



ONDER DE PLAK BIJ DE LOGOPEDIST

K-taping bij patiënten met een functionele hypertone dysfonie



Naam: Charlotte Schreurs

Studentnummer: -

Opdrachtgevers: HagaZiekenhuis Den Haag & Logopediepraktijk J. van Es

Docentbegeleider: -

Opleiding: Logopedie

Onderwijsinstelling: Hogeschool Rotterdam,

Instituut voor Gezondheidszorg

Studiejaar: 2016/2017

Kwartaal: Kwartaal 4

Inleverdatum: 22 mei 2017

PERSONALIA

Gegevens onderzoeker

Naam	Charlotte Schreurs
Studentnummer	-
Klas	LOG4B
Cursus	LOGAPT02P4
Adres	-
Postcode en woonplaats	-
Emailadres	-
Telefoonnummer	-

Gegevens school

Onderwijsinstelling	Hogeschool Rotterdam
Locatie	Rochussenstraat
Adres	Rochussenstraat 198
Postcode en plaats	3015 EK Rotterdam
Opleiding	Logopedie, voltijd
Docentbegeleider	-

Gegevens opdrachtgever 1

Instelling	HagaZiekenhuis
Adres	Els-Borst-Eilersplein 275
Postcode en plaats	2545 AA, Den Haag
Telefoonnummer	(070) 210 2602
Opdrachtgever	-
Emailadres	-

Gegevens opdrachtgever 2

Instelling	Logopediepraktijk J. van Es
Adres	Albert Schweitzerplaats 25
Postcode en plaats	3318 AT, Dordrecht
Telefoonnummer	(078) 616 2730
Opdrachtgever	-
Emailadres	-

VOORWOORD

Een week voor de inleverdatum van deze bachelorscriptie ontving ik onderstaande quote van mijn stagebegeleidster en een van de opdrachtgevers van dit onderzoek.

"Als alles altijd leuk was, plezierig, prima, fijn. Zou je niet meer genieten van warm na koud, licht na donker, van de zonneschijn".

Niet alles is altijd leuk, er zijn genoeg momenten geweest waarop ik het even niet meer zag zitten en dacht dat dit onderzoek nooit tot een goed resultaat zou komen. Maar, zoals de quote beschrijft, zonder baalmomenten kun je niet genieten van het eindresultaat. Verschillende mensen hebben mij gesteund bij het proces, wat zorgde voor mijn 'warm na koud'. Allereerst wil ik de deelnemende logopedisten bedanken voor hun medewerking. Zonder jullie had ik dit onderzoek nooit uit kunnen voeren. Bedankt opdrachtgevers en stagebegeleiders voor jullie flexibiliteit en raadgeving afgelopen periode. Ik wil mijn docentbegeleider bedanken voor de sturing, opbouwende feedback en verhelderende afspraken. Dankjewel Karen de Gans, mama, voor jouw taalkundige aanvullingen en correcties. Tot slot wil ik iedereen uit mijn persoonlijke kring bedanken die mijn lichtpuntjes waren.

Charlotte Schreurs

Hellevoetsluis, mei 2017

SAMENVATTING

Binnen de logopedie wordt sinds enkele jaren gebruik gemaakt van de methode 'K-taping' bij behandeling van patiënten met functionele hypertone dysfonie. Bij deze stemstoornis is er sprake van een verhoogde musculoskeletale spanning in de larynxspieren. K-taping is onder andere ontwikkeld om de spiertonus te reguleren en de spierfunctie te verbeteren (Beckers, Laarhoven & Van Alphen, 2007). Naar de effectiviteit van K-taping binnen de fysiotherapie zijn diverse onderzoeken gedaan, maar de uitkomsten zijn niet te generaliseren naar patiënten met een functionele hypertone dysfonie, omdat K-tape op ieder afzonderlijk lichaamsdeel onderzocht moet worden (Youngsook Bae, 2014). Daarnaast is er tot op heden geen inzicht in de ervaringen van logopedisten die K-taping toepassen met betrekking tot de werkbaarheid van de methode. De doelstelling van dit onderzoek is inzicht krijgen in de ervaringen van logopedisten met betrekking tot de werkbaarheid en effectiviteit van K-taping bij patiënten met een functionele hypertone dysfonie. Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *'Wat zijn de ervaringen van logopedisten, die de cursus 'Kinesio Taping voor de Logopedische Praktijk' hebben gevolgd, met betrekking tot de werkbaarheid en effectiviteit van K-taping (ook wel taping of Medical Taping Concept genoemd) binnen een stembehandeling van patiënten met een functionele hypertone dysfonie?'*

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag, is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. Er zijn 10 logopedisten die de cursus 'Kinesio Taping voor de Logopedische Praktijk' gevolgd hebben op semigestructureerde wijze geïnterviewd. Uit de antwoorden van de interviews bleek dat K-taping door alle logopedisten ervaren wordt als werkbaar en effectief, wanneer het ingezet wordt als aanvulling op andere behandelmethoden. Er vindt volgens hen direct bewustwording van spanning plaats en pijn en/of spanningsklachten kunnen verminderen. Het is daarentegen volgens de meeste logopedisten onduidelijk in hoeverre K-taping invloed heeft op de stemkwaliteit. Patiënten reageren wisselend op K-taping. Na introductie van de methode is er soms enige scepsis, maar de reacties zijn overwegend positief wanneer de tape aangebracht is. Op basis van de conclusie wordt logopedisten aanbevolen ervaring te hebben met het behandelen van stempatiënten en kennis te hebben van de hoofd-/halsmusculatuur. Daarnaast is het van belang altijd het doel en de werkwijze op het niveau van de patiënt uit te leggen. Tevens wordt geadviseerd de behandeling binnen één of twee dagen terug te koppelen middels een sms, email of WhatsApp-bericht en bij iedere behandeling een VAS te gebruiken. Tot slot is het advies om in gesprek te blijven met collega's om ervaringen uit te wisselen over de werkbaarheid en effectiviteit van K-taping en kritisch te kijken naar het eigen logopedisch handelen.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1 Inleiding	6
1.1 Hoofd- en deelvragen	9
2 Methode	10
2.1 Deelnemers	10
2.2 Dataverzameling	10
2.3 Data-analyse	10
2.4 Ethische aspecten	11
3 Resultaten	12
3.1 Werkbaarheid	12
3.2 Effectiviteit	14
4 Discussie	17
4.1 Beschouwing proces	17
4.2 Beschouwing resultaten	17
5 Conclusie	19
6 Aanbevelingen	20
6.1 Vervolgonderzoek	20
6.2 Logopedisten	20
7 Literatuurlijst	21
8 Bijlagen	23
Bijlage 1 – Overzicht deelnemers	23
Bijlage 2 – Topiclijst	24
Bijlage 3 – Interviewprotocol	25
Bijlage 4 – Toestemmingsformulier	28
Bijlage 5 – Codebomen	29

1 INLEIDING

Binnen de logopedische stembehandelingen wordt er continu gestreefd naar het op peil houden van de kwaliteit van de zorg (NVLF, 2003). Om dit te bereiken is het van belang dat de logopedist nieuwe kansen en mogelijkheden voor programma's voor zorg, training en behandeling signaleert en dit eventueel toepast binnen de behandeling (NVLF, 2003). Op het gebied van stem worden er zowel oefentherapeutische methoden gebruikt om patiënten van hun klachten af te helpen (waaronder Coblenzer, buisresonansmethode en resonans), als interventiemethoden zoals manuele facilitatie (Aviles, 2015). In de afgelopen jaren is er een nieuwe interventiemethode toegevoegd aan het palet van behandelmethoden van de logopedist, namelijk 'K-taping' (ook wel taping of Medical Taping Concept genoemd).

