1615122
L. M. Collewijn

DE WEG VAN DE MINSTE WEERSTAND?

Een kwalitatieve survey naar het patiëntperspectief op werkzame elementen van vaktherapie Beeldend in het komen tot gedragsverandering tijdens een longrevalidatie traject.

VAKTHERAPIE BEELDEND
ZUYD HOGESCHOOL, TE HEERLEN
FACULTEIT GEZONDHEIDSZORG

Lara Schaefer & Arlette Reijnen /OPDRACHTGEVERS
Dieuwertje Abeling-Boselie & Marcella Winkelmolen /BEGELEIDING
Sanne van Gelder /1E EXAMINATOR
Nanon Janssen /2E EXAMINATOR

28 mei 2020

Verklaring eigen werk

Voorwoord

Deze scriptie is het resultaat van het afstudeeronderzoek dat is uitgevoerd door Lisanne Collewijn. Het is een vervolgonderzoek op “Leef met volle teugen?” van Mosselmans en Braakman (2019). De titel “De weg van de minste weerstand?” duidt op een traject om van A naar B te komen op een manier, die minder energie kost dan andere mogelijke trajecten. “De weg van de minste weerstand?” wordt gebruikt als metafoor voor menselijk gedrag en wordt als verklaring voor natuurlijke fenomenen gebruikt, bijvoorbeeld bij water dat van een berg naar de zee stroomt. Deze omschrijving is van toepassing op patiënten met een chronische longaandoening, die een revalidatie doorlopen om een doelstelling te bereiken. Er zijn allerlei verschillende manieren om de doelstelling te bereiken, waarvan sommige minder moeite kosten dan andere. Vaak hebben patiënten met een chronische longaandoening letterlijk minder energie om van A naar B te komen en moeten hier mee leren omgaan. Dit vraagt vaak aanpassingen in het gedrag. Ondanks dat er meerdere manieren zijn om een doel te bereiken is er altijd één, die minder moeite kost dan de andere manieren en dat wordt de weg van de minste weerstand genoemd. Soms wordt er letterlijk gesproken van weerstand, vandaar het vraagteken in de titel van dit onderzoek. Is de eenvoudigste weg ook “de weg van de minste weerstand?”. Het onderzoek richt zich op het patiëntperspectief, op werkzame elementen van beeldende therapie om te komen tot gedragsverandering in een longrevalidatietraject. Omdat dit een onderzoek naar beeldende therapie betreft is er gekozen voor een beeldende afbeelding op het titelblad. Op de afbeelding op het titelblad is vloeibare inkt te zien, die de weg van de minste weerstand zoekt om uit te vloeien op een nat vel papier.
Voordat er ingegaan wordt op de inhoud van deze scriptie wil ik een woord van dank uiten naar de personen die betrokken zijn geweest bij dit onderzoek. Allereerst wil ik de opdrachtgevers en tevens mijn voormalige stagebegeleiders Lara Schaefer en Arlette Reijnen bedanken voor hun passie voor het vak, hun vertrouwen in mij en alle goede gesprekken die we hebben gehad. Daarnaast wil ik alle patiënten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek bedanken, zonder jullie had het onderzoek zijn waarde verloren. Ook wil ik CIRO bedanken voor de mogelijkheid dat ik dit onderzoek heb kunnen uitvoeren. Verder wil ik Ingrid Pénzes, Marcella Winkelmolen en Dieuwertje Abeling-Boselie bedanken voor de tips, adviezen en ondersteuning tijdens het vormgeven van dit onderzoek. Dankjewel Marianne, voor de aanmoediging en het nalezen van de stukken. En lieve Sem, bedankt voor al je geduld en support.

Inhoudsopgave

Samenvatting 5
Inleiding 6

Hoofdstuk 1: Probleemstelling 7
1.1 Aanleiding 7
1.2 Onderzoekscontext 9
1.3 Zoekstrategie 11
1.4 Bevindingen vanuit de probleemgebied verkenning 12
1.5 Rol van het medium 17
1.6 Vraagstelling 22
1.7 Relevantie 23
1.8 Doelstelling 25

Hoofdstuk 2: Onderzoeksdesign 26
2.1 Onderzoekstype 26
2.2 Onderzoeksmethode 26
2.3 Dataverzameling 26
2.4 Data-preparatie 28
2.5 Data-analyse 29
2.6 Verloop van het onderzoek 30
2.7 Kwaliteitscriteria 33

Hoofdstuk 3: Resultaten 35
3.1 Welbevinden 36
3.2 Doelstellingen 38
3.3 Beeldende therapie 39
3.4 Effect 45

Hoofdstuk 4: Discussie 48
4.1 Interpretatie van resultaten 48
4.2 Kritische reflectie 56
4.3 Terugkoppeling opdrachtgevers 59
4.4 Conclusie en aanbeveling 60

4.5 Vertaling naar vaktherapeutisch handelen 63

Literatuurlijst 67

Bijlage A: Zoekgeschiedenis 72
Bijlage B: Topiclijst 81
Bijlage C: Akkoordformulier 85
Bijlage D: Toestemmingsformulier 86
Bijlage E: Verklaring geheimhouding 87
Bijlage F: Verklaring Nederlandse Gedragscode 89

Samenvatting

Het onderzoek heeft plaatsgevonden binnen de instelling Ciro. Dit is een expertisecentrum voor mensen met chronisch orgaanfalen. De doelgroep waar dit onderzoek op gericht is, zijn mensen met een chronische longaandoening. Omdat Ciro een medische setting is en mensen in behandeling komen voor lichamelijke klachten is het niet altijd vanzelfsprekend om ook aan de slag te gaan met psychosociale hulpvragen.

Door middel van een eerder onderzoek kwam naar voren dat er regelmatig patiënten zijn die de behandeling door beeldende therapie vroegtijdig beëindigen. Daarnaast zijn er ook patiënten die beeldende therapie als waardevolle aanvulling op hun revalidatieprogramma zien. Wat maakt dat de ene patiënt niet aan beeldende therapie wil beginnen en de ander er juist baat bij heeft?

Er is onderzocht welke elementen als waardevol worden ervaren door patiënten, die beeldende therapie volgen. Door meer zicht te krijgen op ervaringen van patiënten kunnen keuzes gemaakt worden om de behandeling beter aan te laten sluiten bij de patiënt en kan dit in de toekomst leiden tot minder vroegtijdige beëindiging van de behandeling.
De onderzoeksvraag luidt als volgt:

"Welke kenmerken van beeldende therapie ervaren patiënten met een chronische longaandoening bij Ciro te Horn als waardevol in het komen tot gedragsverandering?"

Aan de hand van een kwalitatieve survey is het patiëntperspectief op de ervaren elementen van patiënten, die beeldende therapie volgen onderzocht. Binnen dit onderzoek zijn er interviews afgenomen met vijf respondenten. De resultaten van het onderzoek zijn verdeeld in de categorieën welzijn, doelstelling, beeldende therapie en effect. Vanuit deze categorieën zijn subcategorieën gevonden, die onderverdeeld zijn in de thema's die de respondenten tijdens de interviews hebben genoemd. Thema's die het sterkst naar voren komen vanuit de resultaten zijn het ervaren van eigen regie, afstemming en triggering van een intern proces.

Inleiding

‘De weg van de minste weerstand?’ is een onderzoek naar het patiëntperspectief op werkzame elementen van vaktherapie beeldend om te komen tot gedragsverandering tijdens een longrevalidatietraject bij Ciro te Horn.

In hoofdstuk 1 is de probleemstelling te lezen, dat begint met de aanleiding en waarbij vervolgens zal worden in gegaan op de context van het onderzoek. In paragraaf 1.3 wordt de zoekstrategie beschreven voor de probleemgebied verkenning. De bevindingen daarvan worden in paragraaf 1.4 beschreven. Vervolgens wordt de rol van het beeldend medium beschreven en zal in worden gegaan op de vraagstelling van dit onderzoek. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de relevantie en de doelstelling van het onderzoek.

In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksmethode beschreven aan de hand van het onderzoekstype en de onderzoeksmethode. Vervolgens wordt in paragraaf 2.3 de manier van dataverzameling beschreven en wordt in paragraaf 2.4 ingegaan op de datapreparatie. De data-analyse wordt in 2.5 beschreven en in paragraaf 2.6 wordt het verloop van het onderzoek weergegeven. Tot slot wordt in paragraaf 2.6 beschreven hoe de kwaliteit van het onderzoek gewaarborgd zal worden.

In hoofdstuk 3 worden de resultaten, die naar voren zijn gekomen tijdens dit onderzoek beschreven aan de hand van tabellen en figuren. Dit hoofdstuk is opgebouwd uit paragrafen, die bestaan uit de hoofdcategorieën waarover de resultaten zijn verdeeld. In paragraaf 3.1 wordt de categorie welbevinden toegelicht. Vervolgens gaat paragraaf 3.2 over de categorie doelstellingen. In paragraaf 3.3 wordt ingezoomd op de categorie beeldende therapie en tot slot wordt in paragraaf 3.4 de categorie effect beschreven.

Vervolgens zal in hoofdstuk 4 de discussie te vinden zijn. Deze bestaat uit de interpretatie van de resultaten in paragraaf 4.1 en wordt gevolgd door een kritische reflectie in paragraaf 4.2. Dan zal in paragraaf 4.3 de terugkoppeling met de opdrachtgevers te lezen zijn en van daaruit wordt de koppeling gemaakt met de conclusie en aanbevelingen van het onderzoek.
Hoofdstuk 4 sluit af met een vertaling naar mijn vaktherapeutisch handelen.
Tevens is in bijlage C het toestemmingsformulier voor dit onderzoek terug te vinden. In bijlage E is de verklaring van geheimhouding toegevoegd en in bijlage F staat de verklaring van Nederlandse Gedragscode.

Hoofdstuk 1: Probleemstelling

1.1 Aanleiding

Aanleiding vanuit de praktijk

Dit document betreft een afstudeeronderzoek, dat uitgevoerd is vanuit de opleiding Vaktherapie Beeldend van Hogeschool Zuyd te Heerlen. Dit is een vervolgonderzoek op "Leef met volle teugen?" (Mosselmans & Braakman, 2019). Het onderzoek is uitgevoerd bij Ciro te Horn in opdracht van de beeldend therapeuten Lara Schaefer en Arlette Reijnen. Beide therapeuten zijn werkzaam binnen de instelling en hebben opdracht gegeven voor het vervolgonderzoek.

Ciro (z.d.-a) is een medische setting, gespecialiseerd in het behandelen van mensen met chronische aandoeningen zoals COPD, astma, hartfalen en slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen. Binnen de revalidatie van gedurende 8 weken worden mensen geholpen om hun fysieke gesteldheid te verbeteren en daarnaast hun ziekte te accepteren en er mee om te leren gaan. Beeldende therapie kan hier een rol in spelen. Het is de enige vaktherapeutische discipline binnen de instelling. Patiënten kunnen kiezen om beeldende therapie in hun behandeling op te nemen, wat niet altijd een voor de hand liggende keuze is in deze medische setting. Mosselmans en Braakman (2019) beschrijven, dat er bij veel patiënten aanvankelijk weerstand aanwezig is. Met weerstand wordt bedoeld dat een patiënt belemmering voelt in beeldende therapie en geen behandeling wil opstarten of voortzetten. Het komt soms voor dat een patiënt zichzelf nog voor de eerste sessie komt afmelden of na één sessie vraagt de behandeling stop te zetten (Lara Schaefer, persoonlijke communicatie, 24 september 2019). Echter, er komen ook veel patiënten toch na enige tijd letterlijk in beweging en gaan meer actief een rol spelen binnen hun eigen behandelproces.

Vanuit de beeldend therapeuten is vraag naar de invloed en het effect van beeldende therapie op het ziekteproces en de ervaringen van dit proces. Door het onderzoek van Mosselmans en Braakman (2019) is er een bodem van Evidence ontstaan waarin ervaringen en effecten in kaart zijn gebracht. In dit vervolgonderzoek ligt de focus op het achterhalen van de werkingselementen binnen beeldende therapie die verantwoordelijk zijn voor, of bijdragen aan de geïnventariseerde ervaringen en effecten. Door inzicht te verkrijgen op het patiëntperspectief op werkingselementen van beeldende therapie zijn de ervaringen van patiënten geïnventariseerd. Door meer zicht te krijgen op ervaringen van patiënten kunnen keuzes gemaakt worden om de behandeling beter aan te laten sluiten bij de patiënt en kan dit in de toekomst leiden tot minder uitval in beeldende therapie.

Persoonlijke aanleiding

Mijn persoonlijke aanleiding, wat tot interesse in dit onderzoek heeft geleid, komt voort uit mijn derdejaars stage bij Ciro te Horn. Tijdens de stage heb ik mijn methodisch handelen als beeldend therapeut kunnen ontwikkelen. Zo heb ik ontdekt, dat ik als therapeut veel waarde hecht aan het aansluiten op de behoeften en wensen van de patiënt in het hier en nu. Het is zeker bij patiënten met een chronische longaandoening erg belangrijk om flexibel te zijn als therapeut, omdat iedere dag er anders uit kan zien door oncontroleerbare factoren zoals het weer volgens het Longfonds (z.d.-a). Dit betekent dat het soms niet mogelijk is om een bepaalde werkvorm uit te voeren, ook al zou de patiënt hier baat bij kunnen hebben. Pool, Heuvel, Ranchor en Sanderman (2004) schrijven dat het voor kan komen dat patiënten met een chronische longaandoening zichzelf afgeleerd hebben om heftige emoties te tonen en kan het vermogen om deze emoties te voelen verminderd kunnen zijn. Hierbij is de therapeutische houding erg belangrijk in het contact met een patiënt, omdat iedereen uniek is en anders reageert. Ook is het belangrijk om af te stemmen op de mogelijkheden van een patiënt, wat soms kleine stapjes betekent.

Tijdens deze stage heb ik ongeveer 10 maanden lang in de praktijk mogen ervaren dat beeldende therapie een bijdrage kan leveren aan het gedragsveranderingsproces van patiënten met een chronische aandoening. Ik heb, naast de mooie processen die patiënten in de beeldende therapie hebben doorlopen, ook veel vroegtijdig beëindigde behandelingen meegemaakt tijdens mijn stage bij Ciro. Zowel in de behandelingen met mijn volgpatiënten, als in de behandelingen van de beide beeldend therapeuten, was er vaker sprake van uitval. Dat riep bij mij de vraag op, welke elementen worden door de ene patiënt ervaren, die vertelt baat te hebben bij beeldende therapie, in tegenstelling tot de andere patiënt, die er niet aan wil beginnen?

Aansluiten op de behoeften van de patiënt en het aanpassen van de therapeutische houding lijken essentieel te zijn om gedragsverandering te bevorderen en uitval te verminderen (Mosselmans & Braakman, 2019). Wanneer de werkingselementen binnen beeldende therapie achterhaald kunnen worden, die verantwoordelijk zijn of bijdragen aan de geïnventariseerde ervaringen en effecten, kan ik leren hoe ik als therapeut mijn methodisch handelen beter kan laten aansluiten op de behoeftes van de patiënt. Echter, ik vraag mij af, of ik als therapeut uitval kan verminderen of zelfs voorkomen door mijn methodisch handelen aan te passen en op welke manier dit kan zijn.

1.2 Onderzoekscontext

Beroepsdomein

Dit onderzoek heeft plaats gevonden in de specialistische zorg voor mensen met chronisch orgaanfalen. Dit valt onder het beroepsdomein gezondheidszorg. De specialistische behandeling is binnen de instelling van dit onderzoek afgestemd op patiënten met onder andere COPD, astma, chronisch hartfalen en slaapgerelateerde ademhalingsstoornissen zoals een slaap-apneu (Ciro, z.d.-d). Dit onderzoek heeft zich gericht zich op patiënten met een chronische longaandoening, waaronder COPD en astma. Gespecialiseerde zorg hecht veel waarde aan wetenschappelijk onderzoek. Ciro (z.d.-d) beschrijft dit zelf als de basis voor de gespecialiseerde behandeling.

Instelling

De instelling waar het onderzoek plaats heeft gevonden is Ciro, een expertisecentrum voor patiënten met chronisch orgaanfalen. Ciro (z.d.-b) beschrijft een innovatief behandelcentrum met een voortrekkersrol te zijn wanneer het gaat over een gespecialiseerde behandeling voor mensen met complex long- en hartfalen. De instelling onderscheidt zich door een holistische benadering gericht op de patiënt als geheel, in plaats van enkel een traditionele behandeling die gericht is op het bestrijden van (long)klachten met medicatie (Ciro, z.d.-d). De behandelingen binnen Ciro zijn altijd gebaseerd op wetenschappelijk bewijs en gepersonaliseerd op basis van eigen inbreng in gesprek met de arts, psycholoog, diëtist, verpleegkundige enzovoorts en de meetgegevens die verkregen zijn tijdens het drie daags assessment (Ciro, z.d.-d). Alle verschillende disciplines met gespecialiseerde behandelaars werken samen om het beste effect van de behandeling te bereiken en door individuele begeleiding en een educatieprogramma die helpt om na de behandeling beter om te gaan met de aandoening en de bereikte resultaten in stand te houden (Ciro, z.d.-c). Ciro is gelegen in de bosrijke omgeving van Horn, ook wel Hornerheide genoemd. Wanneer een patiënt intensievere zorg nodig heeft bestaat de mogelijkheid om op een speciaal ingerichte afdeling, Ciro@Care, voor langere tijd te verblijven. Op deze afdeling ligt de aandacht voornamelijk op symptoombestrijding en wordt ziektegerichte zorg gecombineerd met palliatieve zorg, mogelijk gericht op terugkeer naar huis, voorbereiding op een orgaantransplantatie of een andere behandeling (Ciro, z.d.-d). Patiënten binnen Ciro komen naar beeldende therapie op indicatie vanuit de intake die wordt afgenomen door een psycholoog. Deze indicatie wordt afgegeven op basis van doelstellingen die naar voren komen in het verhaal van de patiënt

tijdens de intake. Het kan ook voorkomen dat een patiënt wordt doorverwezen vanuit een andere discipline, bijvoorbeeld de verpleging, wanneer er wellicht later in de revalidatie zich toch een hulpvraag voordoet.

