedere therapeut werkt vanuit een bepaalde visie vanuit het eigen vakgebied en ervaring maar een belangrijke overeenkomst is dat er niet protocollair wordt gewerkt. En er zijn mogelijk wel wat algemene principes te benoemen die voor alle benaderingen gelden zoals:

- Emotioneel: een emotie duurt 90 seconden, tenzij je die vastzet. En dat voel je in je lijf en levert spanning en klachten op. Als je de emotie kunt loslaten, is die weg.
- Lijfelijk: in je lijf aanwezig kunnen zijn, aarden. Je lichaam slaat alles op. Als je aanwezig kunt zijn met je aandacht, kun je voelen wat er is.
- Energetisch: energie dient te stromen door het lijf. Als het ergens blokkeert, levert dat klachten op.
- Voeding: en er moet energie aanwezig zijn om het hele systeem te voeden (als in voedsel, actie, gedachtes), energie die nodig is, moet niet weglekken. Balans tussen voelen, denken en doen.

Om hier zicht op te krijgen, stellen we voor om eerst in bijeenkomsten met vertegenwoordigers van de verschillende beroepen te brainstormen over dit soort algemene principes. Om samen toe te werken naar een Programmalogica die een basis geeft voor hoe betrokkenen denken dat hun aanpak effect heeft. Aangevuld met een beknopte literatuurstudie levert dat een basis voor inzicht in globale werkzame elementen. Vervolgens bepalen we samen hoe je deze elementen zou kunnen meten en ontwikkelen meetinstrumentarium (denk aan vragenlijsten, interviews of focusgroepen). Dat gaan we pilot testen in een kleine groep en op basis van de uitkomsten door-ontwikkelen. We kijken daarbij naast de concrete uitkomsten bijvoorbeeld naar haalbaarheid voor implementatie, hoeveelheid benodigde en te realiseren meetmomenten en ervaringen van respondenten met de metingen. Afhankelijk van de uitkomsten, kijken we gezamenlijk verder naar vervolgstappen. Voor deze vorm van 'real world research' zijn allerlei methoden ontwikkeld die behulpzaam zijn om betrouwbaar en valide effectiviteit aan te tonen, ook zonder te werken met controlegroepen. Dit soort uitkomsten kan behulpzaam zijn voor zowel verbetering van kwaliteit (ontwikkeling van een 'gouden standaard') als voor verantwoording naar bijvoorbeeld een verwijzer of zorgverzekeraar.

#### **Planning en mogelijke acties**

Voor het zichtbaar maken van de toegevoegde waarde en kwaliteitsbewaking kunnen we samen in het najaar een eerste pilot gaan vormgeven binnen de beroepsgroepen. Daarvoor zijn de volgende acties nodig op hoofdlijnen: ontwikkelen van / keuzes maken voor een vragenset, communicatie daarover met verschillende stakeholders, de organisatie van het doorvoeren in het systeem inclusief toestemmingsverklaringen van respondenten voor gebruik van de gegevens en een aanvraag voor ethische toetsing bij de toetsingscommissie UMCG.

Vervolgens stellen we voor om in het najaar 2022 een dagdeel te organiseren met een werksessie over het onderzoek aangaande de eerste twee doelen om een cultuur van samen leren van resultaten te stimuleren en alvast eerste ideeën te krijgen voor wat betreft het derde doel. Gevolgd door twee sessies in de eerste helft van 2023 om draagvlak te creëren en samen te reflecteren op resultaten. Einddoel: voor de zomer van 2023 een opzet voor vervolgonderzoek aangaande het derde doel en ideeën over financieringsmogelijkheden daarvan.

In overleg bekijken we welke data verder nodig is om dit te realiseren zoals genoemde interviews.



### **Bijlage 3 – Methode systematische literatuurreview**

Door middel van een systematische literatuurreview werd de eerste onderzoeksvraag beantwoord:

*“Wat is er in de literatuur bekend over hoe cliënten met gezondheidsproblemen het gebruik van CAM ervaren met betrekking tot hun Sense of Coherence en daarmee hun gezondheid en welzijn?”*

Deze systematische literatuurreview bestaat uit drie grote stappen: zoektermen opstellen, inclusie- en exclusiecriteria opstellen en een logboek bijhouden. Ten eerste zijn de volgende zoektermen opgesteld:

- CAM OR Alternative medicine OR Complementary medicine OR Holistic medicine OR Integrative medicine AND Sense of Coherence OR SoC
- Sense of Coherence
- Sense of Coherence AND CAM
- Influence of CAM AND Wellbeing
- CAM AND Health complaints

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, is er gezocht in de wetenschappelijke database PubMed. PubMed is een van de meest gebruikte en uitgebreide medische databanken ter wereld (*LibGuides: PubMed: Inleiding, z.d.*). Met meer dan 30 miljoen referenties en samenvattingen uit meer dan 5000 tijdschriften is het een waardevolle bron voor medisch onderzoek. Bovendien beschikt PubMed over een uitgebreid netwerk van gestandaardiseerde trefwoorden, beter bekend als MeSH-termen, die het zoeken naar relevante artikelen vereenvoudigen (*LibGuides: PubMed: Inleiding, z.d.*). Uiteindelijk is de volgende zoekopdracht gebruikt:

- ("Complementary Therapies"[Mesh]) AND "Sense of Coherence"[Mesh]

Andere criteria waren publicatiedatum (01/01/2001 – 31/07/2023) en taal van publicatie (Engels of Nederlands). De literatuurzoektocht leverde in totaal 26 resultaten op. Van de 26 artikelen op PubMed zijn alle titels en abstracts gelezen.