K-taping is in 1973 ontwikkeld door een Kinesioloog en chiropractor, Kenzo Kase. Hij introduceerde K-taping rond 2000 in Europa, waar het snel onderdeel werd binnen behandelingen van professionals uit diverse beroepsgroepen (Sijmonsma, 2016). Tegenwoordig wordt K-taping ook in Nederland gebruikt, voornamelijk door sporttherapeuten en fysiotherapeuten in de klinische praktijk (Bassett, Lingman & Ellis, 2010). In de afgelopen twaalf jaar heeft de methode zich verder ontwikkeld en is het in meer dan 40 landen vertegenwoordigd, waaronder in Duitsland, Frankrijk, Oostenrijk, Australië, Canada, Amerika, Argentinië, Venezuela en Mexico. In deze landen is de 'K-Taping® Academy' opgericht, waar in samenwerking met therapeuten en klinieken behandelconcepten en toepassingstechnieken ontwikkeld worden en cursussen worden gegeven (Kumbrink, 2013). Uit deze internationale samenwerkingsverbanden van de 'K-Taping® Academy' ontstond ook het idee om K-taping toe te passen binnen de logopedie en de ontwikkeling van gerichte logopedische tapecursussen op gang te brengen (Kumbrink, 2013). In 2015 richtte een logopedist in samenwerking met een fysiotherapeut de cursus 'Kinesio Taping voor de Logopedische Praktijk' op. K-taping wordt binnen deze cursus ingezet om hypertonie in de larynxmusculatuur te verminderen (Stallinga & de Graaf, 2016). De logopedist binnen Logopediepraktijk J. van Es, heeft de cursus 'Kinesio Taping in de Logopedische praktijk' in september 2016 gevolgd en past K-taping sindsdien toe binnen haar stembehandelingen op de poli KNO van het Albert Schweitzerziekenhuis bij patiënten met een functionele hypertone dysfonie. Zij ervaart wisselende resultaten met betrekking tot de effecten van K-taping. Er zijn patiënten waarbij positief effect merkbaar is; de hypertonie in de larynxspieren vermindert, wat ervoor zorgt dat patiënten meer ontspannen kunnen spreken. Ook zijn er patiënten die totaal geen effect van de K-tape ervaren. Zij wil weten waar dit aan zou kunnen liggen en ze is benieuwd naar de bevindingen van andere logopedisten. De logopedist uit het HagaZiekenhuis heeft de cursus niet gevolgd. Zij wil weten in hoeverre K-taping effect heeft op de behandeling van patiënten met een functionele hypertone dysfonie, welke ervaringen logopedisten hebben met K-taping en of dit een werkbare methode is.

Spieren vervullen een belangrijke rol binnen ons lichaam. Samen met onder andere de botten en de huid geven spieren ons lichaam vorm. Spieren zijn door middel van pezen aan beweegbare botten verbonden (Hoogland, 2016). De spieren kunnen aanspannen en ontspannen, wat ervoor zorgt dat het lichaam zich kan voortbewegen. Ze reguleren daarnaast de bloedsomloop, lymfecirculatie (wat bijdraagt aan het schoonmaken van het lichaam) en lichaamstemperatuur (Beckers, Laarhoven & Van Alphen, 2007). Spieren die niet optimaal functioneren kunnen uiteenlopende klachten veroorzaken. Bij patiënten met hypertonie (te veel spanning) in de larynxspieren kan dit zich bijvoorbeeld uiten in stem-, keel- en/of globusklachten (Lowell, Kelley, Colton, Smith & Portnoy, 2012). De methode K-taping is ontwikkeld om de bloed- en lymfecirculatie te herstellen waardoor pijn gedempt wordt, de spiertonus te reguleren om de spierfunctie te verbeteren en om gewrichten te ondersteunen (Beckers, Laarhoven & Van Alphen, 2007). Disfuncties in musculatuur veroorzaken een gebrek aan balans tussen het samentrekken (agonist) en loslaten (antagonist) van de spier. Het doel van de tapingtechniek is de oorspronkelijke spierfunctie, de belastbaarheid en het bewegingsverloop te herstellen (Kumbink, 2013). Door de

larynxspieren te behandelen met K-taping, zou er meer ontspanning in de spieren kunnen optreden waardoor er een minder pijnlijk gevoel kan worden ervaren. Het resultaat hiervan kan zijn dat er makkelijker gesproken kan worden.

De spiertonus zou door K-taping op verschillende manieren beïnvloed kunnen worden. Het zou de spier kunnen ontspannen (detoniseren), of stimuleren (toniseren) (Kumbrink, 2013). Om de verwachte werking van de tape goed te kunnen begrijpen is het belangrijk te weten dat spieren omvat zijn door fascia (bindweefsels). Fascies vormen net als bloedvaten en zenuwen een ononderbroken geheel in het menselijk lichaam en zorgen onder andere voor krachtoverdracht naar omliggende structuren, waaronder spieren (Spierinzicht, 2013). Bij het plakken van de tape is het belangrijk de anatomische structuur van de spier te volgen van origo (oorsprong) naar insertie (aanhechting) of andersom. Hierdoor ontstaat op de omliggende fascia van de spier een lichte trekkracht. Dit zorgt voor een prikkeling van de in de fascia gelegen receptoren (De Graaf, 2016). Deze receptoren informeren de hersenen over beweging en aanraking. Om een spier te toniseren, wordt de basis van de tape aangebracht bij de origo van de spier en vervolgens vastgeplakt bij de insertie (Kumbrink, 2013). De tape heeft een voorspanning van 10% waardoor de tapevezels richting de origo trekken. Deze trekkracht zorgt ervoor dat de huid en de fascia verschuiven richting de origo van de spier. Dit veroorzaakt rekpijkkels in de fascia en deze worden doorgegeven aan de spier. De spier merkt dat er rek op de fascia staat waardoor hij zal proberen terug te keren naar een ruststand (Rikkert & Bakker, 2007). Wanneer de spier teruggebracht wordt in de normale, ontspannen positie, ontstaat er rek in de richting van de origo, waardoor de spier samentrekt en activeert (Kumbrink, 2013). Om een spier te detoniseren wordt de tape aangebracht bij de insertie en bij de origo aangebracht. Wanneer de tape met 10% voorspanning aangebracht wordt op spier, trekken de tapevezels richting de insertie (Rikkert & Bakker, 2007). Aangezien de origo een vast punt is kan deze niet meebewegen met de tape (Kumbrink, 2013). Daardoor wordt de afstand tussen de insertie en origo vergroot en krijgt de spier via de fascia de verlengende rekpijkkel. Deze rek zorgt ervoor dat de spiertonus ontspant, de pijn afneemt en de belastbaarheid verbetert (Kumbrink, 2013). Een normale, ontspannen spiertonus is nodig voor een economische stemgeving (De Bodt, Mertens & Heylen, 2008).

De tape bestaat uit een zachte katoenen strip met een acryl lijmlaag, waarmee de tape op de huid blijft plakken. De eigenschappen van de menselijke huid worden als het ware nagebootst, doordat de dikte, rekbaarheid en het gewicht van de tape overeenkomen met die van de huid (Bassett et al., 2010). De tape is verkrijgbaar in verschillende kleuren. Er wordt het meest gebruik gemaakt van roze, blauw, beige en zwart (Beckers, Laarhoven & Van Alphen, 2007). Alle tapes hebben dezelfde eigenschappen, maar op basis van kleurentheorie kan hier onderscheid tussen worden gemaakt. Roze zou een meer activerend en stimulerend effect hebben, blauw meer rustgevend en beige en zwart neutraal (Kumbrink, 2013). De kleurentheorie moet niet op de voorgrond staan in de behandeling, in eerste plaats moet er een correcte tapingtechniek worden toegepast (Kumbrink, 2013).

Naar de effectiviteit van K-taping binnen fysiotherapie zijn diverse onderzoeken gedaan, maar de uitkomsten blijven omstreden. Morris, Jones, Ryan en Ryan (2013) onderzochten K-taping bij aandoeningen aan het bewegingsapparaat, waaronder schouderbepervingen, nekpijn, chronische lage rugpijn en plantar fascitis (ontsteking van de voetzool). Zij concludeerden dat er momenteel onvoldoende bewijs is om het gebruik van K-taping te ondersteunen ten opzichte van andere modaliteiten in de klinische praktijk. Meer hoogwaardig onderzoek met lange-termijn resultaten is vereist.

Zoals eerder genoemd, wordt binnen de logopedie sinds enkele jaren gebruik gemaakt van K-taping bij behandeling van patiënten met functionele hypertone dysfonie. Een functionele hypertone dysfonie (wat voor de leesbaarheid afgekort zal worden als 'FHD') is een stemstoornis waarbij er een verhoogde musculoskeletale spanning is in de larynxspieren (De Bodt, Heylen, Mertens, Vanderwegen & Van de Heyning, 2008). Dit kan voortkomen uit verkeerd stemgebruik en/of stemmisbruik, omgevingsfactoren, psycho-emotionele stress, aanleg of als gevolg van gewoontevorming (De Bodt et al., 2008). Om stem te kunnen geven moet er balans zijn tussen dosering van spierspanning in het lijf en het laryngeale gebied. Te veel of te weinig spanning levert bijna altijd een verandering van stemgeluid op. Te veel spanning resulteert aanvankelijk in een schelle en/of luide stemgeving (Kooijman, 2006). Bij langdurig voorkomen van hypertonie kan er een knijpende reactie in de larynx ontstaan, waardoor de luchtstroom die verantwoordelijk is voor het vibreren van de stemplooien verstoord raakt en de stemplooien niet optimaal kunnen trillen (Schutte, 2006). Dit kan een onvolledige stemplooisluiting veroorzaken met heesheid tot gevolg (Kooijman, 2006). Patiënten met een FHD hebben vaak klachten als pijn, spanning en stemvermoeidheid (De Bodt., et al). Zoals eerder genoemd wijst onderzoek naar behandeling van patiënten met een FHD uit dat er gebruik gemaakt kan worden van verschillende methoden, zowel oefentherapeutische- als interventiemethoden (Aviles, 2015). K-taping wordt over het algemeen beschouwd als een interventie-methode die dezelfde effecten zou kunnen bieden als manuele therapie, omdat K-taping zich richt op het verbeteren van de spierfunctie door tonusregulatie (Youngsook Bae, 2014). Het oprekken en ontspannen van lokale spieren heeft alleen weinig zin als die ontspanning niet kan worden vastgehouden (De Bodt et al., 2008).