Doelgroep

De patiëntenpopulatie, die een behandeling binnen Ciro volgt zijn mensen met chronisch orgaanfalen. Hoewel de doelgroep breder is dan alleen chronisch longfalen heeft dit onderzoek zich beperkt tot deze patiëntengroep. Dit komt overeen met de vraagstelling vanuit de praktijk. Binnen voorgaand onderzoek van Mosselmans en Braakman (2019) is de doelgroep beperkt geweest tot patiënten met COPD als hoofdproblematiek. De afkorting COPD staat voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease ofwel Chronische Obstructieve Longziekte en is een ziekte waarbij de longen voortdurend geïrriteerd zijn (Vroegop & Klemmeier-Boekhout, 2016). Chavannes en In ’t Veen (2015) beschrijven dat COPD een ziekte is waarbij sprake is van een onomkeerbare vernauwing in de luchtwegen en wordt gebruikt als verzamelnaam voor chronische bronchitis en longemfyseem. Chronische bronchitis is een blijvende ontsteking van de vertakkingen (bronchiën) van de luchtpijp naar de longen, hierdoor maakt het lichaam meer slijm aan en gaat ademhalen moeilijker (Longfonds, z.d.-c). Bij (long)emfyseem is er sprake van onherstelbare schade aan de longblaasjes, die zorgen dat zuurstof in het bloed terecht komt en afvalstoffen uitgeademd worden (Pool et al., 2004). Naast patiënten met COPD, zijn ook patiënten met astma bij dit onderzoek betrokken, omdat er volgens Arlette Reijnen (persoonlijke communicatie, 24 september 2019) steeds meer mensen met dit ziektebeeld opgenomen worden voor behandeling. Astma is een blijvende ontsteking van de longen waardoor deze gevoelig kunnen reageren op verschillende prikkels, zoals rook, huisstofmijt of huisdieren (Longfonds, z.d.-b).

Patiënten komen bij Ciro voor een revalidatietraject. Deze zorg wordt ziektegericht en medisch benaderd en mist vaak de aandacht voor een breder pallet aan symptomen waar de mensen mee te maken hebben volgens Janssen (Bruntink, 2017). Beeldende therapie kan hier een rol in hebben. Beeldend therapie is echter vaak nog onbekend bij een groot deel van de patiënten van Ciro en onbekend maakt onbemind. Patiënten weten vaak niet wat zij kunnen verwachten van beeldende therapie. Enerzijds wordt al snel aan activiteitenbegeleiding en een nieuwe hobby gedacht en anderzijds zeggen mensen geen behoefte te hebben aan psychosociale hulpverlening. De nadruk ligt in behandeling van mensen met een chronische

longaandoening vaak op het lichamelijke aspect en dit vraagt mentale aanpassing omdat iemand niet meer kan wat hij of zij voorheen nog wel kon. Bij dit acceptatieproces en het leren omgaan hiermee kunnen patiënten terecht bij de psycholoog en/of de beeldende therapie. In de praktijk valt op dat, ondanks een indicatie, patiënten op voorhand geen behandeling willen of deze gedurende de revalidatie stopzetten. Mosselmans en Braakman (2019) halen dit aan als het fenomeen weerstand. In dit onderzoek werd de vraag gesteld of het weerstand is wat zij hebben waargenomen, of enkel een reactie op verandering.

1.3 Zoekstrategie

Ter verkenning van het probleemgebied binnen dit onderzoek is middels de PICO-systematiek (Baarda et al., 2018) de literatuur bekeken. Hiervoor is gebruik gemaakt van 2 PICO-vragen;

- *Op welke manier kan beeldende therapie (I) bijdragen aan gedragsverandering (O) bij patiënten met chronisch longfalen (P)?*
- *Hoe kan er tijdens een longrevalidatie (I) worden bijgedragen aan de vermindering van weerstand (O) bij patiënten met chronisch longfalen (P)?*

In deze vragen is geen Comparison (C) omdat er geen gebruik is gemaakt van een vergelijking in dit onderzoek. Op basis van deze PICO vragen zijn zoektermen en synoniemen geformuleerd in zowel Nederlands als Engels. Deze zoektermen zijn nader beschreven in Bijlage A: Zoekgeschiedenis.

Door gebruik te maken van Engelse zoektermen is er meer kans op het vinden van geschikte literatuur, omdat veel onderzoek in het Engels geschreven is om een zo breed mogelijk publiek te kunnen bereiken. Daarnaast wordt de meest actuele kennis in het Engels gepubliceerd voordat het mogelijk vertaald kan worden. Door in de Boolean Search gebruik te maken van operatoren als “AND” of “NOT” kan het zoekgebied verkleind worden om toegespitst en specifiek te zoeken. Wanneer er gebruik wordt gemaakt van “OR” kunnen er meer synoniemen van een woord ingevuld worden om een breder bereik van de zoekterm te verkrijgen. Deze zoektermen zijn ingevoerd in de databank van Hogeschool Zuyd, doorzoek informatiebronnen Zuyd (DiZ). De DiZ heeft een groot bereik van wetenschappelijke nationale en internationale bronnen, die gebundeld zijn vanuit verschillende zoekmachines. Voor meer specifieke bronnen is gebruik gemaakt van ScienceDirect als sociaalwetenschappelijk georiënteerde databank met gepubliceerde artikelen. Ook is PubMed gebruikt als vrij toegankelijke databank met referenties naar medisch wetenschappelijke artikelen. Tot slot is er gebruik gemaakt van SpringerLink, omdat dit een full-text databank is,

waarin volledige artikelen uit tijdschriften of hoofdstukken uit digitale boeken op het gebied van gezondheidszorg gevonden kunnen worden.
Aanvullend heeft een handsearch plaatsgevonden, waarin boeken zijn geraadpleegd middels de bibliotheekcatalogus van Zuyd op basis van de opgestelde zoektermen vanuit de PICO-vragen.

1.4 Bevindingen vanuit de probleemgebied verkenning

Chronisch longfalen

Iedere ziekte, die langzaam verergert en langer dan 6 maanden aanhoudt omschreven kan worden als een chronische ziekte (Conthe et al., 2014). Bruntink (2017) beschrijft dat Janssen een ziektetraject van orgaanfalen als grilliger ervaart dan van kanker. COPD is een progressieve ziekte, die op de 4^{e} plaats van doodsoorzaken in Nederland staat (Noppe, In ’t Veen, & Mooren, 2018).
Vroegop en Klemmeier-Boekhout (2016) schrijven dat de situatie bij een chronische longaandoening niet meer kan verbeteren, maar dat de patiënt zelf ervoor kan zorgen dat de situatie niet verslechtert door het aanpassen van de levensstijl. Bij het aanpassen van de levensstijl gaat het om zaken als het vermijden van niet-allergische prikkels zoals rook en uitlaatgassen, maar ook allergische prikkels als huidstofmijt, huidschilfers van dieren, stuifmeel en pollen, etenswaren of medicijnen (Vroegop & Klemmeier-Boekhout, 2016). Ook kun je denken aan het aanpassen van snelheid en duur van dagelijkse inspanningen zoals traplopen, stofzuigen, wandelen, poetsen en het tijdig en op juiste manier innemen van medicijnen. Vroegop en Klemmeier-Boekhout (2016) vinden zelfmanagement en eigen regie houden in het zorgproces van groot belang bij mensen met een chronische aandoening. Chronische longaandoeningen brengen allerlei lichamelijke beperkingen met zich mee. Naast deze lichamelijke beperkingen bepalen emoties de kijk op het leven van de patiënt, zoals angst voor de toekomst, een veranderend zelfbeeld en de reële angst om te stikken, schrijven Vroegop en Klemmeier-Boekhout (2016).

Verlieservaringen

Wanneer iemand geconfronteerd wordt met een chronische ziekte kan het zijn dat iemand niet meer kan werken, minder mobiel wordt, bepaalde hobby’s niet meer uit kan voeren en afhankelijker wordt. Ook kan de rol in een gezin veranderen, omdat de patiënt meer zorg nodig heeft en wellicht de zorg voor het gezin niet meer kan dragen. Dit zijn verlieservaringen

die plotseling, bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname, of geleidelijk kunnen ontstaan. Het verwerken van deze verlieservaringen gaat volgens een rouwproces en is het best te vergelijken met het circulair proces van Kübler-Ross, waarbij veelal sprake is van ontkenning, woede, onderhandelen, verdriet en uiteindelijk resulteert in acceptatie Boer et al., 2014).
In de praktijk verloopt verliesverwerking niet stapsgewijs en zal niet binnen een zekere periode over zijn wordt benadrukt door Schuurmans en Ummelen (2014). Rouwen is bij ieder persoon anders en zal ook per situatie verschillen. Het is niet mogelijk om een mens in een model te plaatsen, het is beter om iemand eigen betekenis te laten geven aan hun eigen ervaring (Keirse, 2017). Mensen met COPD zullen in tegenstelling tot mensen die terminaal ziek zijn meer verlieservaringen oplopen. Omdat hun ziekte lang voort kan duren, kan ook het rouwproces lang duren en door nieuwe verlieservaringen zelfs stagneren (Boer et al., 2014).
Keirse (2017) schrijft leven met een verlies, dat nooit eindigt en noemt verdriet niet verwerken maar overleven. Volgens Keirse (2017) gaat het over leren leven met verdriet na verlies omdat het misschien niet meer over gaat en daarnaast verlies de keerzijde is van houden van.

Acceptatieproces

Volgens Boer et al. (2014) zijn er verschillende studies die een positieve relatie tussen het accepteren van een chronische ziekte en een betere gezondheidsstatus aangetoond hebben op gebieden als emotioneel welzijn, kwaliteit van leven en zelfmanagement.
Daarom is het belangrijk om in een behandeling van een patiënt te focussen op het bereiken van acceptatie, door in te spelen op de fase van het rouwproces waar de patiënt zich in bevindt omdat iedere fase een andere aanpak behelst (Boer et al., 2014).
Boer et al. (2014) beschrijven dat de stadia van het niet accepteren van een chronische ziekte, die bestaan uit ontkennen, bedroefd zijn en weerstand hebben, invloed hebben op het ongemotiveerd zijn van een patiënt om hun gedrag aan te passen.

Longrevalidatie

Er zijn mogelijkheden om als patiënt ervoor te zorgen dat de ziekte niet onnodig verslechtert door bijvoorbeeld het juist innemen van medicatie en het aanpassen van de levensstijl door bijvoorbeeld meer te gaan bewegen. In een longrevalidatie ligt de focus op het verbeteren van het dagelijks functioneren en om hierin het hoogst haalbare te bereiken, door middel van fysieke training, een dieet, exacerbatie begeleiding, dyspneu begeleiding, educatiesessies en

wanneer geïndiceerd ook psychologische begeleiding (Stoilkova-Hartmann, Janssen, Franssen, & Wouters, 2015). Het hoogst haalbare functioneren van iemand met een chronische aandoening kan meegenomen worden in de omschrijving van de kwaliteit van leven. Exacerbatie komt vaak voor bij mensen met COPD en het is van groot belang dat de patiënt tijdig hulp inschakelt (Radboudumc, z.d.). Er wordt gesproken van exacerbatie wanneer er sprake is van toename of verergering van ziektesymptomen. En het is belangrijk dat de patiënt deze symptomen leert herkennen. Van den Aardweg (2013) beschrijft dyspneu oftewel kortademigheid als een onaangename gewaarwording van de ademhaling. Volgens Cornelison en Pascual (2019) is aangetoond, dat longrevalidatie het psychisch en lichamelijk functioneren verbetert en angst en depressie vermindert en de kwaliteit van leven van iemand met een chronische longaandoening verbetert.

Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven wordt naast levensduur gezien als belangrijke uitkomstmaat van medisch handelen volgens De Vries en Roukema (2011). Een subjectieve evaluatie van het functioneren van een persoon op sociaal, psychisch en fysiek gebied wordt kwaliteit van leven genoemd. Echter, volgens Dierx en Kasper (2018) is kwaliteit van leven een factor, die gezondheid bepaalt en gezondheid bepaalt niet de kwaliteit van leven.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) (1998) beschrijft de definitie van kwaliteit van leven als volgt: "de perceptie van individuen op hun levenspositie in de context van de cultuur en het waardensysteem waarin zij leven en de relatie tot hun doelen, verwachtingen, standaarden en belangen."

Naast enkel het lichamelijk functioneren wordt de aandacht verschoven naar de invloed die de ziekte heeft op het psychologisch en sociaal functioneren van een patiënt (De Vries & Roukema, 2011). Dit betekent, dat antwoorden op vragen zoals "heeft de patiënt sociale contacten?" of "kan de patiënt zelf boodschappen doen?" de gezondheidstoestand van een patiënt weerspiegelen wanneer het niet alleen gaat om het functioneren, maar ook wat hij of zij hier zelf van vindt. Het gaat volgens De Vries en Roukema (2011) bij de kwaliteit van leven om de mate van tevredenheid, die de patiënt zelf ervaart en hoeveel last hij hierbij heeft van de verschillende aspecten van zijn ziekte in het dagelijks leven. Nakken et al. (2015) concluderen, dat naast optimale medicamenteuze therapie ook op het gebied van thuismanagement de focus moet komen om de kwaliteit van leven niet alleen voor patiënten met COPD, maar ook om die van hun mantelzorgers te kunnen verbeteren. De Vries en

Roukema (2011) halen aan dat persoonlijkheidskenmerken de kwaliteit van leven sterk beïnvloeden. Deze persoonlijkheidskenmerken beïnvloeden de manier waarop iemand omgaat met een alledaags probleem, ook wel coping genoemd.

Coping

Er is sprake van een coping stijl wanneer iemand steeds op eenzelfde manier met een probleem of uitdaging omgaat en alsmaar voor eenzelfde (coping) strategie kiest (Rigter, 2008). Naast de persoonlijkheid van de patiënt zijn de omstandigheden, de geschiedenis en leeftijd bepalend hoe de patiënt met het nieuws over zijn chronisch ziek omgaat (Schuurmans & Ummelen, 2014). Stoilkova-Hartmann et al. (2015) beschrijven dat het longrevalidatie programma invloed heeft op de coping stijl van patiënten waar de gezondheidstoestand van is verbeterd. Ook schrijven Stoilkova-Hartmann et al. (2015) dat er sprake zou zijn van een sterk verband tussen de coping stijl van patiënten met COPD en symptomen van angst en depressie. Claes, Meas en Modderman (2018) beschrijven, dat omgaan met het verlies van gezondheid voor de één moeilijker is dan voor de ander. Dit kan zich uiten in verzet of het aannemen van een slachtofferpositie, omdat het krijgen van een diagnose ontredderd kan aanvoelen. Veelal zal er bij patiënten met een chronische longaandoening sprake zijn van een opeenvolging van verlieservaringen. Leren omgaan met een chronische longaandoening staat vaak gelijk aan het leren omgaan met emoties als angst, boosheid, somberheid en schaamte. Deze emoties beschrijven Vroegop en Klemmeier-Boekhout (2016) als een natuurlijke reactie.

Gedragsverandering

Een patiënt met een chronische longaandoening zal gedrag moeten veranderen, zodat het ziektebeeld niet sneller verergert, zoals beschreven in 1.4.2. Wanneer iemand nog rookt, zal hij moeten stoppen met roken. Medicijnen moeten op tijd ingenomen worden, conditie en spiermassa moeten op pijl gehouden worden en er moet op tijd aan de bel getrokken worden wanneer er sprake is van dyspneu of exacerbatie. Daarnaast zal ook het tempo van dagelijkse activiteiten aangepast moeten worden. Het aanpassen van de levensstijl is niet voor iedereen vanzelfsprekend of eenvoudig. Wanneer de mate van het aanpassen van het gedrag, zoals het juist innemen van medicatie of aanpassingen maken in de levensstijl, samenvalt met het advies van de arts wordt dit therapietrouw genoemd (Conthe et al., 2014).
Volgens Keers en Ubink-Veltmaat (2005) is therapietrouw een zeer abnormaal gedragspatroon bij volwassenen en is het heel moeilijk om dit te bereiken, omdat de patiënt

zelf een beslissing maakt wat hij met het advies van een arts doet. Soms zijn patiënten zich simpelweg niet bewust van hun eigen rol in een ziekteproces, anderzijds kan het voorkomen dat de draaglast te hoog is ten opzichte van de draagkracht en kan psychosociale zorg hulp bieden, zoals bij depressie, angst en interpersoonlijke conflicten. Keers en Ubink-Veltmaat (2005) zijn ervan overtuigd, dat de gedragsverandering in eerste instantie de verantwoordelijkheid is van de patiënt zelf en dat behandelaars hun inspanningen het beste kunnen richten op de intrinsieke motivatie van de patiënt. Conthe et al. (2014) beschrijven een aantal meest voorkomende oorzaken van nalatig therapietrouw: onvoldoende educatie over de ziekte, de moeilijkheid van de behandeling, een slechte werkrelatie tussen de hulpverlener en de patiënt en onvoldoende ondersteuning in de sociale kring van de patiënt. De WHO indiceert, dat slechte naleving van de behandeling bij chronische ziektes een wereldwijd probleem is in gemiddeld 50 procent van de ontwikkelde landen. Een goede naleving is met spoed nodig om de gezondheidssituatie te verbeteren (Sav et al., 2013). Om naleving te bevorderen beschrijven Casey, Murphy, Cooney, Mee en Dowling (2011) dat kennis en zelfvertrouwen belangrijk zijn voor zelfmanagement aangezien patiënten die meer vertrouwen in zichzelf hebben een proactieve houding aannemen en eerder geneigd zijn om zelfmanagement toe te passen in het dagelijks leven. Anderzijds zeggen Trappenburg et al. (2014) dat er nog geen eenduidig bewijs is voor de effectiviteit van zelfmanagement en dat lang niet alle patiënten op deze interventies reageren. Er is juist behoefte aan zorg op maat, afgestemd op de wensen en behoeftes van de patiënt zelf in het moment. Zo is een zelfmanagementinterventie erop gericht dat patiënten voorzien worden van de juiste benodigdheden om zelf proactief om te gaan met hun chronische aandoening met als doel dat zij zo goed mogelijk kunnen functioneren in het dagelijks leven (Trappenburg et al., 2014) zoals bij longrevalidatie het geval is. Kristjansdottir et al. (2018) zijn tot de conclusie gekomen dat zorgverleners een belangrijke rol kunnen spelen door patiënten met een chronische ziekte te helpen bewust te worden van hun sterke punten om het welzijn te bevorderen. De nadruk ligt op het aanleren van (meer) doorzettingsvermogen, een positieve kijk, vriendelijk kijken naar zichzelf en anderen, moed en acceptatie.