***In- en exclusiecriteria***

Om te beoordelen of artikelen bruikbaar waren voor de systematische literatuurreview, is een aantal inclusie- en exclusiecriteria opgesteld. Op basis van titel, abstract en artikel zijn er uiteindelijk 18 van de 26 artikelen geëxcludeerd. Dit betekent dat de systematische literatuurreview 8 artikelen heeft opgeleverd.

Ten eerste werd er gekeken naar de titel van de artikelen. Hierbij was het van belang dat de doelgroep – gebruikers van CAM met gezondheidsproblemen – in de titel naar voren kwam. Daarnaast was het belangrijk dat er in de titel werd geschreven over Sense of Coherence of SoC. Op basis van titel zijn er 15 van de 26 artikelen geëxcludeerd, bijvoorbeeld “Parental Sense of Coherence in the first 2 years of life is not related to parental and child diurnal cortisol rhythm or proxies of anthroposopic lifestyle” van Swartz et al. (2013). In de titel komt CAM niet naar voren, en het gaat ook niet over mensen met gezondheidsproblemen.

Ten tweede werd er gekeken naar de abstracts van de artikelen. Ook hier was het weer van belang dat de doelgroep – gebruikers van CAM met gezondheidsproblemen – in het abstract duidelijk naar voren kwam. Ook moest er in de abstracts over Sense of Coherence worden geschreven. Op basis van de abstracts zijn er nog 3 artikelen geëxcludeerd, wat een totaal maakt van 18 geëxcludeerde artikelen. Een voorbeeld van een artikel dat niet op basis van titel, maar wel op basis van abstract is geëxcludeerd, is “Reliability and first validity of the inner correspondence questionnaire for painting therapy (ICPTh) in a sample of breast cancer patients” van Kröz et al. (2019). In eerste instantie leek dit een geschikt artikel, maar uit het abstract bleek het artikel niet over Sense of Coherence te gaan.

Ten derde werd het hele artikel gelezen. Hierbij was het van belang dat er in het artikel specifiek werd geschreven over Sense of Coherence in de context van CAM. Op basis van het hele artikel zijn er geen artikelen geëxcludeerd. Er bleven in totaal dus 8 bruikbare artikelen over. Deze artikelen zijn uitgewerkt in het theoretisch kader. In tabel 3 is het inclusieschema opgenomen van welke artikelen uiteindelijk zijn geïncludeerd en geëxcludeerd voor deze systematische literatuurreview en op basis waarvan.

Tabel 3 - Inclusieschema systematische literatuurreview

<b>Artikel</b>	<b>Auteur(s)</b>	<b>Kwantitatief/ Kwalitatief</b>	<b>N</b>	<b>Onderdeel van SoC</b>	<b>Includeren op basis van titel?</b>	<b>Includeren op basis van abstract?</b>	<b>Includeren op basis van artikel?</b>
Sense of coherence and its context with demographics, psychological aspects, lifestyle, complementary and alternative medicine, and lay aetiology	Bargehr B, Fischer von Weikersthal L, Junghans C, Zomorodbakhsch B, Stoll C, Prott FJ, Fuxius S, Micke O, Hübner J, Büntzel J, Hoppe C.	Kwantitatief	349	SoC algemeen	Ja	Ja	Ja
The Effects of Horticultural Therapy on Sense of Coherence among Residents of Long-Term Care Facilities: A Quasi Experimental Design	Jueng RN, Chen IJ.	Kwantitatief	86	SoC algemeen	Ja	Ja	Ja
Mystical and Other Alterations in Sense of Self: An Expanded	Taves A.				Nee, heeft niet met CAM te maken	Nee	Nee

Framework for Studying Nonordinary Experiences							
The relationship between quality of life and sense of coherence in patients presenting for care in a chiropractic practice-based research network	Alcantara J, Whetten A, Ohm J, Alcantara J.	Kwantitatief	1980	SoC algemeen	Ja	Ja	Ja
Reliability and first validity of the inner correspondence questionnaire for painting therapy (ICPTh) in a sample of breast cancer patients	Kröz M, Mehl A, Didwizus A, Gelin-Kröz B, Reif M, Berger B, Ten Brink F, Zerm R, Girke M, Gutenbrunner C, Büssing A.				Ja	Nee, heeft niet met Sense of Coherence te maken	Nee
The Effect of Progressive Muscle Relaxation on Emotional Competence: Depression-Anxiety-Stress, Sense of	Merakou K, Tsoukas K, Stavrinou G, Amanaki E, Daleziou A,				Nee, het betreft geen cliënten met gezondheidsklachten	Nee	Nee

Coherence, Health-Related Quality of Life, and Well-Being of Unemployed People in Greece: An Intervention Study	Kourmousi N, Stamatelopoulou G, Spourdalaki E, Barbouni A.						
Suggestion of self-(in)coherence modulates cognitive dissonance	Hagège J, Chammat M, Tandetnik C, Naccache L.				Nee, het gaat niet over CAM	Nee	Nee
Differences between Supportive Music and Imagery and Music Listening during Outpatient Chemotherapy and Potential Moderators of Treatment Effects	Burns DS, Meadows AN, Althouse S, Perkins SM, Cripe LD.	Kwantitatief	76	SoC algemeen	Ja	Ja	Ja
Practicing Hatha-Yoga, Sense of Coherence and Sense of Agency.	Gwiaździński P, Fedyk O, Krawczyk M, Szymański M.	Kwantitatief	50	SoC algemeen	Ja	Ja	Ja

Neurophenomenological Approach							
The Role of Soundscape in Nature-Based Rehabilitation: A Patient Perspective	Cerwén G, Pedersen E, Pálsdóttir AM.				Nee, dit gaat niet over Sense of Coherence	Nee	Nee
Quality of life, sense of coherence and experiences with three different treatments in patients with psychological distress in primary care: a mixed-methods study	Arvidsdotter T, Marklund B, Taft C, Kylén S.				Nee, dit gaat over de eerste lijn en niet over CAM	Nee	Nee
[The effects of "The Work" meditation technique on psychological scales among a non-clinical sample]	Mitnik I, Lev-Ari S.				Nee, dit gaat niet specifiek over Sense of Coherence	Nee	Nee