Youngsook Bae (2014) onderzocht het effect van K-taping op myofasciale triggerpoints van de m. sternocleidomastoideus, die hulpademhalingsspiet die zorgt voor lateroflexie en rotatie van het hoofd en het eleveren van het borstbeen. 42 mannen en vrouwen van 20 tot 30 jaar werden onderzocht en willekeurig verdeeld over een controlegroep (waarbij geen K-taping werd toegepast) en experimentele groep waarbij K-taping gedurende twee weken drie keer toegepast werd op de m. sternocleidomastoideus. Er werd een significant verschil getoond in de scores tussen beide groepen. De experimentele groep ervoer aanzienlijk minder pijn en de bewegelijkheid van het temporomandibulair gewricht nam toe. Yoon Heo en Mi Kim (2015) wilden de effecten van K-taping op de bewegelijkheid van het hyoid en de epiglottis bij CVA-patiënten met slikproblemen onderzoeken en identificeren. K-taping werd bij de experimentele groep toegepast op de extrinsieke laryngeale spieren (m. digastricus posterior en anterior, m. mylohyoideus, m. geniohyoideus, m. sternocleidomastoideus en m. trapezius descendens). Bij de controlegroep werd geen K-taping toegepast. De experimentele groep liet significant verbeteringen zien in de verticale beweging van het hyoid en epiglottale rotatie. Dit wil niet zeggen dat K-taping ook positieve invloed heeft op de larynxspieren bij patiënten met een FHD, omdat het onderzoek van Yoon Heo en Mi Kim (2015) gericht is op de activatie en tonisatie van de larynxspieren. Bij een FHD is het belangrijk dat de spieren gedetoneerd worden. De onderzoekers plaatsen daarnaast een kanttekening dat er in de toekomst meer onderzoek gedaan moet worden naar verschillende patronen van spierbewegingen en verschillende lichaamsdelen om daadwerkelijk voldoende bewijs te verzamelen. Bassett et al. (2010), Morris et al. (2013) en Youngsook Bae (2014) bevestigen dit en geven aan dat het effect van K-tape op ieder afzonderlijk lichaamsdeel onderzocht moet worden. De uitkomsten van deze onderzoeken zijn daarom niet te generaliseren naar effecten van K-taping bij patiënten met een FHD. Daarnaast is er tot op heden geen inzicht in de ervaringen van logopedisten die K-taping toepassen met betrekking tot de werkbaarheid van de methode. De doelstelling van dit onderzoek is inzicht krijgen in de ervaringen van logopedisten met betrekking tot de werkbaarheid en effectiviteit van K-taping bij patiënten met een FHD, opdat K-taping zo goed mogelijk ingezet kan worden binnen een logopedische stembehandeling. Deze uitkomsten geven inzicht in de bijdrage van K-taping aan het (sneller en gemakkelijker) verminderen van pijn-, spannings- en stemvermoeidheidsklachten van de patiënt.

1.1 HOOFD- EN DEELVRAGEN

Om inzicht te krijgen in de ervaringen van logopedisten is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

‘Wat zijn de ervaringen van logopedisten, die de cursus ‘Kinesio Taping voor de Logopedische Praktijk’ hebben gevolgd, met betrekking tot de werkbaarheid en effectiviteit van K-taping (ook wel taping of Medical Taping Concept genoemd) binnen een stembehandeling van patiënten met een functionele hypertone dysfonie?’

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Hoe zetten logopedisten K-taping in binnen het behandeltraject van patiënten met een functionele hypertone dysfonie?
2. Welke factoren zijn volgens logopedisten van invloed op de resultaten van de behandeling volgens K-taping?
3. Hoe beschrijven logopedisten de reacties van patiënten op de behandeling volgens K-taping?
4. Hoe draagt K-taping volgens logopedisten bij aan het behalen van behandeldoelen?

2 METHODE

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. Kwalitatief onderzoek is gericht op ervaringen, meningen, verwachtingen en de beleving van personen (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn & Rosendal, 2015).

2.1 DEELNEMERS

Binnen dit onderzoek zijn 10 logopedisten geïnterviewd. Deze 10 logopedisten hebben de cursus 'Kinesio Taping voor de Logopedische Praktijk' gevolgd en passen K-taping toe bij patiënten met een FHD binnen hun stembehandelingen (zie tabel 1). Alle logopedisten hebben voorafgaand aan het onderzoek individueel het toestemmingsformulier getekend, waarin zij verklaarden 'informed consent' te zijn (bijlage 4).

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
1. Logopedisten die de cursus 'Kinesio Taping voor de Logopedische Praktijk' hebben gevolgd. 2. Logopedisten hebben K-taping afgelopen jaar (minimaal 1x) toegepast binnen de logopedische behandeling van stempatiënten met een functionele hypertone dysfonie.	1. Logopedisten zonder ervaring met het behandelen met K-taping. 2. Logopedisten die K-taping toepassen bij een andere doelgroep/hulpvraag (bijv. facialis parese, dysfagie, kwijlen) en niet bij stemproblemen.

Tabel 1 – Inclusie- en exclusiecriteria

2.2 DATAVERZAMELING

Voorafgaand aan het praktijkonderzoek heeft er een literatuurstudie plaatsgevonden. Er is in kaart gebracht welke evidence bestond over K-taping bij patiënten met een FHD. In de inleiding van dit eindverslag staan de uitkomsten van het literatuuronderzoek beschreven.

Er werden 10 interviews afgenomen met logopedisten. De deelnemers zijn benaderd via het professionele netwerk van opdrachtgevers. Deze interviews duurden 15 tot 25 minuten en vonden plaats in de omgeving van de deelnemers, zodat zij zo min mogelijk inspanning hoefden te leveren om deel te nemen aan het onderzoek (Baarda et al, 2013). Voorafgaand aan het interview zijn de kaders, eisen en het doel van het onderzoek doorgesproken. Om ondanks de structuur in het interview aanvullende vragen te kunnen stellen en dieper op een antwoord in te kunnen gaan, is gekozen voor een semigestructureerde wijze van interviewen (Verhoef et al., 2015). De interviews waren opgebouwd aan de hand van een topiclijst (zie bijlage 2), die voortgekomen is uit de literatuurstudie. Een belangrijk uitgangspunt bij het opstellen van topics, waren de onderzoeks- en deelvragen. Per topic zijn vragen gesteld, die beschreven staan in het interviewprotocol (bijlage 3). De interviews zijn opgenomen met audioapparatuur.

2.3 DATA-ANALYSE

De interviews zijn letterlijk uitgeschreven in het programma 'Word', inclusief aarzelingen en stopwoordjes. Dit geeft informatie over de vlotheid of stelligheid waarmee iemand iets beweert (Baarda et al., 2013). De data is inhoudelijk geordend door op zoek te gaan naar relevante informatie aan de hand van de topiclijst en de daarbij behorende vragen. Aangezien voorafgaand aan het onderzoek weinig bekend was over het onderwerp, is gekozen voor een inductieve strategie van analyseren in drie fasen. De eerste fase is de exploratiefase (Boeije, 2005). De interviews zijn breed verkend middels de techniek van het segmenteren en open coderen (in vivo). In de tweede fase, de specialisatiefase, zijn de open codes samengevoegd tot meer samengevatte (axiale) codes (Baarda et al., 2013). De reductiefase omvatte selectief coderen, waarbij codes geordend zijn en relaties zijn gelegd

tussen verschillende codes. Om samenhang tussen de codes weer te geven is een codeboom gemaakt (bijlage 5) (Boeije, 2005). Tot slot zijn de bevindingen uit het analyseproces beschreven aan de hand van de topics.

2.4 ETHISCHE ASPECTEN

Op basis van de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) dienen onderzoekers op gepaste wijze met persoonsgegevens van deelnemers en proefpersonen om te gaan en zich daarbij te houden aan de Nederlandse wetgeving. De privacy van de deelnemers dient te worden gerespecteerd (Sauerwein & Linnemann, 2002). Dit is binnen dit onderzoek nageleefd door persoonlijke gegevens, die kunnen leiden tot identificatie van de deelnemer, apart te bewaren van de onderzoeksgegevens. De persoonsgegevens zijn opgeslagen in een versleuteld communicatiebestand. Dit onderzoek valt buiten de Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek (WMO) omdat de deelnemers niet aan handelingen worden onderworpen en er geen gedragsregels opgelegd worden (VCMO, 2015). Om de deelnemers te informeren over het doel van het onderzoek, het maken van een audio-opname en de wijze van anonimiseren, is voorafgaand aan de uitvoering van het onderzoek een informatiebrief verzonden en een toestemmingsformulier getekend. Deelnemers hebben vrijwillig deelgenomen aan het onderzoek en hadden de mogelijkheid om op ieder moment de deelname te beëindigen.