Weerstand of normale reactie?

Beutler, Harwood, Michelson, Song en Holman (2011) beschrijven weerstand als een streven om confrontatie te vermijden en/of het onderdrukken van gedachtes en gevoelens. Waar weerstand wordt gezien als stagneren, koppigheid of rebelleren, wordt door Beutler et al.

(2011) ook een normale persoonlijke reactie genoemd; reactance. De reactance theorie van Brehm wordt gedefinieerd als een gemoedstoestand die wordt opgeroepen bij de beperking van iemands (keuze) vrijheid (Beutler et al., 2011). Boer et al. (2014) beschrijven dat wanneer een patiënt hoog scoort op weerstand, ze wel toegeven ziek te zijn en dat hun situatie verslechtert, maar erg onwillig zijn om gewoontes op te geven zoals roken. De beste aanpak bij weerstand om gedrag te veranderen zou zijn om interventies te focussen op de nadelen van de weerstand en de voordelen van het doorbreken van de weerstand, zoals een betere kwaliteit van leven (Boer et al., 2014).

Positieve gezondheid

In het actuele concept rondom adaptief vermogen volgens Huber et al. (2016) wordt gezondheid beschreven als het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. Dit beslaat dezelfde domeinen als te lezen is in de definitie van het begrip gezondheid door de WHO uit 1948. De WHO schrijft, dat gezondheid een toestand is van compleet welbevinden, lichamelijk, psychisch en sociaal en spreekt niet over de afwezigheid van ziekte en gebreken.
De indicatoren van positieve gezondheid zijn ingedeeld in zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Onder de zes dimensies vallen onderliggende specificaties. Huber (2013) beschrijft dat de verschillende dimensies elkaar beïnvloeden en dat inzet op één terrein effecten kan hebben op andere terreinen. Patiënten geven aan, dat zij zich aangesproken voelen in hun kracht in plaats van hun zwakte door de nieuwe dynamische beschrijving van gezondheid (Huber, 2019). Ook wordt de omschrijving, dat iemand meer is dan zijn of haar ziekte gewaardeerd door patiënten en herkennen zij dat gezondheid ervaren wordt als een dynamisch ‘iets’. Daarnaast wordt het vermogen tot eigen regie en eigen verantwoordelijk als positief gezien door patiënten (Huber, 2013). Dit betekent dat, volgens de definitie van Positieve Gezondheid mensen kunnen leren omgaan met een chronische ziekte en daarnaast nog gezond in het leven kunnen staan.

1.5 Rol van het medium

Beeldende therapie

Een vaktherapeutische behandeling houdt in dat de vaktherapeut cliënten met psychosociale problemen en/of psychiatrische stoornissen behandeld en daarbij op methodische wijze gebruik maakt van beeldende, drama-, dans-, muzikale of psychomotorische interventies

(GGZ Standaarden, 2020). Beeldende therapie is een ervaringsgerichte therapie, waarbij de beeldend therapeut een brug kan slaan tussen het fysieke en het geestelijke proces. Het inzichtelijk te maken van dit proces wordt aan de hand van beeldend vormen en het zichtbare en tastbare beeldend product wat hieruit ontstaat gebruikt als middel in de therapeutische relatie (Schweizer, 2009). Wat onder meer uniek is aan beeldende therapie in vergelijking tot andere vaktherapieën is het werken met een zichtbaar en tastbaar product. Met het product wordt het resultaat van het beeldend vormen bedoeld. Dit kan tekenen, schilderen, kleien, enzovoorts zijn. Dit product kan weggelegd worden en er later weer bij gepakt worden, een serie aan producten kan tevens het proces van een cliënt in de therapie inzichtelijk maken.

De definitie van beeldende therapie, die Schweizer (2009) beschrijft is als volgt: een behandeling waarbij de beeldend therapeut het proces van beeldend vormen hanteert en het zichtbaar en tastbaar product wat hieruit voortkomt gebruikt als middel binnen de therapeutische relatie, waarbij de ervaring van de cliënt centraal staat. Rakici en Karaman (2019) beschrijven dat beeldend werken kan dienen als uiting, vrijlating en zuivering van emoties. Een innovatieve methode om ziektebeleving te beoordelen als beeldend therapeut, die Kaptein, Tiemensma, Broadbent, Asijee en Voorhaar (2017) beschrijven is het laten tekenen van de ziekte. In hun onderzoek hebben ze patiënten met COPD hun eigen longen laten tekenen. De manier waarop een cliënt zich beeldend uitdrukt in bijvoorbeeld vorm en beweging is een aangrijppunt voor interventie en nabespreking (Schweizer, 2009). Daarnaast wordt het idee omarmt dat kunst als middel voor symbolische communicatie kan dienen door uitdrukking te geven aan emoties en andere ervaringen volgens Malchiodi (2013). Deze uiting van kunst wordt gebruikt om verbale uitwisseling tussen de patiënt en de therapeut te verbeteren.

Rakici en Karaman (2019) beschrijven dat het definiëren van emoties door middel van kunst als communicatiemiddel positieve resultaten op kunnen leveren wanneer woorden niet volstaan. Bijvoorbeeld in een lange behandeling van kanker kan het van cruciaal belang zijn om de patiënten aan te moedigen om hoop te houden. Het uiten van emoties brengt verlichting maar af en toe schieten woorden te kort om uitdrukking te geven aan wat iemand voelt. Schilderkunst biedt de mogelijkheid om complexe gevoelens, ervaringen en emotie uit te drukken (Rakici & Karaman, 2019).

Het aansluiten op de behoeften van de patiënt en het aanpassen van de therapeutische houding lijken essentieel in behandeling van patiënten met chronische aandoeningen. Het is zeker bij deze doelgroep erg belangrijk om flexibel te zijn als therapeut, omdat iedere dag er anders uit kan zien door oncontroleerbare factoren zoals het weer volgens het Longfonds (z.d.-a).
Dit betekent, dat het soms niet mogelijk is om een bepaalde werkvorm uit te voeren, ook al zou de patiënt hier baat bij kunnen hebben, zoals het uiten van boosheid met een beeldend materiaal zoals klei, verf, potloden, gips, enzovoorts. Het uiten van heftige emoties zoals boosheid kan namelijk leiden tot ernstige kortademigheidsklachten, die patiënten als beangstigend en als negatief kunnen ervaren. Pool et al. (2004) schrijven dat het voor kan komen dat patiënten met een chronische longaandoening zichzelf afgeleerd hebben om heftige emoties te tonen en kan het vermogen om deze emoties te voelen verminderd kunnen zijn.
Dit vraagt om flexibiliteit als therapeut. Hierbij is de therapeutische houding erg belangrijk in het contact met een patiënt, omdat iedereen uniek is en anders reageert. Het is daarom wenselijk om af te stemmen op de mogelijkheden van een patiënt, wat soms kleine stapjes betekent. Schweizer (2009) beschrijft, dat een transparante houding zorgt voor veiligheid, waardoor de patiënt de therapeut ook als mens ziet die af en toe een fout maakt. Echtheid in het contact is een voorwaarde voor de behandeling. Hierbij is een empathische en betrokken houding van belang om zodoende vertrouwen te creëren om aan problematiek van de patiënt te werken (Schweizer, 2009).

Analogie

De manier, waarop een cliënt zich beeldend uitdrukt zou volgens Smeijsters (2008) analoog kunnen zijn aan het dagelijks leven. Dit biedt de mogelijkheid om door een bepaalde distantie algemeen handelen te herkennen, exploreren en te experimenteren met nieuw gedrag, wat in de alledaagse werkelijkheid nauwelijks mogelijk is. Het basisidee van analogie in vaktherapie is dat processen in het medium analoog zijn aan psychische processen en dat er gelijkwaardigheid ontstaat tussen de vorm van expressie en de innerlijke ervaring (Smeijsters, 2012). Uitgaande van het analoge procesmodel van Smeijsters (2008) betekent, dat beeldende therapie in longrevalidatie een bijdrage kan leveren aan gedragsverandering door de cliënt hun gedrag te laten herkennen, erkennen en oefenen van nieuw gedrag.

Weerstand in beeldende therapie

McFerran en Finlay (2018) hebben onderzoek gedaan naar weerstand in vaktherapie, wat wordt gezien als een defensieve en zelf beschermende reactie naar therapie. In dit onderzoek beschrijven ze dat deze reactie prominent aanwezig is binnen vaktherapie omdat het ook refereert aan de manier waarop iemand reageert op een artistieke actie. In beeldende therapie uit zich dit doordat cliënten kiezen voor een veilige werkvorm, in plaats van iets wat angst kan oproepen (McFerran & Finlay, 2018). Rubin (2011) beschrijft dat periodes van weerstand in beeldende therapie worden gekenmerkt door alle afweermechanismes, die ook in verbale therapie voorkomen zoals het niet willen creëren of praten, humor gebruiken en regressie. Deze weerstand is een natuurlijke reactie, de cliënt beschermt zichzelf voor wat komen gaat, wat bijvoorbeeld het verliezen van controle kan zijn (Rubin, 2011). Daarnaast schrijft Rubin (2011), dat weerstand zo vaak voorkomt in beeldende therapie dat het bij aanvang natuurlijk is voor de meeste volwassenen om zich te verzetten tegen een beeldend materiaal.
Over weerstand schrijft Budde (2008) dat verandering gepaard gaat met weerstand als één van de eerste dingen die op het pad komen, omdat mensen van nature alert zijn wanneer er sprake is van een verandering. De fases van weerstand vergelijkt Budde (2008) met de fases uit een rouwproces van Kübler-Ross (2007) omdat er sprake is van loslaten en groeien naar een nieuwe situatie. Andere oorzaken van weerstand kunnen ook zijn dat iemand geen ander gedragsrepertoire heeft, onzeker is, geen alternatief ziet, of een voordeel heeft bij het behouden van een situatie (Budde, 2008).

Aansluiten in beeldende therapie bij de oorzaak en de fase van weerstand is essentieel omdat het de veranderstrategie bepaalt. Bij weerstand is er sprake van moeten, je gaat iets verliezen zonder dat je weet wat je ervoor terug krijgt en je voelt je gedwongen tot iets wat je nog niet wilt (Budde, 2008). Patiënten met een chronische longaandoening hebben vaak al veel moeten inleveren door het verlies van hun gezondheid: hun baan, hobby's en krijgen vaak te maken met rolverandering omdat alledaagse taken zoals het huishouden niet meer gaan (Pool et al., 2004). Het lijkt hierom belangrijk dat patiënten eigen regie kunnen voeren en zelf de keuze kunnen maken.

Doelstellingen beeldende therapie

Hoofddoelstellingen binnen beeldende therapie bij Ciro worden gecategoriseerd onder coping, acceptatie, stemming en ziektecognities. Het doel van de revalidatie, dat door de patiënt zelf

opgesteld wordt, zoals ‘ik wil weer met mijn (klein)kinderen kunnen spelen’, kan als aanknopingspunt gebruikt worden om iemand ervan bewust te maken dat hij zijn gedrag moet aanpassen, zoals stoppen met roken, de conditie op peil houden of eerder grenzen aangeven. Iemand kan in beeldende therapie gedrag leren herkennen, erkennen en nieuw gedrag exploreren, door middel van ervaringsgericht werken en de ondersteuning van de beeldend therapeut (Schweizer, 2009). Het persoonlijke doel voor de revalidatie kan dienen als motivatie en leidraad in de behandeling bij beeldende therapie.

Vertaling naar de doelgroep

Patiënten kunnen baat hebben bij beeldende therapie gedurende hun revalidatietraject door ondersteuning van de mentale hulpvragen, die tijdens een revalidatie kunnen spelen. Het gaat hierin om het beeld dat de patiënt heeft op zijn of haar levenspositie in relatie met doelen, verwachtingen, standaarden en belangen. Ook wel kwaliteit van leven genoemd (WHO, 1998). Beeldend werken kan verschillende functies hebben, bijvoorbeeld als een uitlaatklep dienen of om complexe gevoelens, emoties of ervaringen uit te drukken (Rakici & Karaman, 2019). Wat onder meer uniek is aan beeldende therapie in vergelijking tot andere vaktherapieën is het werken met een zichtbaar en tastbaar product.
Uitgaande van het analoge procesmodel van Smeijsters (2008) betekent het, dat beeldende therapie met patiënten met chronische longaandoeningen een bijdrage kan leveren aan gedragsverandering door de cliënt hun gedrag te laten herkennen, erkennen en oefenen van nieuw gedrag. Het veranderen van gedrag kan positieve effecten hebben voor de kwaliteit van leven die een patiënt ervaart. Huber (2013) beschrijft dat de verschillende dimensies elkaar beïnvloeden en dat inzet op één terrein effecten kan hebben op andere terreinen. Dit betekent dat, volgens de definitie van Positieve Gezondheid mensen kunnen leren omgaan met een chronische ziekte en daarnaast nog gezond in het leven kunnen staan.

Het is echter niet altijd vanzelfsprekend om aan de slag te gaan met zaken als acceptatie en het leren omgaan met ziek zijn in de medische setting van het revalidatiecentrum, en er kan zelfs weerstand ontstaan. Bij weerstand is er sprake van moeten, je gaat iets verliezen zonder dat je weet wat je ervoor terug krijgt en je voelt je gedwongen tot iets wat je nog niet wilt (Budde, 2008). Verandering gaat gepaard met weerstand als één van de eerste dingen die op het pad komt, omdat mensen van nature alert zijn wanneer er sprake is van een verandering.

Omdat patiënten met een chronische longaandoeningen vaak al veel verlieservaringen te maken hebben gehad, lijken zij dan ook extra alert wanneer er sprake is van verandering.

Wanneer patiënten ervoor kiezen om de behandeling beeldende therapie vroegtijdig stop te zetten wordt dit bespreekbaar gemaakt door de therapeut en worden alle opties bekeken. Omdat de behandeling op vrijwillige basis is, en omdat er veel waarde wordt gehecht aan eigen regie, wordt de wens van de patiënt om de behandeling stop te zetten altijd nageleefd. In een gesprek met de therapeut wordt de behandeling stopgezet, waarbij de therapeut aangeeft dat, mocht de behoefte er zijn, er een nieuwe afspraak ingepland kan worden zolang de patiënt revalideert.

1.6 Vraagstelling

Mosselmans en Braakman (2019) beschrijven uitval in de beeldende therapie als weerstand, maar kan dit zo benoemd worden of is het een normale reactie op verandering? Uit de probleemgebied verkenning is gekomen hoe belangrijk zelfmanagement en keuzevrijheid voor patiënten met chronisch longfalen is, omdat zij al veel verlieservaringen opgedaan hebben door hun ziekte en zich al veel hebben moeten aanpassen. Tevens is nog niet bekend welke factoren bij deze cliënten daadwerkelijk een rol spelen, en om te komen tot gedragsverandering die bijdraagt aan kwaliteit van leven, is dit wel van belang. Met name omdat, op basis van literatuur het vermoeden bestaat dat beeldende therapie, naast de medische behandeling, daar een belangrijk rol in kan spelen.
Om antwoord te krijgen op deze vragen heeft het onderzoek zich gericht op het patiëntperspectief op beeldende therapie. Er is onderzocht welke elementen als waardevol worden ervaren door patiënten in beeldende therapie. Door meer zicht te krijgen op ervaringen van patiënten kunnen keuzes gemaakt worden om de behandeling beter aan te laten sluiten bij de patiënt en kan dit in de toekomst leiden tot minder vroegtijdige beëindiging van de behandeling in beeldende therapie. De vraag van dit onderzoek luidt als volgt:

“Welke kenmerken van beeldende therapie ervaren patiënten met een chronische longaandoening bij Ciro te Horn als waardevol in het komen tot gedragsverandering?”