The use of salutogenesis theory in empirical studies of maternity care for healthy mothers and babies	Perez-Botella M, Downe S, Magistretti CM, Lindstrom B, Berg M.				Nee, dit gaat niet over personen met gezondheidsklachten	Nee	Nee
Perception of the multisensory coherence of fluent audiovisual speech in infancy: its emergence and the role of experience	Lewkowicz DJ, Minar NJ, Tift AH, Brandon M.				Nee, dit gaat niet over Sense of Coherence	Nee	Nee
Changes and interactions of flourishing, mindfulness, sense of coherence, and quality of life in patients of a mind-body medicine outpatient clinic	Gimpel C, von Scheidt C, Jose G, Sonntag U, Stefano GB, Michalsen A, Esch T.	Kwantitatief	48	SoC algemeen	Ja	Ja	Ja
Dynamic hypnosis, IBS, and the value of individualizing	Carolusson S.				Nee, dit artikel gaat niet specifiek over Sense of Coherence	Nee	Nee

treatment: a clinical perspective							
A qualitative investigation of the effects of psycho-spiritual integrative therapy on breast cancer survivors' experience of paradox	Patel K, Wall K, Bott NT, Katonah DG, Koopman C.				Nee, niet direct	Ja, het blijkt wel te gaan over het effect van een CAM-therapie op iemands welzijn/betekenisvolheid in het leven	Ja
Changes in experienced value of everyday occupations after nature-based vocational rehabilitation	Pálsdóttir AM, Grahn P, Persson D.				Nee, geen sprake van een CAM-therapie	Nee	Nee
Neural correlates of the relationship between discourse coherence and sensory monitoring in schizophrenia	Tagamets MA, Cortes CR, Griego JA, Elvevåg B.				Nee, gaat niet over Sense of Coherence	Nee	Nee
Relationships between flow experience, IKIGAI,	Iida K, Oguma Y.				Ja	Nee, gaat niet over cliënten met gezondheidsproblemen	Nee



and sense of coherence in Tai chi practitioners							
The relationship between flow experience and sense of coherence: a 1-year follow-up study	Iida K, Oguma Y.				Ja	Nee, gaat niet over cliënten met gezondheidsproblemen	Nee
Use and perceived benefits of complementary therapies by cancer patients receiving conventional treatment in Italy	Bonacchi A, Fazzi L, Toccafondi A, Cantore M, Mambrini A, Muraca MG, Banchelli G, Panella M, Focardi F, Calosi R, Di Costanzo F, Rosselli M, Miccinesi G.	Kwantitatief	803		Ja	Ja	Ja
Parental Sense of Coherence in the first 2 years of life is not related to parental and child	Swartz J, Alm J, Theorell T, Lindblad F.				Nee, gaat niet over CAM en cliënten met gezondheidsproblemen	Nee	Nee

diurnal cortisol rhythm or proxies of anthroposophic lifestyle							
"I'm not trying to be cured, so there's not much he can do for me": hospice patients' constructions of hospice's holistic care approach in a biomedical culture	Pederson SN, Emmers-Sommer TM.				Nee, gaat niet over Sense of Coherence, maar over de beleving van CAM-zorg	Nee	Nee
Guided visualization interventions on perceived stress, dyadic satisfaction, and psychological symptoms in highly stressed couples	Rogers KR, Hertlein K, Rogers D, Cross CL.				Nee, gaat niet over Sense of Coherence	Nee	Nee
Corticomuscular coherence during bilateral isometric arm voluntary activity in healthy humans	Perez MA, Soteropoulos DS, Baker SN.				Nee, gaat niet over mensen met gezondheidsklachten	Nee	Nee

## **Bijlage 4 – Interviewschema**

### **Introductietekst**

“Ten eerste wil ik u bedanken voor de tijd die u heeft vrijgemaakt voor dit interview. Ik ben Ilona Folkertsma en ik werk mee aan het onderzoek vanuit het UMCG over ervaringen met complementaire en alternatieve geneeskunde bij gezondheidsklachten.

In dit onderzoek willen we u interviewen over uw ervaringen met complementaire en/of alternatieve geneeswijzen. U wordt uitgenodigd voor dit interview omdat u hiervoor toestemming hebt gegeven in de vragenlijst. Het gaat in het gesprek om uw eigen ervaringen, er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gesprek zal ongeveer een uur duren en wordt – als u daar toestemming voor geeft – opgenomen met een audioapparaatje. Op deze wijze kunnen wij als onderzoekers de inbreng later letterlijk uitschrijven. De uitgeschreven interviews worden vervolgens anoniem geanalyseerd.

Vanwege de opname is het van belang dat u luid en duidelijk spreekt. Laat de opname u niet belemmeren om iets te zeggen. Het onderzoeksteam zal uiterst vertrouwelijk met de gegevens omgaan (zoals in de informatiebrief beschreven). Uw naam wordt nooit genoemd. Als u zaken liever niet bespreekt dan kunt u dit aangeven. Daarnaast kunt u te allen tijde het interview stoppen.

Heeft u nog vragen of opmerkingen over de zaken die ik zojuist uitgelegd heb?

Het opnameapparaatje staat nu aan. Voor de opname wil ik graag nog herhalen dat u toestemming geeft voor de opname, klopt dat?”