3 RESULTATEN

Bijlage 1 bevat informatie over de deelnemers aan dit onderzoek. Deze informatie draagt bij aan de interpretatie van de resultaten.

De resultaten zijn weergegeven aan de hand van twee aspecten: *werkbaarheid* en *effectiviteit* van K-taping. Deze indeling is gebaseerd op de onderzoeksvraag, waarin beide aspecten naar voren komen.

3.1 WERKBAARHEID

Aanleiding volgen cursus

Voor zes logopedisten waren reacties van collega's (vanuit de kwaliteitskring) een reden om de cursus te volgen. Er werd door collega's met enthousiasme gesproken over deze cursus die daarnaast in hun kwaliteitskringen werd geïnitieerd. Eén van die zes logopedisten noemde daarbij dat ze de cursus wilde gaan volgen, omdat ze een nieuwe vaardigheid onder de knie wilde krijgen. De andere vier logopedisten kwamen met hetzelfde argument.

"Ik dacht: nou dat levert een nieuwe vaardigheid op aan het palet van de logopedie wat ik op dit moment heb." Logopedist 5

Toepasbaarheid in de praktijk

Zes logopedisten geven aan dat zij K-taping toepassen wanneer er sprake is van hypertonie in de nek-, schouder en/of strottenhoofdspieren en deze willen verminderen. Logopedisten 3, 4, 8, 9 zien het als het langer vasthouden van verkregen ontspanning vanuit andere methoden, wanneer daarmee te weinig resultaat behaald wordt.

"Wanneer je bijvoorbeeld onvoldoende effect krijgt met de oefeningen [...]. En daarvoor geef ik eigenlijk die K-taping. Ik zet die in om iemand nét even iets langer bewust te laten zijn van het gevoel en het effect wat bijvoorbeeld met MFL¹ bereikt kan worden." Logopedist 8

Daarnaast kan K-taping volgens drie logopedisten ingezet worden als reminder om patiënten extra bewust te laten zijn van bepaalde bewegingen of spanningen/ontspanningen in het keelgebied. Logopedist 5 en 10 vinden K-taping toepasbaar omdat de ontspanning onafhankelijk van de logopedist door kan werken op de spieren.

"Er was eigenlijk niet zoveel tijd om de ontspanning voor elkaar te krijgen [...]. Dus ik dacht, ik moet iets hebben wat eventueel nog door kan gaan op het moment dat ik niet met die dame bezig ben. Anders zou je nog kunnen denken aan MLF, maar dan ben je natuurlijk afhankelijk dat jij er als instrument bij moet zijn." Logopedist 5

Vier logopedisten laten het toepassen van K-taping afhangen van de persoonlijkheid van de patiënt. Zij leggen het doel van de methode uit, maar passen het alleen toe wanneer de patiënt hiervoor open staat. Ziekten en aandoeningen in het hoofd-/halsgebied zijn voor zes logopedisten een contra-indicatie om te starten met K-taping. De Pre-Gel² kan volgens logopedist 2 en 6 gebruikt worden bij huidallergieën en wordt daarom niet als contra-indicatie gezien. De andere vier logopedisten vinden dat er geen contra-indicaties zijn en dat het altijd eerst uitgetoetst kan worden in overleg met de patiënt.

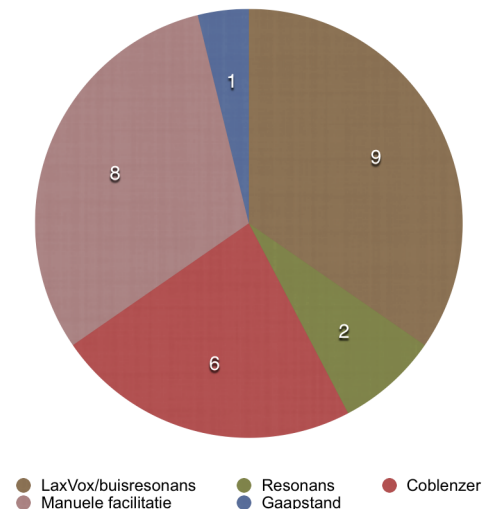
¹ Manuele Larynx Facilitatie.

² Gel die voorafgaand aan de tape op de huid aangebracht wordt.

Opbouw behandeling

Opvallend is dat alle logopedisten K-taping werkbaar vinden in combinatie met andere methoden (zie tabel 2). Zes logopedisten beginnen met andere methoden. Zij zetten K-taping in, nadat alle voorwaarden voor optimaal stemgebruik bereikt zijn en de verkregen ontspanning vastgehouden moet worden. Daarnaast gebruiken zij K-taping wanneer de andere methoden niet het gewenste resultaat behalen.

Logopedisten 4 en 6 zeggen K-taping soms ook als enige methode te gebruiken in het geval van een second of third opinion óf wanneer er direct ontspanning nodig is om pijn te verminderen. Twee andere logopedisten starten het behandeltraject om diezelfde reden met K-taping, maar voegen hier later wel andere methoden aan toe.



Tabel 2 – Aantal per logopedisten per methode

"Een enkele keer krijg ik nog wel eens mensen voor een second opinion. [...] Ze hebben al ademhaling gehad, gebubbeld en alles, en ze blijven pijn houden. Dan kies ik het als eerste." Logopedist 6

Over het algemeen wordt binnen één behandeling de laatste vijf tot tien minuten besteed aan het aanbrengen van de tape. Logopedist 5 wil starten met taping, zodat direct duidelijk wordt wat het effect is. Zeven logopedisten koppelen de behandeling binnen één of twee dagen terug middels een sms, email of WhatsApp om te checken of de tape als prettig wordt ervaren en of er bijzonderheden zijn.

"Wat ook heel fijn is, is de terugkoppeling. Ik vraag altijd 'wilt u een sms'je sturen hoe het er mee gaat?'. En dan reageer ik daar kort op. In die nazorg kun je even heel makkelijk communiceren." Logopedist 6

Afmeten, knippen en aanbrengen

Het knippen en aanbrengen van de tape noemen zeven logopedisten goed werkbaar. Logopedist 2 en 9 merken op dat het handig is om van tevoren meerdere tapes te knippen, zodat ze tijdens de behandeling alleen nog op maat geknipt hoeven te worden. Voordat de tape aangebracht wordt, is het van belang dat de huid gereinigd wordt, anders laat de tape volgens vier logopedisten sneller los. Het afmeten vergt volgens de helft van de logopedisten veel ervaring. Logopedist 4 vindt het daarom prettig dat er smallere taperollen bestaan, zodat je minder lang bezig bent met het afmeten.

"Ik merk dat ik in mijn vriendengroep en familie ook veel heb geoefend met het afknippen van de tape, met name de goede lengte opmeten is erg belangrijk en eist ook wat ervaring." Logopedist 8

Vier logopedisten vinden een roestvrijstalen stofschaar van belang voor het afknippen van de tape.

"Ja, het klinkt even heel suf. Je moet gewoon een goede schaar hebben. Dan is dat knippen geen enkel probleem. Want je wilt niet dat die tape aan je schaar blijft hangen. Dus gewoon een goede schaar." Logopedist 2

Spieren

Opvallend is dat de m. sternocleidomastoideus door acht logopedisten getapet wordt bij een FHD. Dit omdat deze spier volgens hen meestal gespannen is bij stemproblemen en patiënten daar pijnklachten ervaren. De m. sternohyoideus wordt door zes logopedisten veel getapet, aangezien je daarmee de daling van de larynx faciliteert. De m. thyrohyoideus wordt door twee logopedisten om diezelfde reden getapet. Logopedist 6 voegt hieraan toe:

"Ik ben eerder geneigd om de mondbodemspieren en de thyrohyoideus te doen, omdat dat ook eigenlijk heel vaak al werkt. En dat is wat minder heftig voor de mensen."
Logopedist 6

De mondbodemspieren en houdingcorrigerende tapes worden door twee logopedisten af en toe getapet. Over de m. trapezius zijn de meningen verdeeld. De helft van de logopedisten tapet hem wel, omdat een gespannen m. trapezius vaak samengaat met stemproblemen en van invloed kan zijn op de houding. De andere helft wil er niet aan beginnen, omdat ze zich willen beperken tot het strottenhoofd. Voor logopedist 1 is het tapen van die spier meer het werk van een fysiotherapeut. De keuze om bepaalde spieren te tapen wordt gemaakt op basis van de waarneming en ervaring van de logopedist, de waarneming van de patiënt, het palpatie-onderzoek of de manuele facilitatie-behandeling.