1.7 Relevantie

Student

Dit onderzoek is relevant voor mij als student om ervaring op te kunnen doen als onderzoeker. Ervaring met onderzoek doen is belangrijk om als vaktherapeut bij te dragen aan de ontwikkeling van het beroep. Evidence Based werken is een rode lijn die door de opleiding loopt, waar vanaf leerjaar één al veel waarde aan wordt gehecht. Daarnaast wil ik mij verder verdiepen in de doelgroep waar ik al kennis mee heb gemaakt in mijn 3e jaars stage. Ditmaal door een andere rol aan te nemen, die van onderzoeker, wat andere competenties belicht dan enkel de rol van therapeut. Hierdoor kan ik leren om nog beter aan te kunnen sluiten bij de behoeften van de patiënt en hierin ook flexibel te zijn. Als therapeut is het belangrijk om flexibel te kunnen zijn in het contact met patiënten en bij het inzetten van het medium. Bij Ciro komen tal van verschillende patiënten voorbij met uiteenlopende verhalen en problematieken omdat iedereen, uit iedere laag van de bevolking ziek kan worden. In dit onderzoek draait het om het patiëntperspectief op werkzame elementen van beeldende therapie en door dit in kaart te brengen kan ik mijzelf een spiegel voorhouden of ik mijn methodisch handelen herken in deze elementen, maar ook hoe ik mij hier nog in zal kunnen ontwikkelen.

Instelling

Ciro is een medische academische instelling, die veel waarde hecht aan Evidence Based werken. Het is belangrijk om beeldende therapie door middel van onderzoek te positioneren binnen de instelling. Uit mailcontact of in een multidisciplinaire vergadering schemert soms door dat niet iedere collega binnen de instelling bekend is met beeldende therapie, en meldt een patiënt af voor de behandeling omdat hij geen beeldende therapie wil vanwege bijvoorbeeld gebrek aan affiniteit. Hiermee wordt de verantwoordelijkheid van de patiënt buiten de patiënt gelegd, terwijl zelfmanagement juist zo belangrijk is bij deze doelgroep. Het is belangrijk om binnen de instelling de relevantie van beeldende therapie kenbaar te maken naar alle collega's en de patiënten te motiveren voor een behandeling. Daarnaast is er weinig onderzoek gedaan naar beeldende therapie bij chronisch longfalen en is het belangrijk voor dit werkveld om Evidence te verkrijgen.

Cliënt

Dit onderzoek is relevant voor de patiënt, omdat het gericht is op hun eigen perspectief. Op de vraag wat zij van de therapie verwachten, op de rol van de therapeuten, op hun ervaringen zelf en het medium. Maar als belangrijkste vraag: wat de patiënten als werkzame factoren ervaren om te komen tot gedragsveranderingen binnen de therapie. De verwachting is, dat als het patiëntperspectief duidelijk wordt door dit in kaart te brengen door middel van dit onderzoek, er beter aangesloten kan worden bij de behoeftes en wensen van de cliënt. Omdat naar voren is gekomen, dat niet iedereen die werkzaam is binnen de instelling, kennis heeft van beeldende therapie, kunnen zij hier ook niet de juiste informatie over geven of een doorverwijzing maken. Ook wordt er onderling door revalidanten ofwel positief of negatief gesproken. Hierdoor kan het zo zijn dat er verkeerde conclusies getrokken worden en patiënten kiezen om niet te beginnen aan beeldende therapie of de behandeling vroegtijdig te beëindigen. Wanneer patiënten de juiste informatie krijgen en de behandeling aangesloten kan worden bij wat zij als werkzame elementen ervaren, kan de uitval binnen beeldende therapie verminderd worden.

Beroep

Onderzoek doen naar de door patiënten ervaren effecten op werkzame elementen van beeldende therapie kan een bijdrage leveren aan het versterken van de positie van vaktherapie, omdat er Evidence based is gewerkt (Kuiper, Verhoef, & Munten, 2016). Zo kan door middel van wetenschappelijke onderbouwing bewezen worden dat vaktherapie een werkende factor is in de praktijk. Zoals Boresius en Visser (2015) beschrijven is het van groot belang om onderzoek te doen naar vaktherapie om onderbouwing te verkrijgen en vaktherapie onder de te verzekeren zorg te categoriseren. Aandacht voor de effectiviteit van de behandelingen groeit binnen de gezondheidszorg en door de druk vanuit verzekeraars is het van belang dat zorgverleners hun handelen kunnen verantwoorden en hierdoor zorg vergoed kan worden (Pénzes, Gielen & Beurskens, 2012). Ook wordt de positie van vaktherapie in de revalidatiezorg met patiënten met chronische longaandoeningen versterkt wanneer er door middel van dit onderzoek meer zicht komt op de ervaren effecten van werkzame elementen van beeldende therapie. Dit is belangrijk, omdat beeldende therapie vaak onderdeel is van geestelijke gezondheidszorg, maar nog weinig wordt ingezet bij meer lichamelijke problematiek zoals longfalen.

1.8 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om een beschrijving van werkingselementen van beeldende therapie om te komen tot gedragsverandering, te verklaren. Dit wordt gedaan aan de hand van de ervaren effecten van patiënten met een chronische longaandoening binnen Ciro. Het onderzoek geeft een beeld van het patiëntperspectief van vijf respondenten op werkingselementen van beeldende therapie. Daarnaast geeft het inzicht in hoe deze ervaren effecten onderbouwd kunnen worden aan de hand van literatuur.

Het onderzoek heeft een inventariserend karakter naar de effecten op werkzame elementen, die respondenten hebben ervaren gedurende beeldende therapie. Dit betekent, dat enkel respondenten die ervaring hebben met beeldende therapie betrokken zijn bij het onderzoek om hiermee zicht te krijgen op verwachtingen die patiënten voorafgaand aan beeldende therapie hebben, en of deze verwachting naarmate de behandeling vordert is bijgesteld of juist niet. Door deze ervaren effecten beter in beeld te krijgen, kan er meer zicht verkregen worden op de behoeftes van de patiënten en kan uitval of vroegtijdig beëindigen van de behandeling voorkomen worden in de praktijk. Als beeldend therapeut is het van belang om zicht te krijgen in de ervaren effecten van de patiënten om aansluiting te vinden in het methodisch handelen om weerstand en mogelijk vroegtijdig beëindigen van de behandeling te verminderen.

Hoofdstuk 2: Onderzoeksdesign

2.1 Onderzoekstype

De vraag van het onderzoek betreft: *"Welke kenmerken van beeldende therapie ervaren patiënten met een chronische longaandoening bij Ciro te Horn als waardevol in het komen tot gedragsverandering?"*. Deze vraagstelling heeft een inventariserend karakter, omdat er gevraagd wordt naar het patiëntperspectief op waardevolle kenmerken van beeldende therapie. Baarda et al. (2018) beschrijft dat een explorerend onderzoek waardevol is, wanneer gezocht wordt naar verkenning van een fenomeen, zeker wanneer de oorzaak van dit fenomeen nog niet bekend is. In dit onderzoek is het patiëntperspectief op werkingselementen van beeldende therapie verkend en zijn de ervaringen van patiënten geïnventariseerd.

2.2 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek bedraagt een inventariserende open vraagstelling en valt daarom onder een kwalitatieve onderzoeksmethode (Baarda, 2009).

Bij een kwalitatief onderzoek draait het om het verkrijgen van inzichten en niet zozeer om harde getalsmatig onderbouwde feiten volgens Baarda (2009). Kwalitatief onderzoek doen kan aan de hand van verschillende onderzoeksmethoden. De keuze voor de methode van dit onderzoek is een kwalitatieve survey.

Baarda et al., (2018) beschrijven dat het doel van een kwalitatieve survey voornamelijk bestaat uit het beschrijven van een waargenomen verschijnsel. Voor een kwalitatieve survey zijn maar een beperkt aantal eenheden nodig om het overzicht te bewaren in tegenstelling tot een kwantitatieve survey, waarbij het voornamelijk gaat over het in beeld krijgen van hoe vaak een fenomeen daadwerkelijk voorkomt. Daarom heeft de focus in dit onderzoek gelegen op vijf patiënten met een chronische longaandoening, die in behandeling zijn of zijn geweest bij beeldende therapie binnen Ciro. Er is gekozen voor vijf patiënten voor dit onderzoek. Een grotere eenheid was niet haalbaar gezien de tijd van dit onderzoek en een nog kleinere eenheid had wellicht voor te weinig diversiteit gezorgd.

2.3 Dataverzameling

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van interviews om data te verzamelen. Migchelbrink (2016) beschrijft dat door het afnemen van interviews bij deze patiënten inzicht verkregen kan worden in overeenkomsten en verschillen tussen de respondenten, gericht op de vraagstelling van het onderzoek. De interviews die bij dit onderzoek afgenomen zijn hebben een half

gestructureerd karakter door het gebruik van een topiclijst en met genoeg ruimte voor eigen inbreng van de geïnterviewde (Verhoeven, 2011). Deze is terug te vinden in Bijlage B: Topiclijst en is gaandeweg het interview aangepast. Door de voorstudie, die beschreven is in de probleemstelling, was de kans op relevante dataverzameling binnen dit onderzoek groter en de kans dat belangrijke onderwerpen vergeten zouden worden kleiner (Baarda et al., 2018). Het onderzoek is gericht op patiënten met chronisch longfalen, zowel COPD als astma, van de revalidatieafdeling Ciro@Health en de palliatieve, ziektegerichte zorg afdeling Ciro@Care. Hier is samen met de beeldend therapeuten voor gekozen om een zo objectief mogelijke inventarisatie van het patiëntperspectief op ervaren effecten tijdens beeldende therapie binnen Ciro te verkrijgen. Daarnaast is er geen selectie gemaakt van de deelnemers aan dit onderzoek op basis van leeftijd, geslacht, doelstelling, fase van gedragsverandering, fase van rouwverwerking, enzovoorts, om een zo goed en divers mogelijk beeld te krijgen.

De deelname aan dit onderzoek is op vrijwillige basis en volledig willekeurig, gebaseerd op de instoom van patiënten binnen de beeldende therapie. Er is voor dit onderzoek gekozen om niet specifiek patiënten, waarbij een vermoeden is van weerstand of uitval bestaat te selecteren. Dit is om een objectief en niet beïnvloed beeld te krijgen van de ervaringen van patiënten in beeldende therapie. Het onderzoek is gericht op het patiëntperspectief op werkingselementen van beeldende therapie door het inventariseren naar ervaringen van patiënten. Op deze manier zijn ook de minder positieve ervaringen van patiënten betrokken bij de resultaten van dit onderzoek. Deze minder positieve ervaringen zijn waardevol om zicht te krijgen op redenen die kunnen leiden tot het vroegtijdig beëindigen van beeldende therapie en in te toekomst mogelijk aanpassingen te kunnen maken om uitval te kunnen voorkomen.

Er zijn vaak twee interviews per respondent afgenomen, waarvan de eerste in ieder geval na één of een aantal sessies beeldende therapie. Het tweede interview is soms direct en in andere gevallen een aantal weken later afgenomen. Voor het eerste interview is het van belang dat de patiënt die meedoet aan het onderzoek ten minste één sessie beeldende therapie heeft gehad, omdat de vraag van het onderzoek gericht is op de ervaringen van patiënten in beeldende therapie. Het is niet mogelijk om over ervaring te spreken, wanneer de patiënt nog geen enkele sessie beeldende therapie heeft gehad. De opzet van deze interviews is terug te lezen in 2.6 Verloop van het onderzoek, waarin deze opzet nader wordt toegelicht en gespecificeerd per respondent.

Er is rekening gehouden met de energieverdeling van de patiënt door ervoor te kiezen om een interview niet direct na de sessie beeldende therapie te plannen, maar minstens een dag later, zodat de patiënt ook tijd heeft gehad om de ervaringen van de sessie voor zichzelf te structureren. De interviews hebben plaats gevonden in een ruimte, die afgesloten kan worden door middel van een deur. In de praktijk betekende dit de beeldende therapieruimte of een andere kamer, zoals de grote of kleine vergaderzaal of een spreekkamer binnen Ciro. Het was belangrijk, dat er tijdens het afnemen van de interviews zo min mogelijk gestoord kon worden zodat de patiënt open, eerlijk en in een veilige setting kon antwoorden.
Interviews werden ingepland in de agenda van de deelnemende patiënt door de beeldend therapeuten, zoals iedere activiteit gedurende de behandeling binnen Ciro. Door de interviews op te nemen in de agenda van de patiënten is gezorgd voor een duidelijk overzicht voor de patiënten.

De therapeuten zijn niet aanwezig geweest bij de interviews om de situatie zo min mogelijk te beïnvloeden en de ruimte om open te zijn in het beantwoorden van de vragen te vergroten.
In het eerste interview is ingegaan op de eerste indruk en de verwachtingen van de therapie. In het tweede en laatste interview is de gehele behandeling beeldende therapie geëvalueerd. Door rekening te houden met de patiënt en om deze niet te overvragen is de lengte van het interview dertig tot maximaal vijfenveertig minuten geweest. De interviews zijn mondeling afgenomen om zo nodig de vragen uit te kunnen leggen, in te kunnen gaan op antwoorden en doorvragen of juist vragen te kunnen overslaan. Ook komt het voor dat patiënten laaggeletterd zijn, en ook hier moest rekening mee gehouden worden volgens Lara Schaefer (persoonlijke communicatie, 29 oktober 2019). Voorafgaand aan de interviews zijn de patiënt geïnformeerd en hebben zij toestemming gegeven voor het gebruiken van de gegevens door middel van toestemmingsformulieren. Dit formulier is terug te vinden in Bijlage D: Toestemmingsformulier. De ondertekende formulieren zijn aanwezig in een privé omgeving in verband met privacy van de respondenten en op te vragen ter beoordeling.

2.4 Data-preparatie

Om de kwaliteit en betrouwbaarheid van de dataverzameling te vergroten en te waarborgen is er gebruik gemaakt van geluidsopnames gedurende het afnemen van alle interviews (Baarda et al., 2018). Dit zorgt ervoor dat het interview teruggeluisterd kan worden en informatie goed

verwerkt en geanalyseerd kan worden. De opnames zorgen ervoor dat de interviews als geheel getranscribeerd kunnen worden. Dit vormt de basis van de data-analyse.

2.5 Data-analyse

Bij de data-analyse is gebruik gemaakt van de coderingsprincipes van de Grounded Theory methode (Baarda et al., 2018); open en axiaal coderen. Dit is een kwalitatieve onderzoeksmethode, die gekenmerkt wordt door het richten op een onderbouwde theorie over de onderzochte werkelijkheid (Migchelbrink, 2016). Wanneer de transcripten gemaakt zijn, begint de open codering. Zo wordt de inhoud van het transcript gelabeld in het conceptuele interpretatiekader van de onderzoeker (Baarda et al., 2018). Ook is voor deze eerste codering gebruik gemaakt van topics vanuit de topiclijst van de interviews, sensitizing concepts genoemd. Deze dienen als rode lijn voor het onderzoek (Boeije, 2014). Vervolgens is de open codering door middel van axiaal coderen hergroepeerd, waaruit categorieën en hoofdcategorieën zijn ontstaan. Door het constant vergelijken van overeenkomsten en verschillen werden achterliggende factoren steeds beter zichtbaar. De categorieën en hoe ze in verhouding staan tot elkaar is beschreven in hoofdstuk 3, de resultaten.

Er is cyclisch gewerkt: gegevens verzameld, geanalyseerd en vergeleken met de kennis die al bekend was, waarna vervolgens een nieuwe stap gezet werd en de cyclus opnieuw begint (Migchelbrink, 2016). Zo is er eerst een tweetal interviews afgenomen en tijdens het maken van de transcripties is er op gelet of de data om te komen tot het beantwoorden van de onderzoeksvraag is verzameld. Wanneer er sprake was van een vraag, die anders geïnterpreteerd werd door de respondenten, is de formulering van de vraag aangepast in de topiclijst. Na ieder interview is kritisch gekeken of de verkregen data aansluit bij de vraag van dit onderzoek. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van theoretical sampling. Dit betekent, dat op zoek is gegaan naar meerdere respondenten die persoonlijke informatie hebben gegeven over de specifieke ontdekte categorieën die naar voren kwamen in de dataanalyse (De Boer, 2011). Het proces van voortdurend herhalen van waarnemen, verzamelen en reflecteren wordt een iteratief proces genoemd en stopt pas wanneer de herhaling geen nieuwe inzichten meer oplevert, maar enkel de aanwezige inzichten aanvult (Baarda et al., 2018).
De transcripties en codering zijn wegens privacyoverwegingen van de respondenten niet toegevoegd aan de bijlage van deze scriptie. Tevens zijn deze wel op te vragen ter beoordeling.

2.6 Verloop van het onderzoek

Het plan van aanpak van het onderzoek bestaat uit het afnemen van twee interviews met iedere respondent. Eén interview na de eerste sessie beeldende therapie en het tweede interview vindt dan plaats na vier weken. Daarbij wordt ervan uit gegaan dat de patiënt één sessie beeldende therapie per week heeft. In Figuur 1 wordt deze opzet weergegeven.

Interviews						
Sessie 1	**Interview 1**	Sessie 2	Sessie 3	Sessie 4	Sessie 5	**Interview 2**

Figuur 1. Overzicht van opzet van de interviews.

Het volgen van deze opzet is in de praktijk moeilijker gebleken dan verwacht, door factoren die in hoofdstuk 4 beschreven worden. Het onderzoeksproces is gestart met interviews met patiënt A en B. Beide patiënten hadden voorafgaand aan het eerste interview al twee sessies beeldende therapie gehad, toen zij ingepland zijn door één van de beeldend therapeuten. De opzet van de interviews is hierdoor anders verlopen dan eerder gepland. Figuur 2 beschrijft de opzet van het onderzoeksproces van patiënt A.

Patiënt A						
Sessie 1	Sessie 2	**Interview 1**	Sessie 3	Sessie 4	**Interview 2**	Sessie 5

Figuur 2. Overzicht van opzet van de interviews met patiënt A.

Het tweede interview heeft drie weken na het eerste interview plaatsgevonden, omdat dit de laatste week van de revalidatie was voor patiënt A. Zij heeft de voorkeur eraan gegeven om vanwege gehoorproblemen het tweede interview bij Ciro te laten plaatsvinden in plaats van telefonisch. Hier is rekening mee gehouden in de planning.