Tabel 4 - Interviewschema

<b>Thema/concept</b>	<b>Hoofdvraag</b>	<b>Doorvragen</b>	<b>Achtergrond/theorie</b>
Achtergrondinformatie	Kunt u iets over uzelf vertellen, bijvoorbeeld wat u doet in het dagelijks leven?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baan</li> <li>- Weekindeling</li> <li>- Sociale contacten</li> <li>- Levensbeschouwing</li> </ul>	
Soort therapie	Welke therapievorm volgt u nu, kunt u daar iets over vertellen?	- Beschrijven therapiesessie	
	Volgt u de verschillende vormen bij verschillende therapeuten of bij 1?	Indien bij verschillende; waarom bij deze verschillende?	
		Afhankelijk van het gesprek; op één therapievorm inzoomen of juist doorgaan op de integratie van verschillende vormen	
	Kunt u omschrijven hoe een therapiesessie eruitziet?		
	Hoe is deze therapie voor u?	Hoe ervaart u de therapie zelf?	Client Change Interview Schedule
Reden therapie	Waarom heeft u voor deze therapie gekozen?		

Klachten	Hoe zou u uw klachten omschrijven waarvoor u onder behandeling bent bij uw therapeut?	Belemmeringen in het dagelijks leven?	
Samenwerking CAM en regulier	Welke rol speelt de reguliere gezondheidszorg bij de behandeling van uw klachten?	Zo ja, hoe ervaart u de combinatie van zowel alternatieve als reguliere behandeling?  Onderling overleg/afstemming?  Weet de reguliere therapeut dat uw CAM gebruikt?	Samenhang SoC (Antonovsky)
Invloed CAM	Welke verandering, als die er is, is u opgevallen sinds u gestart bent met therapie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ervaart u een verandering in klachten?</li> <li>- Ervaart uw omgeving een verandering?</li> <li>- Verandering in samenhang lichaam en geest?</li> </ul>	Client change interview schedule
	Hoe belangrijk is deze verandering voor u persoonlijk?		

	Hoe zou u uw klachten omschrijven na het volgen van de therapie?	Belemmeringen in het dagelijks leven	
Voordelen CAM/helpend	In welke zin heeft het gebruik van CAM u geholpen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorbeelden noemen</li> <li>- Impact dagelijks leven (zinnig leven, vertrouwen, dankbaarheid en acceptatie)</li> <li>- Impact op het welzijn</li> <li>- Voor elke verandering, hoe waarschijnlijk schat u in dat deze verandering niet opgetreden was als u de therapie niet gevolgd had?</li> <li>- Beter begrip van de ziekte?</li> <li>- Hoe kijkt u nu tegen ziekte/klachten aan?</li> </ul>	<p>Client change interview schedule</p> <p>Zingeving SoC (Antonovsky)</p> <p>Zingeving SoC (Antonovsky)</p> <p>Begrijpelijkheid SoC (Antonovsky)</p>
	In welke zin heeft CAM invloed op het overzien van uw klachten/ziekte?		Beheersbaarheid SoC (Antonovsky)
	In welke zin geeft CAM u houvast om beter te kunnen omgaan met uw klachten?		Beheersbaarheid SoC (Antonovsky)

Beperkingen CAM	Zijn er ook negatieve veranderingen sinds u gestart bent met de CAM-therapie?		
	Welke aspecten van de therapie waren moeilijk of lastig?	In hoeverre heeft u wat gemist aan de therapie?	
Werkzaamheid therapie	Hoe denkt u dat deze therapie werkt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zowel oorzaken binnen als buiten de therapie, reguliere therapie.</li> <li>- CAM/regulier of combinatie?</li> <li>- Kunt u een voorbeeld noemen van hoe de therapie eruitziet?</li> </ul>	
Advies	Wat zou uw advies zijn aan personen met vergelijkbare klachten?		
	Heeft u adviezen aan therapeuten?		

### Afsluitende tekst

- Korte samenvatting van besproken onderwerpen en belangrijkste punten.
- “Zijn er nog zaken waarvan u denkt dat die relevant zouden zijn voor ons onderzoek?”
- “Nadat alle interviews hebben plaatsgevonden zullen deze geanalyseerd en uitgewerkt worden in een onderzoek scriptie. Het gehele onderzoek geeft later nog een terugkoppeling.”

**Bijlage 5 – Codeboek***Tabel 5 - Codeboek*

<b>Thema</b>	<b>Code</b>	<b>Type</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Voorbeeld</b>
<b>Kenmerken participanten: Soort therapie</b>	Therapie – naam	Deductief	De naam van de CAM-therapie.	”Het eerste wat ik heb gevolgd is craniosacraaltherapie.”
<b>Thema 1: “Baat het niet dan schaadt het niet” – redenen voor het kiezen van CAM</b>	Therapie motivatie keuze	Deductief	De reden van de cliënt om voor de CAM-therapie te kiezen.	“Ik ga toch ook in het alternatieve zoeken, kijken of ik daar ook net even de extra ondersteuning kan geven aan het regulier opbouwen van werkzaamheden en activiteiten.”
	Motivatie	Inductief, deze code is uiteindelijk gemerged met ‘Therapie motivatie keuze’	Onder deze code valt zowel - de motivatie om een CAM-therapie te gaan volgen - de motivatie om deze CAM-therapeut te kiezen - de motivatie om specifiek deze CAM-therapie te volgen	“Ondanks de medicatie, bleef de bloeddruk dus aan de hoge kant. En als het gaat over bloeddruk, dan ja, dan moet je bij de huisarts zijn. Ja, en ik had er geen zin in om nog weer een pilletje erbij te nemen, dus ik denk ‘ik ga het in een andere hoek zoeken’, dus vandaar dat ik dit gedaan heb.”
<b>Thema 2: “Uitvoeren van dagelijks leven niet meer mogelijk” – klachten en belemmering</b>	Klachten – omschrijving	Deductief	Wanneer de cliënt een omschrijving geeft van zijn of haar klachten.	“Ik had specifiek dat mijn been op slot viel dat ik niet meer kon bewegen. Ik kon niet meer lopen, kon niet meer staan. Ik kon helemaal niks meer.”