"Nou wat ik voel en wat de patiënt aangeeft. Dat speelt een rol. [...] En dan voel ik het ook dus kan ik het ook verifiëren." Logopedist 7

Zeven logopedisten tapen uitsluitend één spier per behandeling, anders vinden zij het te belastend voor de patiënt. Logopedist 1 vindt dat het effect van een enkele tape onduidelijk wordt wanneer er meerdere geplakt worden. Logopedisten 5 en 6 vinden daarentegen dat dit wel mogelijk is.

"Omdat ik wilde dat die larynx in de lagere positie zou belanden. Dan moet ik eigenlijk beide spiergroepen tot een stuk ontspanning brengen. Die fascies is natuurlijk een groot verbonden systeem, dus het is natuurlijk belangrijk om het systeem te beïnvloeden."
Logopedist 5

3.2 EFFECTIVITEIT

Korte termijn-effect

Acht logopedisten vinden de methode effectief voor de korte termijn. Er vindt direct bewustwording van spanning plaats en pijn en/of spanningsklachten kunnen direct verminderen. De keel voelt prettiger aan wat volgens logopedist 6 direct positief effect kan hebben op de stemkwaliteit. De andere twee logopedisten ervaren wisselende effecten en weten niet waar dat mee te maken heeft.

"Bij de ene werkt het en bij de ander doet het niks." Logopedist 4

Lange termijn-effect

Op de lange termijn (een week tot een maand na de behandeling) zorgt K-taping volgens zeven logopedisten voor afname van de klacht. Zij geven aan dat korte termijn-effecten voortgezet worden en daarmee overeenkomen met de lange termijn-effecten.

"Ik denk dat het hulp bied bij het uiteindelijk zelf kunnen ontspannen van het geplakte gebied. Dat het uiteindelijk door verandering van datgene wat niet goed gaat ervoor zorgt dat mensen het gaan ervaren, het verschil. Hoe vaker je geplakt hebt, hoe langer het gevoel blijft." Logopedist 10

De andere logopedisten vinden dat het effect wisselend blijft en dat de klachtafname door K-taping moeilijk meetbaar is. Twee logopedisten maken gebruik van een Visueel Analoge Schaal (VAS) om de resultaten meetbaar te maken. Logopedist 3 vindt dat het effect van de tape afneemt.

"Ik merk als ik het meerdere keren doe dat het effect een beetje weg ebt. Als ik bijvoorbeeld iemand twee keer per week getapet heb en ik zou dat vier weken lang doen, dan komen ze eigenlijk alleen nog maar van: 'oh ja ik vind het wel makkelijk'. En dan doen ze rest van de oefeningen niet meer." Logopedist 3

Bijdrage van K-taping

K-taping draagt volgens alle logopedisten als aanvulling bij aan een behandeltraject van een patiënt met een FHD. Het werkt namelijk niet altijd en niet bij iedereen. Waar dat aan ligt weten de logopedisten niet. Patiënten moeten actief aan de slag met overige adviezen en oefeningen. De logopedisten omschrijven het als 'het puntje op de i' en 'ondersteunend'. De aanvulling kenmerkt zich door het langer vasthouden van de ontspanning (zie 'opbouw behandeling').

Reacties van patiënten

Patiënten reageren wisselend op de tape. Logopedist 7 merkt dat er sociale belemmeringen zijn die patiënten ervan weerhouden de tape te gebruiken. Logopedist 3 herkent deze scepsis.

"Het komt erop neer dat ze het cosmetisch niet mooi vinden. En dat ze zich ervoor schamen. En dat het alleen maar geplakt mag worden als het uitkomt in de agenda. Mensen zeggen: op vrijdag is het markt dus als ik daar naartoe ga vraagt iedereen." Logopedist 7

De reacties op de effecten zijn ook wisselend, maar overwegend positief. De meeste patiënten geven aan dat het prettig voelt en dat ze meer steun van buitenaf ervaren. Enkele voorbeelden zijn: 'het geeft ontspanning', 'ik voel een verticale beweging', 'het gaat hangen'. Sommigen vinden het niet prettig en ervaren niks. Waar dat aan ligt is onduidelijk. Logopedist 2 vindt dat wanneer iemand niets voelt, er anders geplakt zou moeten worden om te kijken of iemand dan wél verschil merkt.

Beïnvloedende factoren

Acht logopedisten gebruiken het merk 'CureTape' en twee tapen met 'Kinesio Tape'. Alle logopedisten zijn hier tevreden over. Er is volgens negen logopedisten geen verschil in effect met verschillende tapekleuren. Logopedist 9 vindt dat zwart beter plakt dan de anderen, maar gebruikt het niet vanwege de opvallende kleur. De andere logopedisten gebruiken alleen de huidkleurige tape, omdat dit het minst opvalt. De kennis van de logopedist is voor bijna alle logopedisten belangrijk. Je moet weten wat je doet en het doel en de werkwijze aan de patiënt goed uit kunnen leggen. De logopedisten zijn het erover eens dat de patiënt open moet staan om het effect van K-taping te merken.

Aanraden toepassen K-taping

Alle logopedisten raden collega's aan kennis te nemen van deze nieuwe methode. Voor het daadwerkelijk toepassen ervan raden zij aan de cursus te volgen, gespecialiseerd te zijn in stemproblemen en inzicht te hebben in de hoofd-/halsmusculatuur. Logopedist 8 voegt hier het volgende aan toe:

"Probeer ook wel alles te bespreken met andere logopedisten zodat je niet in je eentje gaat proberen en als het niet lukt het nog een keer probeert. Dat je eigenlijk in je eigen web vastraakt. Want dat merk ik hierbij omdat het zo nieuw is." Logopedist 8

4 DISCUSSIE

4.1 BESCHOUWING PROCES

De kwalitatieve onderzoeksmethode bleek geschikt voor het verzamelen van data en het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Het gebruik van een interviewprotocol zorgde voor structuur en uniformiteit (Verhoef et al., 2015), maar tijdens de afname bleek de opbouw van het interviewprotocol niet altijd hanteerbaar. Hierdoor is bij een aantal interviews afgeweken van de opgestelde volgorde. Tijdens de eerste twee interviews werden twee vragen niet goed begrepen omdat de vraagstelling onduidelijk was. Deze vragen zijn nader toegelicht waarna het wel duidelijk werd en vervolgens in het interviewprotocol aangepast. De resultaten van die interviewvragen werden wel meegenomen in het onderzoek. De interne validiteit van het onderzoek is verhoogd door variabele begrippen (waaronder werkbaarheid en effectiviteit) tijdens het interview te definiëren, zodat iedere deelnemer over hetzelfde begrip sprak (Dingemanse, 2017). Alle interviews zijn afgenomen in de natuurlijke omgeving van de deelnemers, wat de ecologische validiteit verhoogt (Dingemanse, 2017). Om de controleerbaarheid van het onderzoek te vergroten had er een membercheck uitgevoerd kunnen worden, maar wegens tijdgebrek was dit niet haalbaar.

De deelnemers zijn via het netwerk van de opdrachtgevers benaderd, waardoor zij niet willekeurig zijn verworven. Hierdoor neemt de externe validiteit af. De onderzoeksgroep is wel representatief, aangezien zij werkzaam zijn in zowel ziekenhuizen, gezondheidscentra als in de vrije vestiging en de cursus op verschillende momenten hebben gevolgd. De onderzoeksgroep is daarentegen te klein om te generaliseren naar alle logopedisten die de cursus hebben gevolgd, maar geeft wel een indicatie van hun ervaringen (Verhoef et al., 2015). Daarom is de onderzoeksgroep voor de opdrachtgever voldoende te generaliseren.

4.2 BESCHOUWING RESULTATEN

Youngsook Bae (2014) beschreef dat K-taping over het algemeen beschouwd wordt als een interventie-methode die dezelfde effecten kan bieden als manuele therapie, omdat het zich richt op het verbeteren van de spierfunctie door tonusregulatie. Deze verwachting is in overeenstemming met de ervaring van de logopedisten. Zij vinden dat K-taping pijn en/of spanningsklachten direct kan verminderen. De logopedisten plaatsen wel een kanttekening bij de uitspraak van Youngsook Bae (2014). Ook al heeft K-taping hetzelfde uitgangspunt als manuele therapie, het moet niet gezien worden als een vervanging van andere methoden. Do Carmo Silva Parreira, Da Cunha Menezes Costa, Hespanhol Junior, Días Lopez en Oliveira Pena Costa (2014) bevestigen die mening en concluderen naar aanleiding van hun onderzoek dat K-taping niet zorgt voor meer verbetering van spierfunctie of pijnvermindering bij musculoskeletale aandoeningen, dan wanneer er uitsluitend gebruik gemaakt wordt van manuele therapie. De logopedisten voegen hieraan toe dat K-taping misschien niet ingezet kan worden als vervanging, maar wél de verkregen ontspanning voortzet op lange termijn. Dat K-taping gezien kan worden als een aanvulling op andere methoden, werd niet genoemd in de geraadpleegde literatuur. De ervaringen van de logopedisten dat K-taping de spier kan detoniseren liggen in één lijn met de verwachtingen van Kumbink (2013). Over de toniserende werking van K-taping kan niets gezegd worden, aangezien dit onderzoek zich richt op het detoniseren van spieren.