Patiënt B				
Sessie 1	Sessie 2	**Interview 1**	Sessie 3	**Interview 2**

Figuur 3. Overzicht van opzet van de interviews met patiënt B.

In Figuur 3 is de opzet van de interviews met patiënt B weergegeven. Het tweede interview heeft vier weken na het afnemen van het eerste interview telefonisch plaatsgevonden. De revalidatie was één week na het eerste interview afgerond. De beeldende therapie is pas later in de revalidatie van deze patiënt gestart en ook is een aantal keer de therapie uitgevallen.

Patiënt C							
Sessie 1	Sessie 2	Sessie 3	Sessie 4	Sessie 5	Sessie 6	**Interview 1 + 2**	Sessie 7

Figuur 4. Overzicht van opzet van de interviews met patiënt C.

In het geval van patiënt C is het eerste interview pas na zes sessies beeldende therapie ingepland. Deze patiënt ging een week later dan ook met ontslag. Daarom is er op het moment van het eerste interview gekozen om direct vragen uit het tweede interview te stellen. Het tweede interview zou volgens het plan van aanpak na vier weken plaatsvinden, maar omdat er slechts één sessie tussen beide interviews zou zijn is gekozen om interview één en twee samen te voegen, zoals in Figuur 4 te zien is. Het samenvoegen van beide interviews is ook gebeurd bij patiënt D, dit wordt weergegeven in Figuur 5.

Patiënt D						
Sessie 1	Sessie 2	Sessie 3	Sessie 4	Sessie 5	**Interview 1 + 2**	Sessie 6

Figuur 5. Overzicht van opzet van de interviews met patiënt D.

Ook bij patiënt D werd het eerste interview pas later gedurende de behandeling ingepland door één van de beeldend therapeuten. Om dezelfde reden als patiënt C is er gekozen om het eerste en tweede interview samen te voegen. Op deze keuze wordt in hoofdstuk 4, in de kritische reflectie nader ingegaan.

Patiënt E													
Sessie: 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	**Interview 1**	*Behandeling loopt verder*

Figuur 6. Overzicht van opzet van de interviews met patiënt E.

Bij patiënt E is het eerste interview zelfs pas na twaalf sessies beeldende therapie ingepland, zoals te zien is in Figuur 6. Het verschil tussen patiënt E en de andere patiënten is, dat hij opgenomen is op de afdeling @care en daarom langer dan de standaard acht weken revalidatie in behandeling is. Het tweede interview heeft nooit plaats kunnen vinden in verband met de richtlijnen en maatregelen rondom COVID-19. Zoals in de figuren 2 tot en met 6 te zien is, is geen van de onderzoeksprocessen verlopen volgens het plan van aanpak dat in Figuur 1 is weergegeven. De afwegingen en keuzes, die daar invloed op hebben gehad zijn in overleg met de opdrachtgevers genomen.

In Tabel 1 is een overzicht van de respondenten terug te vinden. Hierin staat de leeftijd en het geslacht van de respondenten vermeld. In dit overzicht staat ook beschreven of de respondenten eerder te maken hebben gehad met revalidatietrajecten en beeldende therapie.

Tabel 1

Beschrijving van de respondenten

	Leeftijd	Geslacht	Revalidatie ervaringen	Ervaring beeldende therapie
Patiënt A	71 jaar	Vrouw	Verschillende keren gerevalideerd bij verschillende revalidatiecentra, komt voor de tweede keer revalideren bij Ciro	Heeft beeldende therapie gehad tijdens andere revalidatietrajecten
Patiënt B	63 jaar	Vrouw	Twee keer eerder gerevalideerd bij andere centra, eerste keer revalidatie bij Ciro	Heeft tijdens een andere revalidatie beeldende therapie in groepsverband gehad
Patiënt C	40 jaar	Vrouw	Eerste revalidatie	Eerste ervaring met beeldende therapie tijdens deze revalidatie
Patiënt D	49 jaar	Vrouw	Tweede revalidatie bij Ciro	Heeft tijdens de eerste revalidatie ook beeldende therapie gehad
Patiënt E	60 jaar	Man	Een keer eerder gerevalideerd, dit is de eerste revalidatie bij Ciro	Heeft jaren geleden tijdens een opname op de Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) beeldende therapie gehad

2.7 Kwaliteitscriteria

Credibility

Kuiper et al. (2016) beschrijven dat het bij credibility gaat om de geloofwaardigheid van een onderzoek. Deze geloofwaardigheid is op verschillende manieren te waarborgen. Een voorbeeld hiervan is het bevragen van verschillende respondenten, en niet enkel afgaan op de mening van een individu. Daarbij is het belangrijk om de resultaten niet af te laten hangen van de mening van de onderzoeker, maar deze daadwerkelijk te baseren op de ervaring van de patiënt. Om dit te controleren is er gebruik gemaakt van member checking. Member checking houdt in dat de respondent betrokken is bij de interpretatie, door na te gaan of de patiënt zichzelf herkent en of de informatie accuraat en correct is (Kuiper et al., 2016). Het laten controleren van de gegevens zal pas mogelijk zijn na het transcriberen van de interviews. Door gebruik te maken van een topiclijst bij de interviews zijn er vragen gesteld, die relevant zijn voor de uitkomst van de onderzoeksvraag en zij hebben ervoor gezorgd dat er niet te ver van het onderwerp afgeweken is. Dit was belangrijk voor het onderzoek omdat de tijd beperkt was om data te verzamelen en analyseren gezien het feit dat het een afstudeeronderzoek betreft.

Confirmability

Bij confirmability draait het om de mate waarin de resultaten van het onderzoek gebaseerd zijn op de bijdrage van de respondenten in plaats van de opvatting van de onderzoeker volgens Kuiper et al. (2016). Zoals in 2.7.1 beschreven, is gebruik gemaakt van member checking. Het is daarnaast belangrijk, dat het ontstaan van resultaten te volgen is door anderen, die juist niet meegedaan hebben aan het onderzoek, ook wel peer debriefing genoemd (Kuiper et al., 2016). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van peer debriefing door de onderzoeksmethode, het proces en de resultaten voor te leggen aan de opdrachtgevers van dit onderzoek. Wellicht kunnen zij ook de resultaten verhelderen of juist voor nieuwe inzichten zorgen. Voor het nauwkeurig laten verlopen en navolgbaar maken van de dataverzameling en data-analyse is er gebruik gemaakt van een logboek.

Transferability

Transferability betekent volgens Kuiper et al. (2016) dat de resultaten van het onderzoek overdraagbaar zijn naar een andere setting. Om de verplaatsbaarheid mogelijk te kunnen maken moeten de context en de participanten zo gedetailleerd mogelijk beschreven worden,

dat ook wel thick description genoemd wordt (Kuiper et al., 2016). In dit onderzoek wordt de eis gesteld, dat de respondenten een chronische longaandoening hebben en een revalidatietraject volgen bij Ciro op de afdeling @health of @care. Daarnaast is de overdraagbaarheid van dit onderzoek vergroot door gebruik te maken van een topiclijst. Deze semigestructureerde manier van dataverzameling kan verplaatst worden naar aan andere setting door gebruik te maken van de topiclijst.

Authenticity

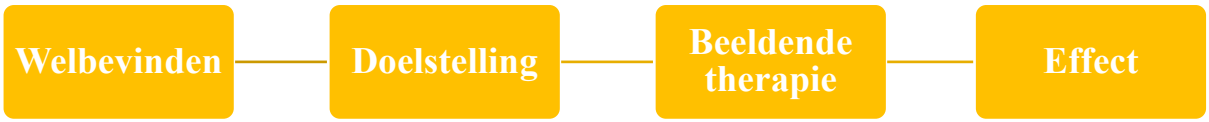
Met authenticity is nagegaan of de resultaten zo goed mogelijk vrij zijn van bias. Bias kan veroorzaakt worden door de gekleurde mening van een onderzoeker of wellicht beeldend therapeut in dit geval. Daarom is, zoals bij *Confirmability* beschreven, ervoor gekozen om gebruik te maken van member checking om de respondenten een eerlijke kans te geven om hun mening te kunnen geven en eventueel bijstellen. Om de mening van de patiënt zo authentiek en eerlijk mogelijk te houden is er gekozen om de beeldend therapeuten niet aanwezig te laten zijn bij het afnemen van de interviews. Alhoewel de onderzoeker een andere rol aanneemt dan een beeldend therapeut is er sprake van beeldvorming door de stagervaring. De patiënten revalideren echter gedurende acht weken bij Ciro en gaan hierna vaak weer naar huis. De respondenten van dit onderzoek zijn dan ook niet dezelfde patiënten als tijdens de stageperiode van voorgaand leerjaar. Daarnaast zijn respondenten willekeurig ingepland door de therapeuten om bias te voorkomen.

Dependability

Bij dependability gaat het over een zo compleet mogelijk beeld van de resultaten, zodat de context duidelijk reflecteert zonder dat er belangrijke dingen missen. Het beschrijven van de context is belangrijk volgens Kuiper et al. (2016), omdat er binnen kwalitatief onderzoek altijd veranderingen kunnen plaatsvinden. Om de dataverzameling en analyse transparant te houden is er gebruik gemaakt van een geluidsopname tijdens het afnemen van een interview. Naast de geluidsopnames zorgt het logboek voor de navolgbaarheid van keuzes binnen dit onderzoek. Evenals het voorleggen van de transcriptie van de interviews aan de respondenten zoals bij *Credibility* beschreven is.

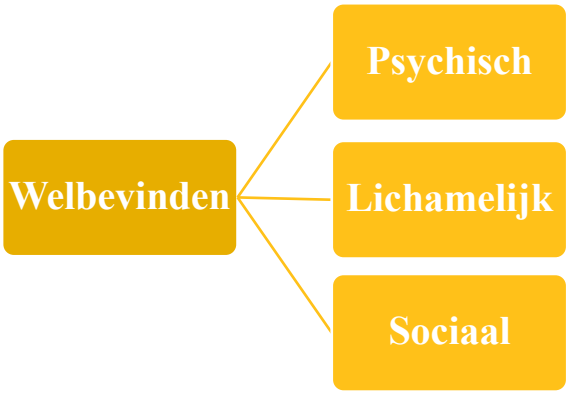
Hoofdstuk 3: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven aan de hand van de hoofdcategorieën, die naar voren zijn gekomen uit de interviews met de respondenten. Op deze wijze kan volgens een duidelijke en overzichtelijke manier de hiërarchie van de belangrijkste categorieën, die tijdens de data-analyse naar voren zijn gekomen, worden nagelopen. In totaal hebben vijf respondenten aan dit onderzoek meegewerkt. Zij zijn geanonimiseerd en worden benoemd als patiënt A t/m E. In Tabel 1, die in paragraaf 2.6 Verloop van het onderzoek te vinden is, staat een omschrijving van de respondenten



Figuur 7. Hoofdcategorieën.

Dit hoofdstuk is opgebouwd volgens de hiërarchie van Figuur 7, hierin zijn de hoofdcategorieën terug te vinden. In paragraaf 3.1 zal worden ingegaan op het welbevinden van de respondenten. Onder welbevinden wordt de mate waarin een persoon zich goed voelt verstaan (De Bruijn, 2013). Dit is onderverdeeld in het lichamelijk welbevinden, het sociaal welbevinden en het psychisch welbevinden, zoals is afgebeeld in Figuur 8. In paragraaf 3.2 wordt ingegaan op de doelstellingen, die naar voren zijn gekomen tijdens de interviews en wordt uitgewerkt hoe deze in verhouding staan tot het welbevinden. Vervolgens zal de link gemaakt worden van de hoofdcategorieën welbevinden en doelstellingen naar beeldende therapie in paragraaf 3.3. In deze paragraaf is vanuit het perspectief van de respondenten hun ervaring als cliënt en de relatie tot de therapeut en het medium uitgewerkt. Tot slot wordt het effect, dat de respondenten ervaren hebben gedurende en ook na de beeldende therapie beschreven in paragraaf 3.4.



Figuur 8. Hoofd- en subcategorieën welbevinden.

3.1 Welbevinden

Lichamelijk welbevinden

Tijdens het eerste interview is aan iedere respondent gevraagd wat de aanleiding is van hun revalidatie bij Ciro. Alle respondenten benoemen lichamelijke problematiek om te komen revalideren. Met uitzondering van patiënt C hebben alle respondenten eerder een revalidatietraject doorlopen. Alleen patiënt A en patiënt D hebben eerder bij Ciro gerevalideerd. Hoewel de aanleiding bij alle respondenten van lichamelijke aard is, liggen de redenen verder uit elkaar. Patiënt A benoemt: "*Achteruitgang van mijn longen, ik heb intussen een nieuwe hartklep gekregen en daarna nog weer een lichte hartaanval en verder spelen suiker en allerlei medische problemen. Ja 't is heel complex en heel lastig…",* terwijl patiënt E vertelt: "*Nieuwe longen voor transplantatie, daar ben ik nu voor bezig, om die te krijgen."* Tijdens het eerste, als ook het tweede interview werd het thema lichamelijk welzijn meerdere keren aangekaart, zonder dat er specifiek een vraag over werd gesteld. Alle respondenten vertelden met name de dingen die zij niet meer kunnen doen, omdat hun gezondheid achteruit is gegaan door chronisch longfalen. Patiënt E vertelt hierover: "*Mijn kinderen riepen vroeger altijd "pappa die kan alles!" Ik heb … huizen opgeknapt … en ik kan geen spijker meer in de muur slaan. Nou dat accepteer ik niet, maar ik kan 't ook niet meer… Of als ik op visite ben en ze zijn bezig met een lampje maken dan probeer ik te helpen… ja na tien seconden moet ik gewoon zeggen van shit, dat gaat weer niet… en dan baal ik als een stekker…"* Naast de onmogelijkheden waar de respondenten tegen aan lopen in het dagelijks leven werd ook vermoeidheid meerdere keren genoemd tijdens de interviews. Hieruit kan worden afgeleid, dat zij dit als belangrijk thema zien. Hoewel er veel overlappende thema's zijn tussen de respondenten is longtransplantatie een thema wat enkel benoemd wordt door patiënt E.

Sociaal welbevinden

Naast het lichamelijk welbevinden, benoemen de respondenten het sociaal welbevinden.
In één van de twee interviews benoemen alle respondenten de medepatiënten, die gelijktijdig revalideren bij Ciro. Bijvoorbeeld patiënt C: *"Ik heb zes weken met ongeveer dezelfde mensen gezeten …. En je bouwt toch een bepaalde band op…"* Daarnaast komen de meer specifieke thema's ter sprake, zoals het verlies van een partner door patiënt A of het geluk van een ander vooropstellen boven het eigen geluk door patiënt E. Patiënt D heeft het daarentegen over aanpassen in sociale situaties "*Ja maar ja soms moet je, dan gaat het te lang duren en dan wil je ook niet over komen als zeikerd dus dan trap je toch wel in het mes van nou ja, laat dan*

maar doorgaan." Desondanks deze verschillen wordt, inzake de categorie sociaal welbevinden, het thema thuissituatie benoemd door al de respondenten. Hierin wordt onder andere het sociaal netwerk beschreven, bijvoorbeeld door patiënt E: "*Een paar vriendinnen… daar heb ik veel steun van. En van mijn kinderen en kleinkinderen."*

Figuur 9. Verdeling van de hoofdcategorie welbevinden.

Psychisch welbevinden

Binnen de hoofdcategorie welbevinden wordt het psychisch welbevinden in verhouding tot het lichamelijk en sociaal welbevinden het meeste aantal keren genoemd door respondenten. Deze verhoudingen zijn afgebeeld in Figuur 9. Uit de interviews komt de manier van omgaan met een situatie naar voren. Patiënt C omschrijft de manier hoe zij omging met de revalidatie als volgt: "*Ik was het er niet mee eens überhaupt dat ik moest komen… en ik heb me in het begin ook heel erg tegen alles en iedereen afgezet... heel veel moeten huilen… ik heb zeker de eerste twee, drie weken elke dag moeten huilen… langzaam gaandeweg natuurlijk wel het een en ander geleerd en opgepikt en… door de verschillende disciplines ga je toch ook wel nadenken over dingen…. Ik denk dat ik straks wel met een goed gevoel weg ga ja."*

Daarnaast wordt de moeite, die de respondenten hebben om de situatie te accepteren vaker benoemd. Uit het interview met patiënt E: "A*ls ik 's avonds voor de spiegel sta en ik sta m'n eigen te wassen en ik kijk naar m'n lichaam dan word ik gewoon eng… zo mager is dat geworden… alle spieren zijn weg… alles is weg… dat kan je niet accepteren."*

Onder het psychisch welbevinden zijn naast de effecten van de chronische ziekte, ook de gevolgen van persoonlijke problematiek gecategoriseerd. Voorbeelden van persoonlijke problematiek zijn onder andere een neerslachtige stemming, angst, traumatische ervaringen en de gevolgen daarvan. De thema's binnen psychisch welbevinden zijn veelal divers, uiteenlopend en uniek per respondent, en er zijn ook enkele gelijkenissen te vinden. Naast coping en acceptatie zijn de meeste gelijkenissen tussen de respondenten in het thema rolverandering te zien. Patiënt B zegt hierover: *"Ze kennen je als iemand… die steeds op de been is, steeds veranderen… zo zit ik een beetje in mekaar en ik vind het ook niet erg, ik doe dat ook graag! Alleen nou kost het me fysiek energie… normaal als ik iets kon doen voor*

iemand, nou dat gaf me zo'n boost! Dat vond ik heerlijk! Nou wil ik dat wel doen, want hierboven voelt het goed maar m'n lijf die werkt niet mee en dat is zo tegenstrijdig voor mij… daar moet ik echt aan wennen!"