	Verandering klachten – belangrijk voor cliënt	Deductief	De impact van de klachtenverandering op het dagelijks leven van de cliënt.	“Hoe dat voor mij voelt? Ja, nou, vreugde, ja heerlijk, je voelt je weer levendig.”
	Verandering klachten – opgemerkt door omgeving	Deductief	Wanneer de cliënt aangeeft dat de veranderingen in klachten zijn opgemerkt door de omgeving.	“Ja ja, volgens mijn man wel. Hij zegt, Ik ben veel minder moe, ja.”
	Verandering klachten – zelf opgemerkt	Deductief	Wanneer de cliënt aangeeft dat hij of zij de verandering in klachten zelf heeft opgemerkt.	“Ik zie wel fysieke effecten, omdat de bloeddruk ook wel gedaald is.”
	Belemmering dagelijks leven – voor CAM	Deductief	Hoe de klachten een belemmering in het dagelijks leven vormden voordat de cliënt startte met CAM.	“Ik kon eigenlijk niet leuke dingen met mijn kinderen doen. Ik kon mijn werk niet altijd volledig. Ik was altijd vermoeid en had pijn. Ja, mijn dagelijks leven kon gewoon niet meer.”
	Belemmering dagelijks leven – tijdens en na CAM	Deductief	Hoe de klachten een belemmering in het dagelijks leven vormden tijdens het volgen van CAM of na CAM.	“Prima, het gaat nu prima. Ik bedoel, ik kan alles doen wat ik wil doen.”
<b>Thema 3: “Twee werelden tegenover elkaar” – samenspel CAM en regulier</b>	Reguliere zorgverleners – welke zorgverleners	Deductief	Bij welke reguliere zorgverleners de cliënt onder behandeling is.	“Via de huisarts ben ik naar de dermatoloog geweest.”

	Samenwerking/afstemming reguliere zorg	Deductief	Hoe de cliënt de samenwerking/afstemming tussen reguliere zorgverleners en CAM-therapeuten ervaart	“Ja weet je, daar ben ik gewoon open in, wat maakt mij dat nou uit? Dat ben ik helemaal... Dat vind ik prima, dus de orthomoleculair geneeskundige weet dat ik vanuit dermatologie ook dit probeer als alternatief. En omgekeerd is dat ook zo.”
	Visie op CAM en regulier	Inductief	Wat was/is de visie van de cliënt op CAM en op reguliere gezondheidszorg	“Nou, ik ben er over het algemeen wel positief over, alhoewel ik heel sceptisch ben naar alternatieve geneeswijze.”
<b>Thema 4: “Moeilijk aanwijsbaar, maar duidelijk voelbaar” – voordelen van CAM</b>	Therapie – ervaring	Deductief	Hoe de cliënt de therapie en daarmee de invloed van CAM ervaart	“Ja. Het geeft een positief gevoel. En dat vind ik ook al heel belangrijk. Ik heb het gevoel dat er serieus door haar gekeken wordt naar wat er speelt. Ze informeert ook steeds van hoe de ontwikkelingen zijn.”
	CAM helpend – functioneren in dagelijks leven	Deductief	Wanneer de cliënt aangeeft dat CAM hem/haar heeft geholpen het functioneren in het dagelijks leven weer op te pakken	“En dat ik in het weekend ook gewoon nog even de deur uit kan. In plaats van dat ik een heel weekend moet bijtanken om ervoor te zorgen dat ik maandag weer kan werken.”

	CAM helpend – fysiek/withoudingsvermogen	Deductief	Wanneer de cliënt aangeeft dat CAM hem/haar heeft geholpen bij fysieke klachten/withoudingsvermogen	“Nou wat ik zelf heb ervaren, zeg maar wat het effect is, is dat... Ik ben echt minder moe.”
	CAM helpend – gezien/gehoord voelen	Deductief	Wanneer de cliënt aangeeft dat CAM hem/haar heeft geholpen bij zich gezien/gehoord voelen	“En ja, het luisterend oor, het begrip van haar. Ik denk dat dat me het meest heeft geholpen.”
	CAM helpend – welzijn	Deductief	Wanneer de cliënt aangeeft dat CAM hem/haar heeft geholpen bij het vergroten van het welzijn	“Nou ja, ik gaf dus wel aan dat bij mij hielp voor het algemene welbevinden.”
	SOC – begrijpelijkheid	Deductief	Hoe het gebruik van CAM de cliënt heeft geholpen bij het begrijpen wat hem/haar is overkomen of wat de ziekte precies inhoudt.	“Want zij vertelt het ook. Zij vertelt ook elk spiertje elk dingetje. Ze legt ook alles uit.”
	SOC – beheersbaarheid	Deductief	Hoe het gebruik van CAM de cliënt heeft geholpen bij het beheersen/overzien van de ziekte/klachten.	“En kijk ook vooral verder dan in de onmogelijkheden, maar in de mogelijkheden. Ik denk dat dat het belangrijkste is.”
	SOC – zingeving	Deductief	Wanneer de cliënt iets zegt over daginvulling/zingeving/zich nuttig voelen/meedraaien in de maatschappij.	“Ja voor mij is dus iets van zingeving en ervoor zorgen dat je voldoende rust kan hebben heel belangrijk gebleken.”