Opvallend is dat de m. sternocleidomastoideus door bijna alle logopedisten getapet wordt bij een FHD, omdat deze spier volgens hen meestal gespannen is bij stemproblemen en daar pijnklachten worden ervaren. Youngsook Bae (2014) beweert dat wanneer K-taping gedurende twee weken drie keer detoniserend toegepast wordt op de m. sternocleidomastoideus, aanzienlijk minder pijn ervaren kan worden. Logopedisten vernemen van patiënten deze afname in pijn op korte termijn. Morris, Jones, Ryan en Ryan (2013) concludeerden dat er na het tapen bij mensen met schouderbeperkingen onmiddellijk

verbetering was in het pijnloos functioneren van de schouder. Dit effect was wel binnen 3 dagen weer verdwenen en kon niet op de lange termijn (langer dan een week) vastgehouden worden. Dit resultaat is niet in overeenstemming met de mening van zeven logopedisten. Zij vinden dat K-taping de korte termijneffecten op de lange termijn voortzet. Een mogelijke verklaring voor deze discrepantie is dat de logopedisten geen meetinstrument gebruiken om de afname van de klacht te inventariseren, maar dit baseren op de reactie van de patiënt. De twee logopedisten die wél gebruik maken van een VAS, vinden de resultaten zo wisselend dat zij geen uitspraak kunnen doen over de lange termijneffecten. Do Carmo Silva Parreira et al. (2014) beschrijven dat een VAS een goede manier is om intensiteit van pijn te meten bij behandeling met K-taping.

De meningen van de logopedisten zijn verdeeld over de hoeveelheid spieren die per behandeling getapet worden. Yoon Heo en Mi Kim (2015) plakten zowel de mondbodemspieren als de m. sternocleidomastoideus en m. trapezius descendens, wat positieve invloed had op de bewegelijkheid van het hyoid en de epiglottis omdat het hele spiersysteem beïnvloed wordt. Twee logopedisten waren het hiermee eens, maar de meeste logopedisten willen één spier tapen, omdat het te belastend zou zijn voor de patiënt. Om te onderzoeken of dat daadwerkelijk zo is, zou gesproken moeten worden met patiënten.

Bij interpretatie van de resultaten moet rekening gehouden worden met het feit dat dit onderzoek zich uitsluitend heeft gefocust op de ervaringen en meningen van logopedisten. Het advies voor vervolgonderzoek is dan ook om te toetsen of deze ervaringen op waarheden gebaseerd zijn.

5 CONCLUSIE

Naar aanleiding van de onderzoeksresultaten wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag:

‘Wat zijn de ervaringen van logopedisten, die de cursus ‘Kinesio Taping voor de Logopedische Praktijk’ hebben gevolgd, met betrekking tot de werkbaarheid en effectiviteit van K-taping (ook wel taping of Medical Taping Concept genoemd) binnen een stembehandeling van patiënten met een functionele hypertone dysfonie?’

Er kan geconcludeerd worden dat K-taping door alle logopedisten ervaren wordt als een werkbare methode, wanneer het ingezet wordt als aanvulling op andere behandelmethoden. De logopedisten zetten K-taping in als er sprake is van hypertonie in de nek-, schouder en/of strottenhoofdspieren en zij deze willen verminderen. Dit gebeurt wanneer te weinig resultaat behaald wordt met andere methoden óf om de verkregen ontspanning langer vast te houden. De keuze om bepaalde spieren te tappen wordt gemaakt op basis van de waarneming en ervaring van de logopedist en de waarneming van de patiënt.

Patiënten reageren volgens de logopedisten wisselend op K-taping. Na introductie van de methode is er soms enige scepsis, maar de reacties zijn overwegend positief wanneer de tape aangebracht is. De meeste patiënten geven aan dat het prettig voelt en dat ze meer externe steun ervaren. Sommigen vinden het niet prettig en voelen geen verschil. In dit geval raden de logopedisten aan de tape te herplakken of te verwijderen.

De logopedisten vinden K-taping als aanvulling effectief, maar niet altijd en niet bij iedereen. Er vindt volgens hen vaak direct bewustwording van spanning plaats en pijn en/of spanningsklachten kunnen verminderen. Het is onduidelijk in hoeverre K-taping invloed heeft op de stemkwaliteit. Voor een optimaal behandelresultaat is het belangrijk dat de logopedist voldoende kennis en ervaring heeft met betrekking tot het behandelen van patiënten met stemproblemen en K-taping. De logopedist moet de patiënt goed uit kunnen leggen wat het doel en de werkwijze van de methode is. Daarnaast moet de patiënt open staan voor de behandeling met K-taping en moeten zij actief aan de slag met de overige adviezen en eventuele oefeningen.

6 AANBEVELINGEN

6.1 VERVOLGONDERZOEK

Uit de inleiding blijkt dat er nauwelijks bewijs bestaat of K-taping werkbaar en effectief is bij patiënten met een FHD. Dit wordt bevestigd door de geïnterviewde logopedisten. Er wordt aanbevolen om:

1. Aanvullend onderzoek te doen naar ervaringen van patiënten met een FHD met betrekking tot de behandeling van K-taping.
2. Experimenteel onderzoek te doen naar de effectiviteit van K-taping als een opzichzelfstaande methode bij patiënten met een FHD.
3. Dit onderzoek te herhalen onder meerdere logopedisten, zodat de uitspraken representatiever zullen zijn.

6.2 LOGOPEDISTEN

Deze aanbevelingen zijn bruikbaar voor zowel logopedisten die patiënten met een FHD behandelen met K-taping, als voor logopedisten die dergelijke patiënten behandelen maar het (nog) niet toepassen. Bij behandeling volgens K-taping wordt aanbevolen om:

1. Ervaring te hebben met het behandelen van stempatiënten en kennis te hebben van de hoofd-/halsmusculatuur (hiervan mag uitgegaan worden wanneer manuele facilitatie regelmatig toegepast wordt).
2. Altijd het doel, de werking en de werkwijze op het niveau van de patiënt uit te leggen, waarna de patiënt kan besluiten of hij/zij open staat om de behandeling te proberen. Wanneer de patiënt hier niet voor open staat, zal deze volgens alle logopedisten minder effectief zijn.
3. De behandeling binnen één of twee dagen te evalueren middels een sms, email of WhatsApp-bericht. Dit om te checken of er bijzonderheden zijn wat betreft het effect van de K-tape.
4. Bij iedere behandeling een VAS te gebruiken, om intensiteit van pijn meetbaar te maken bij behandeling met K-taping. Dit wordt geadviseerd door twee logopedisten en tevens door Do Carmo Silva Parreira et al. (2014).
5. In gesprek te blijven met collega's (eventueel binnen de stemkring) om ervaringen uit te wisselen over de werkbaarheid en effectiviteit van K-taping en kritisch te kijken naar het eigen logopedisch handelen. Dit aangezien het nog een nieuwe, niet evidence based, methode is volgens zowel de logopedisten als Bassett et al. (2010), Morris et al. (2013), Yoon Heo en Mi Kim (2015) en Youngsook Bae (2014).