3.2 Doelstellingen

De hoofdcategorie doelstellingen is verdeeld in vier categorieën: lichamelijk, psychisch, zowel lichamelijk als psychisch en geen doelstelling. Er werden geen doelstellingen benoemd op het gebied van het sociaal welbevinden. In Tabel 2 wordt weergegeven welke respondent, welke doelstellingen benoemd tijdens de interviews.

Tabel 2

Doelstellingen

Thema	Patiënt A	Patiënt B	Patiënt C	Patiënt D	Patiënt E
Lichamelijke doelstelling	X	X	X	-	X
Psychische doelstelling	X	X	X	-	X
Zowel psychisch als lichamelijke doelstelling	X	X	X	X	X
Geen doelstelling	-	-	-	X	-

In eerste instantie zijn de doelstellingen, die respondenten benoemen voor de revalidatie gericht op lichamelijk welzijn. Dit zijn doelstellingen, zoals fitter worden en actiever zijn. Wanneer er specifiek tijdens het eerste interview naar wordt gevraagd, geven vier van de vijf respondenten aan ook een psychosociale hulpvraag te hebben. Ook geven zij aan, dat zij hieraan willen werken tijdens beeldende therapie of bij een psycholoog. Patiënt D geeft echter aan geen psychosociale hulpvraag te hebben: "*Ik heb niet het idee… Kijk, de psycholoog en eh Lara zullen echt wel zeggen dat je een psychologische – maar ik zie dat niet zo. Ik zit niet in de put…"* Dit antwoord is terug te vinden onder het thema 'geen doelstelling'. De meeste doelstellingen zijn zowel lichamelijk als psychisch van aard. Patiënt B vertelt: *"Ik wil me beter voelen! Ik wil me lichamelijk en ook geestelijk een stukje beter voelen … eigenlijk is het gewoon 1 ding, als je geestelijk niet in orde bent, of je voelt je moe… Dan laat het lichamelijke ook achter... dan loop je steeds tegen die twee dingen op."*

Tijdens het eerste interview is alle respondenten gevraagd naar hun doel voor de revalidatie. Daarnaast is een vraag gesteld of zij een psychosociale hulpvraag hebben voor de psycholoog of voor beeldende therapie, en of deze overeenkomt met hun doel voor de revalidatie.
Alle respondenten benoemen een doel voor revalidatie die niet overeenkomt met de hulpvraag die ze benoemen voor beeldende therapie. In Figuur 10 staat zowel het doel voor de revalidatie als de psychosociale hulpvraag per respondent beschreven. Dat het doel voor de revalidatie en de hulpvraag voor beeldende therapie niet overeenkomen beaamt patiënt C: "*Nee, denk ik niet. Mijn doel in eerste instantie was dat ik terug wou hebben wat ik had, ik vond absoluut niet dat ik acceptatieproblemen had. Ik vond dat iedereen hier heel krom was gewoon… Want hoezo was het niet realistisch om te doen wat ik wil?*"

Figuur 10. Doel revalidatie versus psychosociale hulpvraag.

3.3 Beeldende therapie

De hoofdcategorie beeldende therapie is onderverdeeld in 3 categorieën, die naar voren zijn gekomen tijdens de interviews. Deze categorieën zijn de cliënt, de therapeut en het medium. Ook deze resultaten zijn geschreven vanuit het perspectief van de respondenten en verkregen door interviews.

De cliënt

Deze paragraaf is benoemd als de cliënt. Dat komt voort uit het feit dat mensen binnen psychosociale hulpverlening vrijwel altijd benoemd worden als cliënten. Dit onderzoek gaat uit van het patiëntperspectief, omdat alle respondenten longpatiënt zijn. Het gaat in deze paragraaf dus om de reactie van de respondenten als cliënt ten opzichte van beeldende therapie. Allereerst werd de vraag gesteld of de cliënt affiniteit heeft met beeldend werken. Tijdens het interview benoemen drie van de vijf respondenten affiniteit te hebben met beeldend werken. Een voorbeeld hiervan schetst patiënt A: *"Dat vind ik altijd fijn om te doen… Ik had als kind al een wand in mijn slaapkamer… daar mocht ik op tekenen… En ik had toen al tekenles en alsmaar op muren… ik weet nog dat ik altijd in die kamer stond te schilderen en zo."* Lijnrecht tegenover patiënt A staat het perspectief van patiënt D op beeldend werken. "*Wat een flauwekul… Kan wel wat anders doen in die tijd."* en ***"****Deze keer wist ik het, de vorige keer wist ik het niet en vond ik het maar eh … belachelijk…"* Alle vijf de respondenten benoemen meerdere malen 'eigen regie' binnen beeldende therapie als thema binnen de interviews. Het thema 'eigen regie' is de enige overeenkomst tussen de respondenten als reactie op de beeldende therapie. Patiënt C geeft een voorbeeld van de 'eigen regie', die zij ervaart tijdens beeldende therapie: *"Ze vroeg ook of ik zelf een idee had of wat ik wou… dan legt ze het uit. En kunt het maken zoals je wilt… Je kunt je eigen ding erin kwijt."* Naast de eigen regie worden in dit citaat tevens elementen van therapeut en het medium zichtbaar. In het tweede interview is de vraag gesteld naar waar de respondent de meeste baat bij heeft gehad in de beeldende therapie; het contact met de therapeut, werken met het beeldend materiaal of individueel een moment met zichzelf werken. Patiënt A benoemd alle drie de elementen: *"Ik denk dat je, dat je het alle drie nodig hebt om een beetje coherent te kunnen denken… ik zit altijd weer te analyseren, wat hebben we nou gedaan en waarom dit en waarom dat?... Het gaat echt door."* Verder halen drie van de vijf respondenten het thema 'flow' aan. Patiënt D zegt hier over: *"Maar zo… ben je rustig een uur verder zonder dat je eh überhaupt aan studie, werk of hier denkt. Dus dat was ook wel even lekker."* Ook zijn planmatig werken, het verbeelden van emoties, verwachtingen ten opzichte van het beeldend product en onder de indruk zijn van de therapie thema's die naar voren komen binnen deze categorie. Alle deze thema's zijn terug te vinden in

Tabel 3 waarin is verbeeld welke respondent, welk thema aanhaalt tijdens de interviews.

Tabel 3

Cliënt thema's

Thema	Patiënt A	Patiënt B	Patiënt C	Patiënt D	Patiënt E
Eigen regie	X	X	X	X	X
Affiniteit	X	X	X	-	-
Planmatig	X	-	X	-	X
Negatief	-	-	-	X	-
Onder de indruk	-	-	X	-	-
Flow	X	-	-	X	X
Verbeelden van emoties	X	X	-	-	-
Zelfreflectie	X	X	-	-	-
Verwachting	X	-	-	-	-

Over het thema 'verbeelden van emoties' vertelt patiënt B hoe zij het beeldend proces/product inzet als ondersteuning: *"Met beeldende therapie… kan ik de hulpverlener meer duidelijk maken… ik denk dat hun dat wel… goed kunnen zien, wat er zit, wat er opgelost moet worden of wat er knoeit… of waardoor ik me zo voel… ik denk dat hun daar, daardoor een beter inzicht kijken in mij en me beter kunnen helpen omdat ik het niet goed kan uitleggen en zeggen…"* Hierin benoemt zij ook de therapeut als factor.

De therapeut

Thema's, die door alle respondenten genoemd worden binnen het deze categorie zijn relatie, houding en interventie. Binnen het thema 'de relatie' worden verschillende elementen genoemd. Een voorbeeld daarvan is een eerdere revalidatie binnen Ciro, wat betekent dat de respondent al bekend is met de therapeut en therapievorm. Daarnaast wordt een gelijkwaardige relatie genoemd, zoals patiënt A het omschrijft: *"Je staat naast elkaar, niet boven of onder elkaar… dat vind ik heel prettig."* En patiënt C zegt hierover: *"Het gevoel hebben op één lijn te zitten samen met jou, naar jou toe."* Alle respondenten benoemen, dat zij het contact met de therapeut als prettig hebben ervaren. Patiënt B vertelt tijdens het tweede interview: *"Veiligheid is heel belangrijk voor mij. Een goed gevoel bij iemand hebben want anders heeft het voor mij echt geen doel."* Veiligheid wordt door de respondenten vaker

genoemd als voorwaarde om de therapie aan te gaan en is gebaseerd op de relatie tussen de cliënt en de therapeut. Wanneer het gaat over de houding van de therapeut geven de respondenten aan, dat het gaat om specifieke dingen, zoals aandacht hebben, luisteren, oogcontact en zich openstellen. Ook benoemen respondenten de manier waarop de therapeuten observeren tijdens een sessie. En over wat voor werkzaamheden de therapeut doet, wanneer de cliënt bezig is met het medium. Patiënt A zegt hier over: *"Nou, ze luistert heel goed… Ze ziet alles! Ik weet niet hoe ze dat doet… Dan zit ze achter die computer… dan reageert ze nergens op maar later komt ze er even bij zitten en dan… Dat vind ik altijd heel knap... en ze is rustig… dat is ook prettig."*

Het thema 'interventie' werd meerdere keren door de respondenten aangehaald tijdens de interviews. Een van de interventies, die de patiënten benoemen, is het afstemmen van de interventie op de doelstelling van de cliënt. Patiënt D zegt over de afstemming van de therapeut het volgende: *"En nou kwam ze gelukkig afgelopen maandag met iets, zo van: "Nou ik vind die opdrachten daar moet je te veel bij nadenken..." ik denk pff god zijd dank. Dan zijn we daar ook van af… Ze laat me nu ook gewoon wat aan klodderen. Nou ja dan hoef ik niet te denken dus dan doe je wat en dat is dan wel leuk. Maar moet ik echt een opdracht uitvoeren dan denk ik van jezus..."*
Ook mediuminterventies worden genoemd, zoals het geven van uitleg over de eigenschappen van beeldende materialen. Patiënt A geeft hiervan een voorbeeld: *"Eerst heb ik het met ander materiaal gedaan en toen kwam Lara met het idee van als je nou met ander materiaal gaat werken wat – wat liever is… Het is wel zeer doordacht... Technische handelingen… Je probeert iemand anders te laten denken door doen."* Patiënt C vertelt tijdens het tweede interview over de afstemming van de werkvormen op haar hulpvraag: *"Ik wil wel graag geloven dat ze de opdrachten… op mij persoonlijk… gericht opdrachten geeft, dat denk ik wel."* Ook patiënt E doet een uitspraak over het afstemmen door de therapeut bij het kiezen van een werkvorm, die bij zijn doelstelling past: "*Maar bij de tweede opdracht… moest ik een steen vijlen. Daar ben ik mee gestopt na één keer, want dat vond ik helemaal niks… Dat sloot niet goed aan, ik werd er stik moe van en ik denk van dat moet ik niet… jullie weten hier goed dat ze dat steentje moeten geven want daar had ik het van tevoren al over gehad… over stenen, over werk. Dat weten ze heel goed!"* Tot slot geven alle respondenten aan, dat zij de nabespreking als waardevol hebben ervaren.

Het medium

Binnen de categorie 'medium' komen een aantal specifieke thema's aan bod. In Tabel 4 staan deze thema's en welke respondent deze benoemd tijdens de interviews beschreven. Alle respondenten noemen het thema werkvormen gedurende één van de interviews. Patiënt E vertelt over de functie, die een beeldende opdracht voor hem heeft gehad: *"Ik vind dat je dieper bij je eigen komt als je sommige opdrachten maakt hier."*

De materialen kunnen een reactie oproepen bij de respondenten. Dat de reactie ook niet prettig kan zijn, omschrijft patiënt A: *"Ruiken… de lucht en ik heb reuma en voor mijn handen… dat is gewoon te zwaar."* In dit citaat gaat het over het appèl, dat klei heeft op deze respondent. Maar een appèl kan ook een positieve reactie oproepen, zoals patiënt B vertelt: *"Stof vind ik ook fijn om mee te werken… het gevoel. Dat is moeilijk uit te leggen… bij het zien van kleuren, patroontjes… dat doet ook iets met me. Dat vind ik mooi of lief of… dat vind ik helemaal niks. Dat zijn ook dingen die prikkelen dan."* De eigenschappen van een materiaal kunnen de oorzaak zijn van het appèl, dat iemand ervaart. Patiënt D zegt hier over het volgende: *"Met krijt en dat moest je dan natmaken en je had ook een soort potlood wat je ook kon natmaken. En dan kwam je erachter dat die potlood best fijn is maar als je daar met water overheen gaat… die potlood vlekt ook… veel makkelijker kleurt als dat krijt want daar moest je veel meer druk op zetten."*

Tabel 4

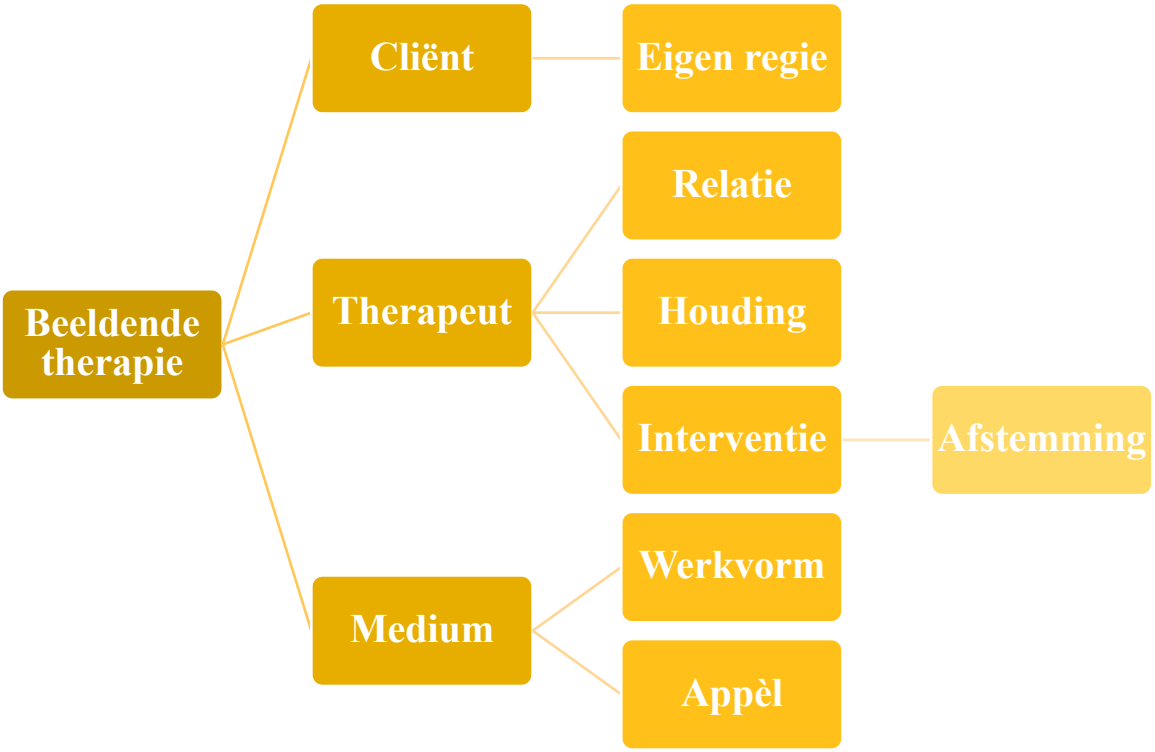
Medium thema's

Thema	Patiënt A	Patiënt B	Patiënt C	Patiënt D	Patiënt E
Werkvorm	X	X	X	X	X
Appèl	X	X	-	X	-
Eigenschappen	X	X	-	X	-
Symbolisch	X	X	-	-	-
Proces/ product	-	X	X	-	-
Non-verbaal	-	-	-	X	X

Patiënt B heeft een symbolische functie van het medium ervaren door middel van het gebruik van een afbeelding en zegt daarover: *"Daar had ik één plaatje uitgeknipt… dat was een soort mummie… dat was letterlijk ingewikkeld. Zo zie ik mijzelf ook wel eens vaker… een ingewikkeld persoon. Niet moeilijk maar ingewikkeld."* De afbeelding heeft voor de

respondent een symbolische waarde en dit helpt haar om zichzelf beter uit te drukken. Dit is niet de enige functie, die werd benoemd door respondenten. Patiënt C heeft ervaren om 'het zichtbaar kunnen maken' doormiddel van een beeldend product: "*Ik denk dat door dingen op papier te zetten of kleien of egaal hoe je 't wilt doen, dat het zichtbaar is… dat het makkelijker is… ja dat je misschien toch wel ergens aan die acceptatie tegemoet gaat komen denk ik…"*

In de interviews is aan de respondenten gevraagd, wat zij van non-verbale therapie vinden in vergelijking met verbale therapie. Drie van de vijf respondenten spreken geen voorkeur uit. Twee respondenten geven echter aan, dat zij beeldende therapie prettiger te vinden. Patiënt D zegt hierover: *"Ik vind beeldende therapie leuker. Daar hoef je niet zo te praten… Daar komt wat meer op papier."* En patiënt E vertelt: *"Dit gaat… soepeler. Niet zo gedreven… Dit is fijner… om tot- tot je eigen te komen, om dingen te ontdekken want… bij een psycholoog…die zit maar door te zagen, zagen, zagen, zagen, dat doen ze hier niet. Ik bedoel, de opdrachten die je maakt… dan ga je ook terug in de tijd en eh dan ga je knippen en dan denk je dat had ik toen en dat had ik toen… dan kom je allemaal dingen te weten van vroeger weer. Ja en naderhand gaan we het - het bespreken zo. Ja dat is goed."*

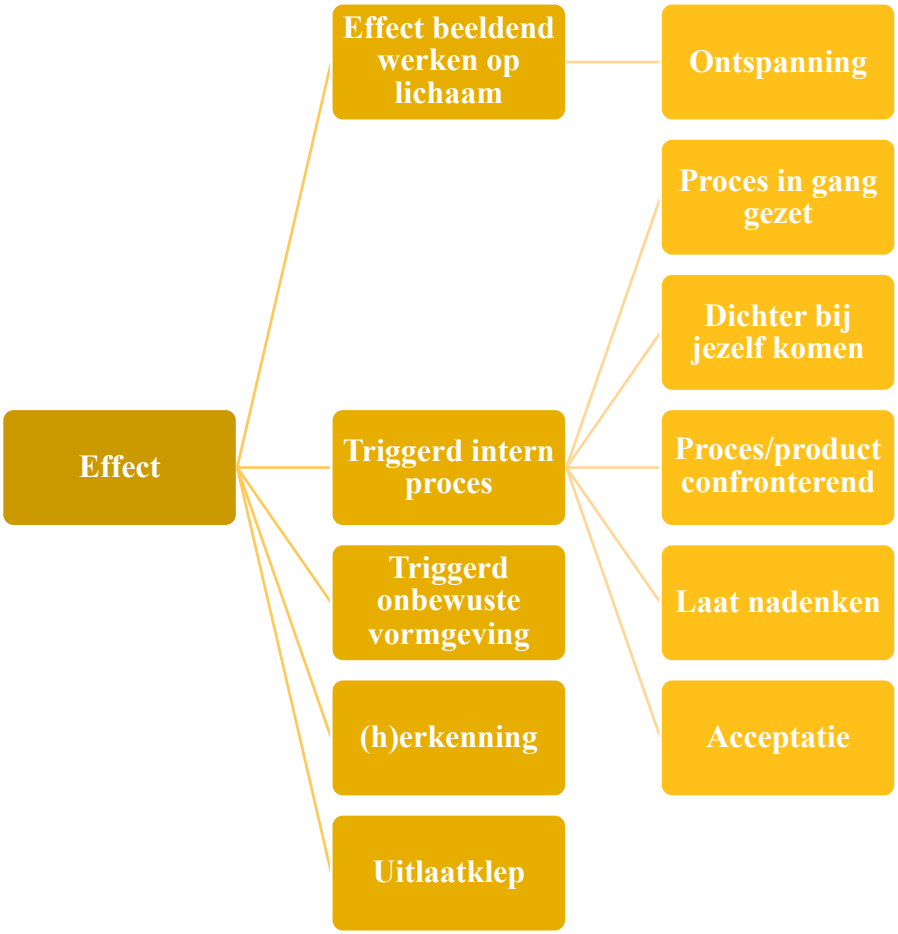


Figuur 11. Overzicht hoofdcategorie: Beeldende therapie.