	Hoe werkt het volgens de cliënt	Deductief	Wat denkt de cliënt dat ervoor zorgt dat er verbeteringen in de klachten ontstaan?	“Dus nu heeft ze dan magnesium en nog iets voorgeschreven, berberine is het volgens mij... wat er dus voor zorgt dat de hersenen zeg maar, nou ja, dat je wat minder vermoeid en dat soort dingen raakt. En dat ja, dat lijkt te helpen.”
	Zelf gedaan aan klachten	Inductief	Wat geven de geïnterviewden aan dat zij hebben gedaan aan hun klachten. Naast bezoeken aan reguliere gezondheidszorg en CAM-therapie. Bijvoorbeeld voeding aanpassen, meer sporten o.i.d.	“Ja, Dat is Natuurlijk altijd lastig, hè? Dat zei ik al van ja, Misschien was het anders na een jaar ook over geweest. Maar ik heb wel het idee of in mijn beleving is het wel zo dat het wel versneld is en het ook wel een boost heeft gekregen door die therapie.”
<b>Thema 5: “Een dure prijs en alleen maar bezig met ziek zijn – nadelen van CAM</b>	Gemist in de therapie	Deductief	Wat de cliënt gemist heeft tijdens het volgen van de CAM-therapie	“Ja, misschien... Ik had verwacht dat ik wel snel zou afvallen of zo, maar ja, dat gebeurt niet en Dat is misschien ook een beetje een... Nee dat gebeurt nog niet.”
	Negatieve veranderingen na CAM	Deductief	Wat de cliënt aan negatieve gevolgen heeft ervaren van de CAM-therapie.	“Nou, ik vind het nadeel van veel therapie hebben, of veel zorgverleners

				om je heen, ook juist weer zo'n bevestiging van die patiëntrol.”
	Vergoedingen/geld	Inductief	Wat de cliënt zegt over de kosten	“Een kwart krijg je vergoed ongeveer.”
<b>Overige codes die niet direct in één van de vijf thema's passen</b>	Advies aan cliënten met vergelijkbare klachten	Deductief	Wat voor advies geeft de cliënt aan mensen met dezelfde soort klachten?	“Dus ik denk dat dat het advies zou zijn, en ik denk dat je dan vooral moet kijken naar 'wat past dan ook bij jou?'. Dit past bij mij, maar er zijn zoveel meer mogelijkheden in de complementaire zorg. Dit hoeft niet bij jou te passen. Er zijn ook andere dingen.”
	Advies aan therapeuten	Deductief	Wat voor advies geeft de cliënt aan CAM-therapeuten in het algemeen?	“Ja. Nou nee. Nee, Maar ik denk inderdaad bijvoorbeeld iets in een gezondheidscentrum ook integreren.”
	Therapie – omschrijving	Deductief	Wat doet de therapeut? Een omschrijving van hoe een consult eruitziet.	“Nou, wat ze nu heeft gedaan, is metingen, om te kijken van goh waar zitten blokkades? Waar zitten blokkades In het lichaam? En die metingen, die gaan dus inderdaad via magnetisme.”

## **Bijlage 6 – Intercodeerbetrouwbaarheidsverslag**

### **Consensusbespreking 1: Evalueren interviewschema en opstellen eerste versie codeboek**

*Datum: 16/10/2023. Aanwezig: A.M. Rozeboom en ik*

#### **Evaluatie interviewschema**

- Interviewschema vraagt goed uit wat we te weten willen komen
- Participanten vertellen vaak veel uit zichzelf, interviewschema is meer ondersteunend dan leidend tijdens de interviews
- Vraag toegevoegd over hoe een therapieessie eruitziet
- Vraag over samenhang tussen lichaam en geest niet letterlijk uitvragen. Wanneer de participant er zelf over begint, kan deze vraag als ‘probe’ worden gebruikt

### **Consensusbespreking 2: Evalueren codeboek op basis van de eerste drie onafhankelijk gecodeerde transcripten**

*Datum: 09/11/2023. Aanwezig: A.M. Rozeboom, V. Verhage en ik*

#### **Toevoegen codes**

- Vergoedingen/geld -> wat zeggen de geïnterviewden over de kosten die ze maken voor het volgen van hun CAM-therapie.
- Zelf gedaan aan klachten -> wat geven de geïnterviewden aan dat zij hebben gedaan aan hun klachten. Naast bezoeken aan reguliere gezondheidszorg en CAM-therapie. Bijvoorbeeld voeding aanpassen, meer sporten o.i.d.
- Motivatie – onder deze code valt zowel de motivatie om een CAM-therapie te gaan volgen als de motivatie om deze therapeut of deze therapie te volgen.
- Visie op CAM en regulier -> wat was/is de visie van de geïnterviewde op CAM en op reguliere gezondheidszorg

#### **Samenvoegen codes**

- De codes “hoe werkt het” en “omschrijving therapie” worden samengevoegd. Op de vraag “hoe denk je dat de therapie werkt” wordt altijd een omschrijving van een sessie gegeven (notitie Alina 9-11; ik heb nog even gekeken naar de quotes die onder deze twee codes vallen. We moeten ze denk ik toch niet samenvoegen. Dus ik heb ze laten staan.)

#### **Afspraken**

- Ilona voegt definities toe van SOC-begrippen volgens de omschrijving van Antonovsky
- Alina codeert voor 14/11 2 transcripten van de interviews die Ilona heeft gedaan

## Bijlage 7 – Conclusie nWMO-onderzoek METc UMC

**Universitair Medisch Centrum Groningen**

Hanzeplein 1 Postbus 30 001, 9700 RB Groningen

**Centrale ethische Toetsingscommissie  
nWMO plichtig onderzoek**

Telefoon 050-3613564  
Email: nwmoloket@umcg.nl

Aan:  
Mevr.dr. J.A. Landsman-Dijkstra  
Afdeling Gezondheidswetenschappen  
HPC: FA10

Kenmerk: 11367

Datum: 24/2/2023  
Onderwerp: Eendoordeel CTc UMCG  
Project titel: Invloed op welbevinden door en ervaringen met alternatieve geneeswijzen  
Research Registernummer: 11367

Geachte dr. Landsman-Dijkstra,

De Centrale ethische Toetsingscommissie niet WMO plichtig onderzoek van het Universitair Medisch Centrum Groningen (CTc UMCG) heeft op verzoek van de Raad van Bestuur van het UMCG het bovengenoemde onderzoek (zie 'Project titel') besproken en beoordeeld of het voldoet aan het nWMO Kaderreglement van het UMCG. Hierbij zijn tevens de vigerende wet- en regelgeving in acht genomen. Deze beoordeling vond plaats als onderdeel van het door de Raad van Bestuur ingestelde nWMO-stelsel.