7 LITERATUURLIJST

- Aviles, A. (2015). *Direct treatments of muscle tension dysphonia*. Op 22 februari 2017 ontleend aan <https://www.linkedin.com/pulse/direct-treatments-muscle-tension-dysphonia-alberto-aviles>
- Baarda, B., Bakker, E., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V. & Velden, T. van der. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Basset, K.T., Lingman, S.A., Ellis, R.F. (2010). The use and treatment efficacy of kinaesthetic taping for musculoskeletal conditions: a systematic review. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 38, 56-62.
- Beckers, H., Laarhoven, L. & Alphen, W. van. (2007). *Het Medical Taping Concept. De effectiviteit van het Medical Taping Concept onderzocht (master thesis)*. Op 8 februari 2017 ontleend aan <http://www.tapingbase.nl/nl/de-effectiviteit-van-het-medical-taping-concept-onderzocht-nl>
- Bodt, M. de, Mertens, F. & Heyning, P. (2008). *Werken aan Stem*. Antwerpen: Garant Uitgevers.
- Bodt, M. de, Heylen, L., Mertens, F., Heyning, P., van de, & Vanderwegen, J. (2008). *Stemstoornissen: handboek voor de klinische praktijk*. Antwerpen: Garant Uitgevers.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Dingemanse, K. (2017). *Validiteit in interviews*. Op 16 mei 2017 ontleend aan <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/validiteit-in-interviews/>
- Do Carmo Silva Parreira, P., Cunha Menezes Costa, L. da, Hespanhol Junior, L.C., Días Lopez, A. & Oliveira Pena Costa, L. (2014). Current evidence does not support the use of Kinesio Taping in clinical practice: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 60, 31-39.
- Encyclo. (2017). *Werkbaar*. Op 22 februari 2017 ontleend aan <http://www.encyclo.nl/begrip/werkbaar>
- Hoogland, A. (2016). *Zo werken je spieren*. Op 12 mei 2017 ontleend aan <https://www.gezondheidsnet.nl/spieren-en-gewrichten/zo-werken-je-spieren>
- Kooijman, P.G.C. (2006). Functionele diagnostiek: stemkwaliteit auditief. *Stem-, Spraak-, Taalpathologie*, 11, 243-248. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kumbrink, B. (2013). *K-Taping® Logopedie*. Dortmund: K-Taping Academy GmbH.
- Lowell, S.Y., Kelley, R.T., Colton, R.C., Smith, P.B. & Portnoy, J.E. (2012). Position of the hyoid and larynx in people with muscle tension dysphonia. *Laryngoscope*, 122, 370-377.
- Morris, D., Jones, D., Ryan, H. & Ryan, C.G. (2013). The clinical effect of Kinesio® Tex taping: A systematic review. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29, 259-270.
- NVLF. (2003). *Beroepsprofiel logopedist*. Op 12 mei 2017 ontleend aan <https://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=2075&m=1310997616&action=file.download>

Rikkert, F. & H. Bakker. (2007). *Kinesiotaping*. Op 12 mei 2017 ontleend aan <http://www.fysiotherapiezeeland.nl/artikelkinesiotaping.html>

Sauerwein, L.B. & Linnemann, J.J. (2002). *Handleiding voor verwerkers van persoonsgegevens. Wet bescherming persoonsgegevens*. Op 5 maart 2017 ontleend aan <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/persoonsgegevens/documenten/brochures/2006/07/13/handleiding-wet-bescherming-persoonsgegevens>

Schutte, H.K. (2006). De dorsaal onvolledige glottissluiting als oorzaak van stemstoornissen. *Stem-, Spraak-, Taalpathologie*, 11, 41-52. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Sijmonsma, J. (2016). *Medical Taping Concept - Manual*. Goor: Fysionair.

Spierinzicht. (2013). *Fascie, drie dimensionale architectuur van uw lichaam*. Op 12 mei 2017 ontleend aan <http://www.spierinzicht.com/pijn-stijfheid-ondragelijk-vermoeidheid-chronisch-fascia-schleip-huijing-fascie-bindweefsel-force-transmission-anatomy-trains-myers-earls/fascie-de-innerlijke-drie-dimensionale-architectuur-van-ons-lichaam/>

Stallinga, R. & Graaf, C. de. (2016). *Taping en stem*. Op 8 maart 2017 ontleend aan <http://www.robstallinga.nl/cursus-kinesio-taping>

VCMO. (2015). *Reikwijdte WMO*. Op 1 maart 2017 ontleend aan <https://www.mec-u.nl/wmo/reikwijdte-wmo/>

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C. & Rosendal, H. (2015). *Zorgbasics 'Praktijkgericht onderzoek'*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.

Yoon Heo, S. & Mi Kim, K. (2015). Immediate effects of Kinesio Taping on the movement of the hyoid bone and epiglottis during swallowing by stroke patients with dysphagia. *Journal of Society of Physical Therapy Science*, 27, 3355-3357.

Youngsook Bae, P.T. (2014). Change the Myofascial Pain and Range of Motion of the Temporomandibular Joint Following Kinesio Taping of Latent Myofascial Trigger Points in the Sternocleidomastoid Muscle. *Journal of Society of Physical Therapy Science*, 26, 1321-1324.

8 BIJLAGEN

BIJLAGE 1 – OVERZICHT DEELNEMERS

	Geslacht	Werksetting	Cursusperiode	Frequentie behandeling patiënten FHD en K- tape (gemiddeld)
L1	Man	Ziekenhuis, poliklinisch	Februari/maart 2016	Twee per week
L2	Vrouw	Ziekenhuis, poliklinisch	Oktober 2015	Vier per week
L3	Vrouw	Ziekenhuis, poliklinisch	September/november 2016	Drie per week
L4	Vrouw	Vrijgevestigde praktijk gericht op stem-, globus- en hoestklachten	Februari/maart 2016	Eén per week
L5	Man	Ziekenhuis, poliklinisch	September/november 2016	Twee in totaal
L6	Vrouw	Ziekenhuis, poliklinisch	Oktober 2015	Drie per week
L7	Vrouw	Vrijgevestigde praktijk gezondheidscentrum	September/november 2016	Drie per week
L8	Vrouw	Vrijgevestigde praktijk	September/november 2016	Twee per week
L9	Vrouw	Vrijgevestigde praktijk gericht op stem-, globus- en hoestklachten	Oktober 2015	Drie per week
L10	Vrouw	Vrijgevestigde praktijk gericht op stem-, globus- en hoestklachten	Januari 2016	Eén per twee weken

BIJLAGE 2 – TOPICLIJST

<i>Topics</i>	<i>Vragen bij topic</i>
<i>Aanleiding volgen cursus</i>	• Wat was voor u de aanleiding voor het volgen van de cursus?
<i>Toepasbaarheid in praktijk</i>	• Wat is de aanleiding om K-taping toe te passen? • Wanneer kiest u ervoor om K-taping niet toe te passen? (<i>Eventueel: Wat zijn de contra-indicaties?</i>)
<i>Opbouw behandeling</i>	• Op welk moment van de behandeling zet u K-taping in en hoe bouwt u dit op? (<i>Eventueel: in combinatie met andere methoden</i>)
<i>Afmeten, knippen, aanbrengen Spieren</i>	• Wat is uw ervaring met het afmeten, knippen en aanbrengen van de tape op de spieren? • Welke spieren tapet u het meest? (<i>Eventueel: Kunt u dit toelichten?</i>) ◦ Welke factoren spelen een rol in het maken van die keuze? • Waarop baseert u de keuze om één spier te tapen of meerdere spieren tegelijk te tapen?
<i>Korte termijn effect</i>	• Welk effect heeft K-taping volgens u op de korte termijn?
<i>Lange termijn effect</i>	• Welk effect heeft K-taping volgens u op de lange termijn? ◦ <i>Een week na de therapie</i> ◦ <i>Een maand na de therapie</i>
<i>Bijdrage van K-taping</i>	• Hoe draagt K-taping bij aan het verminderen van de klacht/behandeldoelen?
<i>Reacties patiënten</i>	• Welke reacties geven patiënten over het algemeen over het effect van K-taping op de korte termijn, namelijk direct na de behandeling? • Welke reacties geven patiënten over het algemeen over het effect van K-taping op de lange termijn, namelijk een week tot een maand na de behandeling?
<i>Beïnvloedende factoren</i>	• Welk merk K-tape gebruikt u binnen uw behandelingen? • Heeft u een ander merk geprobeerd? • Welk effect hebben de tapekleuren blauw, roze, beige en zwart volgens u op het behalen van het doel van de behandeling? (<i>Eventueel: merkt u hier verschil tussen?</i>) • Welke factoren zijn volgens u nog meer van invloed op de resultaten van de behandeling?
<i>Overige topics</i>	• Wat is uw naam, leeftijd en uw huidige werkplek? • Wanneer heeft u de cursus 'K-taping voor de Logopedische praktijk' gevolgd? • Hoe vaak behandelt u patiënten met een functionele hypertone dysfonie met K-taping? (<i>Eventueel: kunt u een inschatting geven van het percentage?</i>) • In hoeverre vindt u K-taping een werkbare methode? (<i>Eventueel: waarom vindt u dit wel/niet?</i>) • In hoeverre vindt u K-taping een effectieve methode? (<i>Eventueel: waarom vindt u dit wel/niet?</i>) • Zou u andere logopedisten aanraden om K-taping toe te passen in de behandeling met patiënten met een FHD? • W.v.n.t.t.k.

BIJLAGE 3 – INTERVIEWPROTOCOL

Inleiding

Voor het onderzoek 'K-taping en Stem' zullen verschillende logopedisten geïnterviewd worden. Deze logopedisten hebben na het volgen van de cursus 'Kinesio Taping voor de Logopedische praktijk' K-taping minimaal 1 maal toegepast bij de behandeling van patiënten met een functionele hypertone dysfonie (FHD). Dit interviewprotocol is opgesteld om ervoor te zorgen dat alle interviews die afgenomen worden binnen het kader van dit onderzoek dezelfde vorm krijgen. Het interviewprotocol zorgt er ook voor dat de onderzoeker goed voorbereid is bij aanvang van het interview en dat de onderzoeker geen vragen kan vergeten. Omdat dit interview semigestructureerd opgebouwd is, heeft de onderzoeker toestemming gedurende het interview vragen toe te voegen als dit nodig is.