De meest benoemde thema's die naar voren kwamen doordat zij allen tijdens de interviews benoemd werden door de respondenten, inzake de hoofdcategorie beeldende therapie zijn kaart gebracht door middel van een hiërarchisch overzicht. Figuur 11 geeft deze thema's weer. In het tweede interview is aan de respondenten gevraagd of zij willen aangeven welk element zij als meest waardevol hebben ervaren, zoals het zelf werken in het medium of alleen met hun gedachten of de therapeut of het beeldend materiaal. Twee van de vijf respondenten ervaren de wisselwerking tussen de cliënt, de therapeut en het medium als meest waardevol. Patiënt A zegt hier over: *"Eigenlijk een combinatie van alle drie. Niet alleen het praten, maar ook het doen en het zijn. Uiteindelijk moet ik iets… wil ik er iets mee doen. Daar heb ik dus een hand in de rug. En ik vind het leuk ook, om te doen."* In dit citaat benoemt zij, naast de combinatie van cliënt, therapeut en medium ook eigen verantwoordelijkheid en affiniteit met beeldend werken. Ook patiënt C omschrijft een combinatie: *"Ik denk alle drie. Ik denk dat ik de opdracht nodig heb gehad om überhaupt alleen te kunnen werken…. Zonder opdracht denk ik niet dat ik dat zo zou doen… dus die had ik wel nodig. Ik denk dat het alleen werken en bezig zijn met jezelf, want dat is ja dan misschien toch wel min of meer wat je doet, wel ook heel belangrijk is… maar het praatje daarna van wat zie jij, of waarom heb jij dit gedaan of waarom heb je het zo gekleurd. En ik heb dan ook elke keer aan haar gevraagd wat haal jij er dan uit? Dat is ook wel heel waardevol geweest voor mijn beeldvorming. Ik zou ze alle drie even belangrijk… ik denk dat het een niet zonder het ander kan."*

3.4 Effect

Alle respondenten spraken tijdens de interviews over bepaalde effecten, die beeldende therapie op hen heeft of heeft gehad. Respondenten benoemen verschillende onderwerpen, zoals bijvoorbeeld laten nadenken, bijdragen aan herkenning en erkenning, een uitlaatklep zijn, ontspanning en acceptatie. De thema's die terugkomen in binnen deze categorie zijn weergegeven in Figuur 12. Daarentegen illustreert Tabel 5 welke thema's, door welke respondenten benoemd worden. Patiënt A vertelt: *"Het maakt ook heel veel los en dat is natuurlijk goed… En aan de andere kant… ik weet het allemaal wel. Maar ik wil er iets mee… Dingen afsluiten kan ook niet… dat wil je geest niet kennelijk. Dat is een luikje wat nog eventjes… stroef dichtgaat."* Hoewel beeldende therapie een proces in gang kan zetten, is de revalidatie soms te kort om aan grotere doelstellingen te werken, volgens patiënt B: *"En je hebt wel iets eraan gedaan daar, dat was wel heel kort maar dat voelde eigenlijk als; ik ben nou iets voor mijzelf aan het doen."* Wanneer zij beschrijft hoe ze de sessies beeldende



Figuur 12. Overzicht hoofdcategorie: Effect.

therapie ervaren heeft, vertelt ze: *"Ik sta er best wel open voor, ik vind het best wel iets hebben. Ja, het is toch een manier voor dicht bij jezelf te komen heb ik zo het idee…. Ik heb het ook ervaren."* Naast een manier om dichter bij jezelf te komen kan beeldende therapie ook confronterend zijn volgens drie van de vijf respondenten. Patiënt E geeft een voorbeeld van dit effect: *"Ik heb altijd in de bouw gewerkt met metselen en zo en dan zit ik hier zo'n steentje te vijlen… Dan herinner je weer van… 10 jaar geleden stond ik op een steiger al die stenen te metselen en hier kan ik niet een klein steentje vijlen. Daar krijg je een rotgevoel bij."* Dat beeldende therapie niet alleen een intern proces triggerd, maar ook onbewuste vormgeving, die dan weer terugkomt in proces en product, kun je lezen in het volgende citaat van patiënt A. Ze vertelt: *"Dat komt natuurlijk ook altijd als ik tekeningen maak, onbewust… dan zijn het altijd foetussen die ergens inzitten… en dan kijk ik en dan denk ik…verdomme... 't is weer zo ver… Ja, die zitten gewoon ook in de beweging… Dat werk ik niet weg. Dat is er. Dat blijft en dat hoort bij mij."*

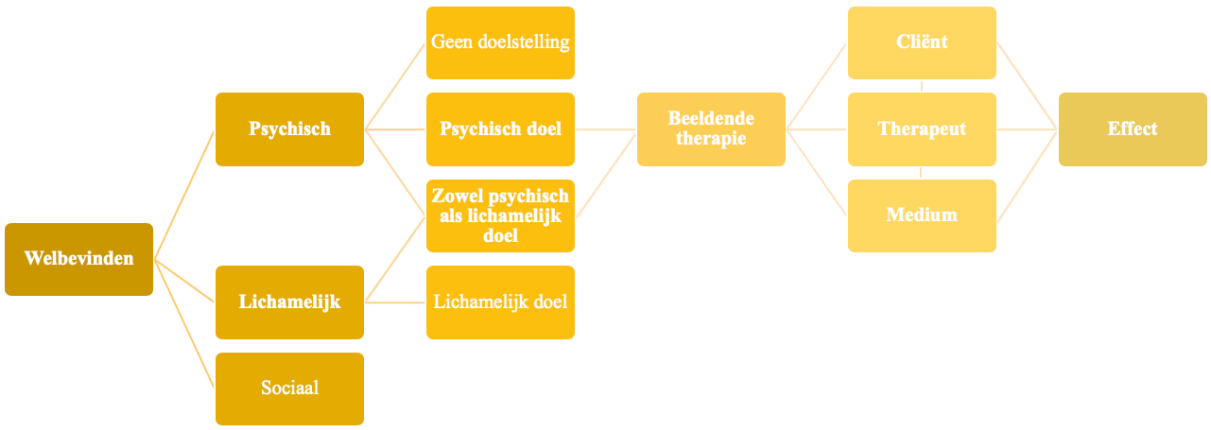
Tot slot wordt het effect, dat beeldende therapie op het lichaam kan hebben genoemd door de respondenten. Het effect bestaat volgens hen voornamelijk uit ontspanning. Patiënt E vertelt: *"Als je leuke dingen doet dan, lichamelijk word je ook veel blijer en je lichaam voelt beter aan als je leuke dingen doet… En psychisch doet het mij heel goed hier. Dat is ook de bedoeling denk ik… meer conditie krijg ik hier niet! Het is meer psychisch… En dat lichaam voelt gewoon heel prettig aan als ik hier zit te schilderen"*

Tabel 5

Effect thema's

Thema	Patiënt A	Patiënt B	Patiënt C	Patiënt D	Patiënt E
Effect beeldend werken op lichaam	X	-	X	X	X
Triggerd intern proces	X	X	X	-	X
Triggerd onbewuste vormgeving	X	-	-	-	-
(H)Erkenning	-	X	-	-	-
Uitlaatklep	X	-	-	-	-

Alle categorieën, die in dit hoofdstuk beschreven zijn, staan als overzicht in Figuur 13. Deze tabel geeft in één oogopslag de verbindingen tussen de categorieën weer, die in de resultaten beschreven worden.



Figuur 13. Overzicht hoofd- en subcategorieën.

Hoofdstuk 4: Discussie

4.1 Interpretatie van resultaten

In 4.1 de interpretatie van de resultaten zal worden ingegaan op de bevindingen van dit onderzoek vanuit hoofdstuk 3. Overeenkomstige of tegenstrijdige informatie wordt door middel van literatuur aan elkaar gekoppeld. Dit wordt gedaan aan de hand van de categorieën waaruit hoofdstuk 3 opgebouwd is. De hoofdcategorieën zijn welbevinden, doelstelling, beeldende therapie en effect. In Figuur 13 is de opbouw van deze hoofdcategorieën met onderliggende subcategorieën vormgegeven.

Welbevinden

De resultaten binnen de hoofdcategorie welbevinden zijn onderverdeeld in de subcategorieën lichamelijk welbevinden, sociaal welbevinden en psychisch welbevinden. Wanneer we kijken naar de tafel van psychisch welbevinden wordt beschreven dat het niet om de klacht draait, maar om de mate van controle over de klachten (Appelo, 2013). Welbevinden blijkt te ontstaan wanneer iemand vrijheid ervaart, in staat is om voor zichzelf te zorgen, omringd wordt door geliefden en iets doet wat als nuttig of leuk wordt ervaren (Appelo, 2013). Autonomie en eigen regie komen op de eerste plaats. Controle hebben over omstandigheden, jezelf en onafhankelijkheid ervaren zijn hierin essentieel. Opvallend is dat bij een patiënt met een chronische longaandoening het juist vaak ontbreekt aan bovengenoemde zaken. Door factoren die niet beïnvloedbaar zijn, zoals onder andere het weer of luchtvervuiling kunnen de klachten van iemand met COPD verergeren, waardoor een patiënt op die dagen minder goed kan functioneren (Longfonds, z.d.-a).

Gedurende de interviews benoemden de respondenten wat zij niet meer kunnen, omdat zij kampen met chronisch longfalen. Zij spraken over zaken als spelen met de kleinkinderen, er zijn voor mensen zoals dat vroeger kon of fulltime werken. Vermoeidheid werd daarbij als oorzaak genoemd. Boer et al. (2014) bevestigen dat wanneer iemand met een chronische ziekte geconfronteerd wordt, het kan zijn dat hij afhankelijker wordt, maar ook dat de rol in het gezin kan veranderen. Patiënt E beschrijft een longtransplantatie als laatste hoop. Hij revalideert om zo fit mogelijk te worden om vervolgens in aanmerking te komen voor de wachtlijst voor een longtransplantatie. Zijn rol in het gezin is dermate veranderd door zijn ziekte dat hij afhankelijk werd van de zorg van zijn partner. In het kader van eigen regie, wat volgens Appelo (2013) op de eerste plaats staat van psychische factoren die van invloed zijn

op welzijn, heeft deze patiënt ervoor gekozen om te scheiden van zijn partner om haar een eigen leven te gunnen.

Volgens de nieuwe, dynamische beschrijving van gezondheid volgens Huber (2019), “gezondheid als het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven”, is eigen regie een belangrijk aspect. Ook het sociaal welbevinden is van invloed op welbevinden en geluk. Hierbij gaat het erom, hoe iemand zijn relaties beleeft en hoeveel steun hij ervaart (Appelo, 2013). Alle respondenten van dit onderzoek benoemden, dat zij een goed sociaal netwerk hebben en dat zij voor steun bij iemand terecht kunnen. Daarnaast blijkt dat alle respondenten meerwaarde ervaren in het contact met patiënten, die gelijktijdig revalideren bij Ciro. Patiënt C benoemt, dat zij het heeft ervaren als een bepaalde band opbouwen. Het was haar eerste revalidatie en ze geeft aan dat het contact met lotgenoten voor haar hierin erg belangrijk is geweest. Volgens Huber (2019) is meedoen één van de pijlers van positieve gezondheid, waar onder andere sociale contacten en serieus genomen worden onder vallen.

Volgens De Vries en Roukema (2011) beïnvloeden persoonlijkheidskenmerken de kwaliteit van leven in sterke mate. Het gaat bij de kwaliteit van leven over de mate van tevredenheid, die de patiënt zelf ervaart en hoeveel last hij heeft in het dagelijks leven van de gevolgen van zijn ziekte (De Vries & Roukema, 2011). Onder psychisch welbevinden valt onder andere de manier waarop iemand omgaat met de situatie, zoals bijvoorbeeld het lijden aan een chronische ziekte en het volgen van een revalidatie. Persoonlijkheidskenmerken beïnvloeden de manier waarop iemand omgaat met alledaagse problemen, ook wel coping genoemd. Naast iemands persoonlijkheid zijn ook de omstandigheden, de leeftijd en de geschiedenis bepalend voor de manier waarop een patiënt met het nieuws over zijn chronische ziekte omgaat (Schuurmans & Ummelen, 2014). Patiënt C beschrijft tijdens het interview dat ze zich in het begin erg heeft afgezet tegen de revalidatie en veel heeft moeten huilen, omdat ze moeite had met het accepteren dat ze ziek is en moet komen revalideren. Vroegop en Klemmeier-Broekhout (2016) vergelijken het leren omgaan met een chronische aandoening met het leren omgaan met emoties zoals angst, schaamte, boosheid en somberheid. Patiënt E vertelt over de schaamte, die hij ervaart. Hij omschrijft, dat hij het vreselijk vindt om zichzelf in de spiegel te zien omdat hij al veel van zijn spierkracht verloren heeft. Daarnaast geeft hij aan, dat hij niet weet of hij zijn ziekte ooit zal kunnen accepteren. Hij ziet een longtransplantatie als zijn

laatste hoop en vertelde, dat hij niet verder meer wil leven als hij niet in aanmerking komt voor deze lijst. Claes et al. (2018) bevestigt, dat het omgaan met het verlies van gezondheid voor de één moeilijker is dan voor de ander en dat dit zich op verschillende manieren kan uiten. Hoewel er een positieve relatie bestaat tussen het accepteren van een chronische ziekte en een betere gezondheidsstatus op het gebied van emotioneel welzijn, kwaliteit van leven en zelfmanagement volgens Boer et al. (2014), is het de vraag in hoeverre acceptatie mogelijk is. De focus van dit onderzoek heeft echter niet gelegen op de mate van acceptatie van de chronische aandoening, daarom zal er niet verder op ingegaan worden.

Doelstelling

De doelstellingen, die de respondenten benoemen gaan allemaal over het lichamelijk functioneren, namelijk om sterker, actiever, zo fit mogelijk of weer gezond te worden. Deze doelstellingen zijn gericht op het ervaren van meer autonomie, op niet altijd moe zijn, er kunnen zijn voor de kleinkinderen en weer kunnen klaarstaan voor anderen. Dit is gericht op de kwaliteit van leven, die iemand met een chronische ziekte ervaart (De Vries & Roukema). In Tabel 2 zijn de doelstellingen, die respondenten tijdens de interviews genoemd hebben weergegeven. Er geen doelstellingen geformuleerd op sociaal vlak. Wellicht is dit omdat de revalidatie gericht is op het verbeteren van het dagelijks functioneren door middel van fysieke training, dieet, educatiesessies, dyspneu begeleiding, exacerbatie begeleiding en wanneer geïndiceerd; psychologische begeleiding (Soilkova-Hartmann et al. 2015). Volgens Cornelison en Pascual (2019) verbetert longrevalidatie het psychisch en lichamelijk functioneren.

Verder valt op dat de doelen, die de respondenten benoemen voor de revalidatie niet overeenkomen met de psychosociale hulpvraag die zij wel of niet hebben voor beeldende therapie, zoals in Figuur 10 te lezen is. Hoewel de doelen elkaar lijken te overlappen, geven de respondenten specifiek aan als er tijdens het interview naar gevraagd wordt, dat het doel en de hulpvraag los van elkaar staan. Het is moeilijk te zeggen, waar de discrepantie tussen het doel en de hulpvraag vandaan komt omdat hier niet de focus op heeft gelegen tijdens het onderzoek. Patiënten stellen zelf hun persoonlijke doel voor de revalidatie op. Dit persoonlijke doel voor de revalidatie kan ook dienen als motivatie en leidraad in de behandeling bij beeldende therapie.