Op 22 februari 2023, is de commissie tot een positief oordeel gekomen, op grond van de tot deze datum ingediende documenten waaronder, indien van toepassing, de schriftelijke reactie door de indiener op vragen van de commissie.

Met deze beoordelingsbrief is het onderdeel 'ethische toetsing' van uw studie positief afgerond. De CTc wil u erop wijzen dat u mogelijk nog andere vormen van toestemming nodig hebt, voordat u met uw studie kunt beginnen (bv toestemming namens uw afdeling, getekende contracten, etc.). Wees erop attent dat andere wet- en regelgeving, zoals voor medische hulpmiddelen van toepassing kan zijn op uw research. Neem contact op met de researchcoördinator van uw afdeling als u hier vragen over heeft.

Voor de goede orde laat de CTc UMCG u weten dat deze toestemming voor het uitvoeren van uw onderzoek alleen geldt voor zover het in het UMCG wordt uitgevoerd. Als het onderzoek ook zal worden uitgevoerd in andere centra, doet u er goed aan per centrum na te gaan of er aldaar een lokale toetsingsprocedure is.

Elke wijziging van het momenteel goedgekeurde onderzoek moet ter beoordeling worden voorgelegd aan de CTc UMCG.

Tot slot wijst de CTc UMCG u erop dat de hoofdaanvrager verantwoordelijk blijft om te voldoen aan de vigerende wet- en regelgeving, de UMCG regelgeving en voor de kwaliteit van het onderzoek.

Voor eventuele vragen met betrekking tot de beoordeling door de CTc kunt u terecht bij het niet-WMO Loket, waarvan u het telefoonnummer en het e-mail adres bovenaan de brief aantreft.

De CTc UMCG wenst u veel succes toe met uw onderzoek.

*De commissie gaat er vanuit dat u rekening houdt met de Corona-richtlijnen zoals die gelden ten tijde van uitvoering van uw onderzoek.*

Met vriendelijke groet,  
namens de CTc UMCG,

Prof. dr. D. de Zeeuw  
Voorzitter



M.T. Dreves  
Ambtelijk secretaris





## Bijlage 8 – Informed consent

### **Informatie voor deelname aan het onderzoek (interview):**

#### *Invloed op welbevinden door en ervaringen met alternatieve geneeswijzen*

Wij vragen u om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek. Meedoen is vrijwillig. Om mee te doen is wel uw toestemming nodig. U ontvangt deze brief omdat u toestemming heeft gegeven aan ons om u te benaderen voor het afnemen van een interview.

Voordat u beslist of u wilt meedoen aan dit onderzoek, krijgt u in deze brief uitleg over wat het onderzoek inhoudt. Lees de informatie rustig door en vraag de onderzoeker uitleg als u vragen heeft. De contactgegevens van de onderzoeker staan vermeld aan het einde van deze informatiebrief. Jeanet Landsman werkzaam voor het Universitair Medisch Centrum Groningen is projectleider van dit onderzoek. Jeanet en haar team doen onderzoek naar ervaringen met complementaire en alternatieve geneeswijzen. De centrale ethische toetsingscommissie van het UMCG heeft het onderzoek beoordeeld op het voldoen aan de huidige wetgeving in Nederland en aanvullende regelgeving van het UMCG.

#### **1. Het doel van het onderzoek**

Het doel van dit onderzoek is meer inzicht krijgen in de ervaringen van mensen die complementaire en alternatieve geneeswijzen (CAM) ontvangen van therapeuten aangesloten bij de VBAG. Voor CAM is nog weinig wetenschappelijk bewijs dat het werkt zoals bedoeld. De VBAG wil daarom onderzoek laten doen naar de ervaringen van cliënten met deze therapieën, de mogelijke invloed op het welbevinden en naar eerste aanwijzingen voor werkzame elementen.

De VBAG is een beroepsvereniging voor zelfstandige, professionele beroepsbeoefenaars van CAM, door hen 'natuurlijke geneeswijzen' genoemd. Met deze informatie kan beter worden aangesloten op de doelgroep waarmee de kwaliteit van CAM verbeterd wordt. En met dit onderzoek krijgen we een eerste inzicht in de ervaren toegevoegde waarde van CAM voor het welbevinden van cliënten met gezondheidsproblemen.

Om dit doel te bereiken, vragen we cliënten van CAM-therapeuten naar hun ervaringen via vragenlijsten, ingevuld door minimaal 60 mensen, 2 maanden voor en 2 en 6 maanden na de start van de therapie en 12-15 interviews. We hebben zoveel mogelijk verschillende ervaringen nodig met verschillende typen CAM. Ook spreken we in een groepsinterview met 8-12 verschillende type therapeuten over hun visie op de werkzame elementen van CAM.

#### **2. Wat houdt mee doen in?**

In dit onderzoek willen we uw interviewen over uw ervaringen met complementaire en of alternatieve geneeswijzen. U wordt uitgenodigd voor dit interview omdat u hiervoor toestemming hebt gegeven in de vragenlijst. Het gaat in het gesprek om uw eigen ervaringen, er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gesprek zal ongeveer een uur duren en wordt opgenomen met een audioapparaatje. Op deze wijze kunnen de onderzoekers de inbreng later letterlijk uitschrijven. De uitgeschreven interviews worden vervolgens anoniem geanalyseerd.