Voorbereiding

De onderzoeker en respondent maken kennis. De respondent wordt op zijn gemak gesteld. Het interview wordt afgenomen op een rustige plek waar er niet gestoord kan worden.

De volgende punten worden ter voorbereiding op het interview doorgenomen:

- De mobiele telefoon (met timer) staat op stil.
- De opnameapparatuur werkt, is beschikbaar en is voldoende opgeladen. Er is een oplader/extra batterij aanwezig.
- Het toestemmingsformulier ligt klaar.
- Het interviewprotocol ligt klaar.
- De rollen K-tape liggen klaar.

Introductie

Mijn naam is Charlotte Schreurs en ik ben een vierdejaars logopedie studente aan de Hogeschool Rotterdam. Sinds februari 2017 loop ik mijn afstudeerstage op de poli KNO van het Hagaziekenhuis in Den Haag en binnen Logopediepraktijk van Es, gevestigd op de poli KNO van het Albert Schweitzerziekenhuis in Dordrecht. Daarnaast ben ik bezig met mijn afstudeeronderzoek. Ik doe onderzoek naar de werkbaarheid en effectiviteit van K-taping binnen een stembehandeling van patiënten met een FHD. Er zijn veel onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van K-taping, voornamelijk binnen de fysiotherapeutische behandeling, op verschillende lichaamsdelen. De uitkomsten van deze onderzoeken zijn echter niet te generaliseren naar de effecten van K-taping bij patiënten met een FHD. Daarnaast is er tot op heden geen inzicht in de ervaringen van therapeuten die K-taping toepassen met betrekking tot de werkbaarheid van de methode. Om inzicht te krijgen in de ervaringen van logopedisten met betrekking tot de werkbaarheid en effectiviteit van K-taping, wil ik u graag interviewen. De vragen die ik u stel zullen gericht zijn op behandeling van patiënten met een FHD en op het taping van de suprahyoïdale spieren, infrahyoïdale spieren, de m. sternocleidomastoïdeus en de m. trapezius descendens. Het interview zal ongeveer 10 tot 20 minuten duren.

- Ik heb u voorafgaand aan het interview een informatiebrief gemaild. Heeft u hier nog vragen over?
- Om met het interview te kunnen starten heb ik uw toestemming nodig. Zou u dit toestemmingsformulier door willen lezen en het vervolgens willen tekenen als u akkoord gaat?
- Heeft u verder nog vragen?
- Dan start ik nu de opname.

De timer wordt op 20 minuten ingesteld en de opname wordt gestart.

Start interview

Vragen over de respondent

- Wat is uw naam, leeftijd en uw huidige werkplek?
- Wanneer heeft u de cursus 'K-taping voor de Logopedische praktijk' gevolgd?
- Wat was voor u de aanleiding voor het volgen van de cursus?

Onder een functionele hypertone dysfonie wordt een stemstoornis verstaan waarbij er een verhoogde musculoskeletale spanning is in de larynxspieren wat voortkomt uit verkeerd stemgebruik en/of stemmisbruik, omgevingsfactoren, psycho-emotionele stress, aanleg of als gevolg van gewoontevorming.

- Hoe vaak behandelt u patiënten met een functionele hypertone dysfonie met K-taping? (Eventueel: kunt u een inschatting geven van het percentage?)

Werkbaarheid

Vragen over toepasbaarheid in de praktijk

- Wat is de aanleiding om K-taping toe te passen?
- Wanneer kiest u ervoor om K-taping niet toe te passen? (Eventueel: Wat zijn de contra-indicaties?)
- Op welk moment van de behandeling zet u K-taping in en hoe bouwt u dit op? (Eventueel: in combinatie met andere methoden)
 - Is dit bij iedereen hetzelfde?
- Wat is uw ervaring met het afmeten, knippen en aanbrengen van de tape op de spieren?
- Welke spieren tapet u het meest? (Eventueel: Kunt u dit toelichten?)
 - Welke factoren spelen een rol in het maken van die keuze?
- Waarop baseert u de keuze om één spier te tapen of meerdere spieren tegelijk te tapen?

'Werkbaar' wordt binnen dit onderzoek gedefinieerd als 'bruikbaar', 'handig', 'inzetbaar' en 'toepasbaar in de praktijk'

- In hoeverre vindt u K-taping een werkbare methode? (Eventueel: waarom vindt u dit wel/niet?)

Slotvraag: Wat heb ik niet gevraagd met betrekking tot 'werkbaarheid' wat wel van belang is voor het beantwoorden van mijn hoofdvraag?

Effectiviteit

Ik ga u een aantal vragen stellen die gaan over factoren die van invloed zijn op de effectiviteit van de behandeling volgens K-taping. Met effect wordt bedoeld: de mate waarin K-taping in staat is haar doel te realiseren, namelijk het verminderen/dempen van pijn in de spieren en de spierfunctie te verbeteren door tonusregulatie (gericht op zowel tonisatie/aanspannen als detonisatie/ontspannen), waardoor er meer ontspannen stemgegeven kan worden en de heesheid zou kunnen verminderen.

Vragen over de bijdrage aan behalen van doelen

- Welk effect heeft K-taping volgens u op de korte termijn?
- Welk effect heeft K-taping volgens u op de lange termijn?
 - Een week na de therapie:
 - Een maand na de therapie:
- Hoe draagt K-taping bij aan het verminderen van de klacht/behandeldoelen?
- In hoeverre vindt u K-taping een effectieve methode? (Eventueel: waarom vindt u dit wel/niet?)

Vragen over reacties van patiënten

- Welke reacties geven patiënten over het algemeen over het effect van K-taping op de korte termijn, namelijk direct na de behandeling?
- Welke reacties geven patiënten over het algemeen over het effect van K-taping op de lange termijn, namelijk een week tot een maand na de behandeling?

Vragen over beïnvloedende factoren

- Welk merk K-tape gebruikt u binnen uw behandelingen?
- Heeft u een ander merk geprobeerd?
 - Zo ja, welke?
 - Zo nee, wat is uw ervaring met de tape die u gebruikt? (*Eventueel: bijvoorbeeld de tape laat snel los, de tape is niet waterresistent, de huid jeukt.*)
- Welk effect hebben de tapekleuren blauw, roze, beige en zwart volgens u op het behalen van het doel van de behandeling? (*Eventueel: merkt u hier verschil tussen?*)
- Welke factoren zijn volgens u nog meer van invloed op de resultaten van de behandeling?

Slotvragen

- Zou u andere logopedisten aanraden om K-taping toe te passen in de behandeling met patiënten met een FHD?
 - *Kunt u in een zin toelichten waarom wel/niet?*
- Wat heb ik niet gevraagd met betrekking tot 'effectiviteit' wat wel van belang is voor het beantwoorden van mijn hoofdvraag?

Dit is het einde van het interview, ik zet nu de opname apparatuur uit.

Einde

De audioapparatuur wordt uitgezet en de interviewer controleert nogmaals of het toestemmingsformulier ondertekend is.

BIJLAGE 4 – TOESTEMMINGSFORMULIER

Titel onderzoek: Taping en Stem

Onderzoeker: Charlotte Schreurs

1. Ik heb de informatiebrief voor de proefpersoon gelezen. Ik heb ruimte ervaren om vragen te stellen en mijn vragen zijn voldoende beantwoord. Ik had voldoende tijd om te beslissen of ik meedoe.
2. Ik weet dat meedoen geheel vrijwillig is. Ik kan op ieder moment beslissen om het gesprek af te breken of besluiten niet deel te nemen, zonder opgaaf van reden.
3. Ik verklaar op de hoogte te zijn van het feit dat de gegevens en resultaten van het onderzoek anoniem en vertrouwelijk verwerkt worden en aan derden bekend gemaakt worden.
4. Ik geef toestemming voor het maken van een audio-opname. Deze opname wordt alleen gebruikt voor de analyse van gegevens.
5. Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan.
6. Ik geef wel/geen* toestemming om gegevens nog maximaal 15 jaar na afloop van dit onderzoek te bewaren (indien van toepassing).
7. Ik heb het toestemmingsformulier gelezen en ga hiermee akkoord. Ik verklaar hiermee *informed consent* te zijn.

Naam proefpersoon:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

-
1. Ik verklaar hierbij dat ik de bovengenoemde proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.
 2. Ik verklaar dat de deelnemer vrijwillig deelneemt aan het onderzoek. De deelnemer kan op ieder moment de deelname beëindigen, zonder opgaaf van reden.
 3. Ik verklaar dat de verkregen informatie anoniem en vertrouwelijk wordt verwerkt en dat ik zorgvuldig omga met deze data.
 4. Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.
 5. Ik verklaar het toestemmingsformulier gelezen te hebben en hiermee akkoord te gaan.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

BIJLAGE 5 – CODEBOMEN