#### **3. Mogelijke voor- en nadelen**

Met uw deelname draagt u bij aan de ontwikkeling van inzichten en kennis op het gebied van complementaire en alternatieve geneeswijzen. Nadelen kunnen zijn dat deelname u tijd en energie kost.

#### **4. Wat gebeurt er als u niet (meer) meer wilt doen?**

U beslist zelf of deelneemt aan dit onderzoek. De keuze voor wel of geen deelname heeft geen enkele invloed op uw behandeling(en) door uw zorgverlener(s). U kunt later van gedachte veranderen en uw deelname beëindigen. Als u besluit niet meer mee te doen aan dit onderzoek, hoeft u dit niet uit te leggen, en heeft dit voor u verder geen gevolgen. Wel moet u dit direct melden aan de onderzoeker, zodat u niet onnodig benaderd wordt. De gegevens die tot dat moment zijn verzameld, worden gebruikt voor het onderzoek.

#### **5. Gebruik en bewaren van uw gegevens**

Voor dit onderzoek worden de gesprekken van het interview met audioapparatuur vastgelegd. De gesproken tekst wordt uitgeschreven en de audio opnames vernietigd. Voor het verwerken en analyseren hiervan hebben we enkele gegevens van u nodig. Bij de rapportage van de uitkomsten van de interviews laten we namen weg. De gegevens worden gecodeerd. Alle gegevens worden uiterst zorgvuldig en vertrouwelijk behandeld. De onderzoeksgegevens zijn bij rapportage niet te herleiden naar u. En uw therapeut heeft geen inzage in uw gegevens.

Na afloop van het onderzoek worden de verzamelde gegevens 15 jaar bewaard (landelijke richtlijn). Daarna worden ze vernietigd. De onderzoeksgegevens kunnen eventueel worden gecontroleerd door toezichthoudende instanties. Degene die deze controles uitvoeren hebben een geheimhoudingsplicht.

#### **6. Heeft u vragen?**

Bij vragen kunt u contact opnemen met dr. A.S. (Andrea) Fokkens of dr. J.A. (Jeanet) Landsman via het email adres: [vbag@umcg.nl](mailto:vbag@umcg.nl).

#### **Contactgegevens**

Jeanet Landsman

Projectleider / senior onderzoeker, unit Toegepast GezondheidsOnderzoek, UMCG,  
[j.a.landsman@umcg.nl](mailto:j.a.landsman@umcg.nl), 050-3616638

Andrea Fokkens, senior onderzoeker, unit Toegepast GezondheidsOnderzoek, UMCG,  
[a.s.fokkens@umcg.nl](mailto:a.s.fokkens@umcg.nl), 050-3616640.

### **Toestemmingsformulier**

Ik heb de informatiebrief gelezen. Ook kon ik vragen stellen. Mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe. - Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens op de manier en voor de doelen die in de informatiebrief staan.

#### **Ik weet dat:**

- Het interview opgenomen wordt met een audio apparaat.
- uitgetypte interviews worden voorzien van een deelnemersnummer in plaats van mijn naam om mijn privacy te beschermen en dat deze los bewaard worden van mijn contactgegevens.
- de onderzoekers mijn contactgegevens vragen en beveiligd bewaren tot het eind van dit onderzoek.
- de onderzoekers de resultaten van het onderzoek 15 jaar zullen bewaren.
- de onderzoekers dit onderzoek beschrijven in de onderzoeks-database van het UMCG. Hierin kunnen andere onderzoekers bekijken wat voor onderzoek gedaan is. Als zij interesse hebben, kunnen zij resultaten van het onderzoek opvragen. Zij krijgen nooit mijn herleidbare, persoonlijke gegevens.

Geef hieronder aan voor welke onderdelen u toestemming geeft:

- Ik stem toe met deelname aan het onderzoek wat betreft het interview.**
- Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken voor vervolg onderzoek.**
- Ik geef toestemming om mij na dit onderzoek opnieuw te benaderen voor eventueel vervolgonderzoek.**

**Uw handtekening:**

**Datum:**

## **Bijlage 9 – Terugblik op het interviewen**

Tijdens het interviewen zijn er veel interessante en boeiende gesprekken gevoerd. Er hing tijdens het interviewen een open sfeer en de participanten hebben veel uit zichzelf verteld. Ik merkte tijdens het interviewen dat de participanten graag hun verhaal wilden doen en dat ze heel open over hun ervaringen hebben gesproken.

Omdat er tijdens de eerste kernvragen gelijk al veel door de participanten werd verteld, heb ik geprobeerd in te haken op wat de participanten zeiden en er op die manier een lopend gesprek van te maken. Dit maakte ook dat de volgorde van de interviewvragen eigenlijk nooit precies is aangehouden. Door middel van non-verbale communicatie probeerde ik de participanten op hun gemak te stellen. Door middel van te knikken of ‘hm-hm’ heb ik laten zien dat ik goed naar de participant luisterde. Dit zorgde er ook voor dat ik de participant niet hoefde te onderbreken in zijn verhaal. De participanten hebben veel persoonlijke en ook emotioneel zware verhalen en ervaringen met mij gedeeld, waardoor ik het idee had dat de participanten zich op hun gemak voelden tijdens het interview.

De interviews vonden allemaal plaats via Microsoft Teams. Tijdens één interview was de verbinding iets minder goed, maar bij de rest was de verbinding goed in orde. Hierdoor is het communiceren over het algemeen goed gegaan. Het kortste interview duurde 34 minuten en het langste interview duurde één uur en 14 minuten. Het gemiddelde van alle interviews betreft 52 minuten.