Beeldende therapie

Binnen de hoofdcategorie beeldende therapie is een onderverdeling gemaakt in de drie categorieën, die benoemd zijn door de respondenten: de cliënt, de therapeut en het medium. Allereerst zal de categorie cliënt behandeld worden. Wat opvalt is dat alle respondenten, als enige overeenkomst binnen deze categorie, beschrijven dat zij eigen regie ervaren hebben gedurende de sessies beeldende therapie. Eigen regie is een belangrijke psychische factor, die van invloed is op het welzijn van iemand. Zelf kunnen bepalen en controle hebben zijn hierin essentieel (Appelo, 2014). Verder is er maar weinig overlap in deze categorie terug te vinden in de resultaten. Het gaat hier om de ervaringen, die de respondenten hebben opgedaan binnen de therapie, en deze ervaringen zijn uniek per persoon. Zo was patiënt C erg onder de indruk van de vorm van therapie en de nabespreking met de therapeut, terwijl patiënt D daarentegen negatief tegenover de therapievorm staat. Een defensieve reactie is vaker prominent aanwezig bij vaktherapie, omdat het ook refereert aan de manier waarop iemand reageert op een artistieke actie volgens McFerran en Finlay (2018). Dit wordt bevestigd door patiënt D: *"Nou weetje, ik ben niet zo'n kleurtype en… handvaardigheid en tekenen is voor mij gewoon een straf. Je kon mij beter naar economie sturen of voor straf een kolommenbalans laten maken, als dat je me twee uur naar handvaardigheid stuurde. Dat heb ik nu nog hoor."*.

Volgens Rubin (2011) is weerstand een natuurlijke reactie, omdat de cliënt zich beschermd voor wat er komen gaat, bijvoorbeeld het verliezen van controle. Maar weerstand komt ook vaak voor in beeldende therapie omdat het voor veel volwassen mensen natuurlijk is om zich te verzetten tegen beeldend materiaal (Rubin, 2011). Er zijn echter ook patiënten die affiniteit hebben met beeldende materialen. In dit onderzoek geven drie van de vijf respondenten aan affiniteit te hebben met beeldende materialen, ook dit is een reactie op een artistieke actie (McFerran & Finlay, 2018). Patiënt B vertelt dat zij het beeldend proces/product inzet ter ondersteuning van het verbeelden van haar emoties. Op deze manier kan ze de therapeut meer duidelijk maken dan dat zij met woorden kan. Volgens Smeijsters (2008) zou de manier waarop de cliënt zich beeldend uitdrukt analoog kunnen zijn aan het dagelijks leven. Het biedt de mogelijkheid om door middel van een bepaalde afstand handelen te herkennen, maar ook om te exploreren en te experimenteren met nieuw gedrag. Patiënt B geeft tevens aan dat ze verwacht dat de therapeut een beter zicht krijgt op de problemen die ze ervaart maar niet verbaal kan uitdrukken, omdat de processen in het medium analoog zijn aan de innerlijke ervaring (Smeijsters, 2008).

Tijdens de interviews halen drie van de vijf respondenten het thema flow aan. Met flow wordt een mentale toestand bedoeld, waarin iemand zo intens betrokken is dat niks anders nog uit lijkt te maken, volgens de theorie van Mihaly Csikszentmihalyi (Jorritsma, 2018). Patiënt D vertelt dat ze zonder ergens anders aan te denken zo een uur verder is, en dat ze dat als prettig ervaart. Hoewel deze patiënt negatief staat ten opzichte van beeldend werken, is hieruit op te maken dat het ook voor deze patiënt mogelijk was om in een flow te raken.

De thema's die aan bod komen binnen de categorie therapeut zijn; houding, relatie en interventie. Het is van belang om in het contact de therapeutische houding af te stemmen op de patiënt, omdat iedereen anders reageert. De therapeut dient rekening te houden met de mogelijkheden van een patiënt. Bij de houding van de therapeut benoemen respondenten specifieke zaken, zoals aandacht hebben, oogcontact, luisteren en zich openstellen voor de patiënt. Echtheid in de houding van de therapeut is een voorwaarde voor een behandeling. Een transparante houding van de therapeut zorgt ervoor dat patiënten de therapeut zien als mens die ook af en toe fouten kan maken (Schweizer, 2009). Dit zorgt voor veiligheid in een behandeling. Een empathische en betrokken houding is van belang om een vertrouwensrelatie op te bouwen zodat een patiënt zich open kan stellen tijdens het contact met de therapeut (Schweizer, 2009). Alle respondenten benoemen dat zij het contact met de therapeut als prettig hebben ervaren. Patiënt B benoemt letterlijk, dat veiligheid belangrijk is omdat de therapie anders geen zin voor haar heeft. De therapeutische houding is van invloed op de therapeutische relatie en kan leiden tot de gelijkwaardige relatie waarover patiënten A en C spreken. Zij benoemen, dat zij op één lijn zitten met de therapeut. Verder is het van belang voor het effect van de therapie, dat een patiënt die voor de tweede of derde revalidatie komt, en al eerder beeldende therapie heeft gehad, bekend is met de therapeut. Er is dan al sprake van een bepaalde relatie, die de vertrouwensband vergroot.

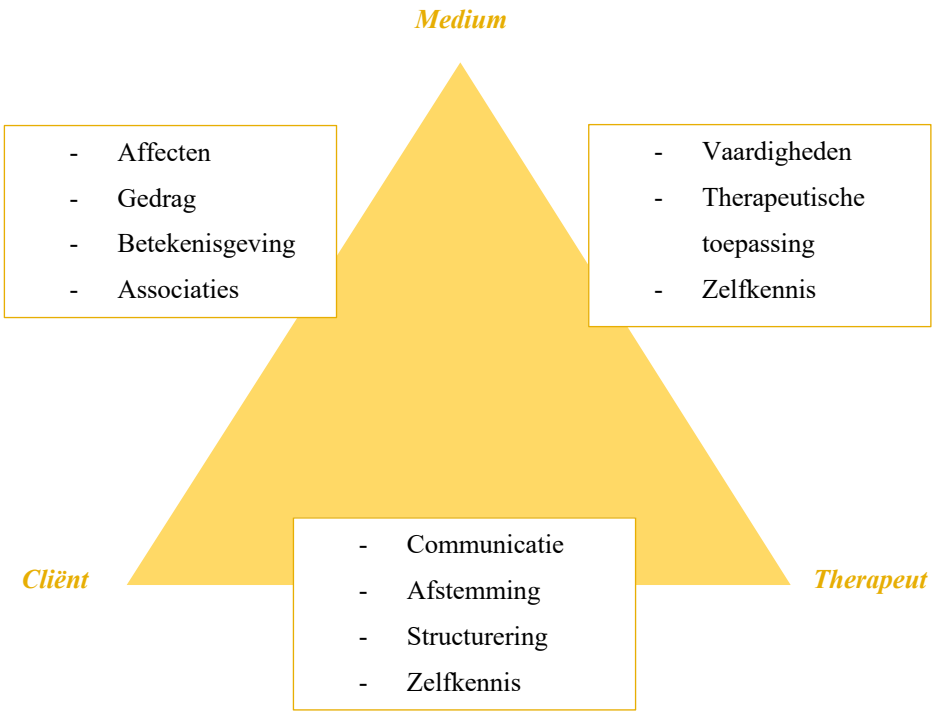
Alle respondenten benoemen, dat de therapeut door de keuze van de interventies aandacht heeft voor het afstemmen van de therapie op hun doelstelling. Om een cliënt te kunnen helpen is het van belang dat de therapeut hem eerst leert kennen, zowel verbaal, als non-verbaal (Schweizer, 2009). De manier, waarop iemand zich beeldend uitdrukt in vorm en beweging is een aangrijppunt voor interventie en nabespreking (Schweizer, 2009). Tevens geven alle respondenten aan, dat zij de nabespreking als waardevol hebben ervaren. Door de behandeling af te stemmen op de doelstelling van de patiënt kan hij door middel van het ervaringsgericht

werken en de ondersteuning van de beeldend therapeut door beeldende therapie gedrag leren herkennen, erkennen en nieuw gedrag exploreren (Schweizer, 2009). De therapeut werkt cliëntgericht door bepaalde mediuminterventies te doen, zoals het aanbieden van een materiaal die een reactie kan uitlokken bij een patiënt. Dit wordt ook wel appèlwaarde genoemd. De respondenten vertellen, dat naast het materiaal ook de gekozen werkvorm van invloed is op de manier waarop de therapie ervaren wordt. De therapeut geeft uitleg over een materiaal en de opdracht die hierbij hoort. Alle respondenten geven aan dat zij de opdrachten goed aan vinden sluiten bij hun hulpvraag en zijn zich in bepaalde mate ook bewust van de bedoeling van de therapeut met de opdracht. Daarbij kan een opdracht ook erg confronterend zijn, doordat het materiaal een bepaalde herinnering oproept. Patiënt E. geeft hiervan een voorbeeld. Het vijlen van een speksteen herinnert hem eraan hoe hij altijd in de bouw heeft gewerkt en nu door zijn aandoening niet meer in staat is om een steentje te bewerken zonder helemaal uitgeput te raken.

Het benoemen van de keuze voor een werkvorm komt ook terug binnen de categorie medium en dit wordt door alle respondenten genoemd tijdens de interviews. Zij zien de werkvorm als middel om aan hun doelstellingen te werken. Bij het uitvoeren van een werkvorm wordt met beeldend materiaal gewerkt. De manier waarop iemand zich uitdrukt door middel van een beeldend materiaal zou volgens Smeijsters (2008) analoog kunnen zijn aan de manier waarop de patiënt dingen aanpakt in andere situaties. Dit betekent dat er binnen beeldende therapie processen kunnen ontstaan die analoog zijn aan psychische processen en dat de vorm van expressie gelijkwaardig is aan innerlijke ervaringen (Smeijsters, 2012). Patiënt C heeft de ervaring dat het verbeelden van haar belevingswereld door middel van beeldend werken bijdraagt aan het beeld dat zij heeft over zichzelf. Daarmee werkt zij aan haar doelstelling voor de therapie. Het beeldend werken, waarbij knelpunten zichtbaar worden tijdens het proces en/of door de inzet van het product is een non-verbale manier van therapie. Door middel van de nabespreking kunnen er woorden gegeven worden aan de ervaringen van de patiënt. Als de patiënt zich hiervan bewust wordt kan er een koppeling gemaakt worden naar andere situaties. Zoals bijvoorbeeld patiënt E, die zijn grenzen aangeeft wanneer hij merkt dat het vijlen van een speksteen hem te veel energie kost. En vervolgens kan hij deze ervaring ook toepassen in andere situaties. Het beeldend werken kan een manier zijn om gedrag te herkennen en erkennen maar het dient ook als veilige manier om nieuw gedrag te exploreren (Smeijsters, 2008). Door Malchiodi (2013) wordt het idee omarmt dat kunst als middel voor

symbolische communicatie kan dienen door uitdrukking te geven aan emoties en andere ervaringen. Deze uiting van kunst wordt gebruikt om verbale uitwisseling tussen de patiënt en de therapeut te verbeteren.

Het is niet altijd mogelijk om een duidelijk onderscheid te kunnen maken tussen de categorieën cliënt, therapeut en medium. In de citaten van de cliënten staan deze elementen vaak door elkaar beschreven. Het één lijkt niet altijd los te staan van het ander. Daarmee lijken de bevindingen van dit onderzoek overeen te komen met de therapeutische driehoek (Cilissen-Ysermans, 2015; Schweizer, 2009) en de wisselwerking tussen deze elementen te bevestigen. De therapeutische driehoek is afgebeeld in Figuur 14. Twee van de vijf respondenten hebben aangegeven dat zij de wisselwerking tussen de cliënt, de therapeut en het medium als het meest waardevolle element van de therapie hebben ervaren. Patiënt A benoemt de combinatie van alle drie, namelijk het gesprek met de therapeut, het werken met het beeldend materiaal zelf en haar eigen aandeel, omdat zij zelf de verantwoordelijkheid draagt voor haar proces. Patiënt C bevestigt dat de drie elementen elkaar bekrachtigen en dat het één niet zonder het ander kan. Bij de opdracht kon ze zelfstandig werken om tot nieuwe inzichten te komen en de nabespreking heeft invloed gehad op haar beeldvorming.



Figuur 14. De therapeutische driehoek.
Overgenomen uit *Handboek beeldende therapie* (p. 196) door C. Schweizer, 2009, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Effect

Beeldende therapie triggerd bij vier van de vijf respondenten een intern proces, beschrijven zij in de interviews. Hoe dit proces zich uit verschilt per respondent. Beeldende therapie kan bijvoorbeeld een proces in gang zetten, die ervoor zorgt dat je dichter bij jezelf komt, je laat nadenken of het kan bijdragen aan de acceptatie van de situatie. En een beeldend proces of product kan ook confronterend zijn, volgens drie van de vijf respondenten.
De ervaring van de cliënt staat centraal in deze ervaringsgerichte therapie en de behandeling is afgestemd op het individu. De manier waarop een cliënt zich beeldend uitdrukt in bijvoorbeeld vorm en beweging is een aangrijppunt voor interventie en nabespreking (Schweizer, 2009). Het is door middel van een zichtbaar en tastbaar product, dat is ontstaan gedurende het therapieproces, mogelijk om terug te kijken hoe iemand aan het werk is gegaan (Schweizer, 2009). Het product kan weggelegd worden en er later weer bij gepakt worden. Dit is wat beeldende therapie onderscheidt van de andere vaktherapeutische beroepen.

Vier van de vijf respondenten geven aan, dat het beeldend werken een effect heeft op hun lichaam. Zo kan het prettig aanvoelen of hun hoofd tot rust brengen. Een reden hiervan kan zijn dat een patiënt in een flow komt doordat de opdracht uitdagend genoeg is en binnen de capaciteiten van de patiënt past (Jorritsma, 2018). Het kan voorkomen dat patiënten met een chronische longaandoening zichzelf afgeleerd hebben om heftige emoties te tonen en kan het vermogen om deze emoties te voelen verminderd zijn (Pool et al., 2004). Door een werkvorm aan te bieden, die gericht is op het doorvoelen van emoties kan op een veilige en laagdrempelige wijze de emotie geuit worden. Met bijvoorbeeld het gebruik van klei als beeldend materiaal werkt de patiënt aan het meer uiting geven van de emotie boosheid. Op deze wijze kan een patiënt toch emoties uitdrukken op een wijze die gecontroleerd is en niet direct leidt tot ernstige kortademigheidsklachten, wat door patiënten als beangstigend ervaren wordt.

Alle respondenten omschrijven de ervaren effecten, die beeldende therapie op hen heeft gehad. De ervaren effecten, die de respondenten benoemen in de interviews lopen uiteen. Geen enkel thema wordt door alle respondenten benoemd. Dit bevestigt dat iedereen zijn eigen proces doormaakt binnen beeldende therapie en dat het daarom belangrijk is dat de behandeling op het individu afgestemd wordt. Het is niet alleen belangrijk dat de therapeut iedere persoon als uniek benaderd, maar zich ook realiseert dat iedere sessie verschillend kan zijn door onverwachte en veranderlijke zaken, zoals het weer (Longfonds, z.d.-a).

4.2 Kritische reflectie

De kritische reflectie is vormgegeven aan de hand van een verdeling tussen sterke en zwakke punten van dit onderzoek. Deze zijn op overzichtelijke wijze weergegeven in Tabel 6. Ieder punt van deze tabel wordt toegelicht door middel van een reflectie.

Tabel 6

Overzicht van sterktes en zwaktes

Sterktes	Zwaktes
Communicatie met de opdrachtgevers	Subjectief
Begeleiding	Tijdslimiet
Zelfcontrole	Inplannen interviews
De rol van onderzoeker	Kennis van onderzoek
Evidence based	

Sterktes:

De opdrachtgevers van dit onderzoek zijn tevens mijn oude stagebegeleiders van het derde leerjaar. Tijdens deze stage van tien maanden heb ik goed contact gehad met Lara en Arlette en hebben we elkaar goed leren kennen. Dit heb ik als sterkte voor dit onderzoek ervaren, omdat ik hun visie en verwachtingen heb kunnen vertalen naar dit onderzoek en zij ook bekend zijn met mijn manier van handelen. Er is altijd sprake geweest van een duidelijke en transparante communicatie over de mail, via de telefoon en ook in de instelling. Tijdens de dataverzameling van dit onderzoek is er altijd ruimte geweest om na een interview te reflecteren. Een paar weken na de start van het onderzoek was het helaas niet meer mogelijk om in de praktijk afspraken te maken in verband met de maatregelen rondom COVID-19. De instelling is vanwege de kwetsbaarheid van de patiënten op slot gegaan. Het goede contact met de opdrachtgevers is voortgezet via de mail en later ook door beeldbellen. Op deze manier heeft dan ook de terugkoppeling, die in paragraaf 4.3 beschreven staat, plaats kunnen vinden.

Vanaf de start van het onderzoek is er begeleiding geweest bij dit onderzoek door middel van onderzoekskringen. Deze kringen zijn verdeeld over kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Hoewel de lessen op locatie hogeschool Zuyd na een aantal weken niet meer door konden gaan door de maatregelen rondom COVID-19 is er wekelijks een online les geweest. In deze

les was er ruimte om vragen te stellen en feedback te krijgen. Dit is een sterkte van dit onderzoek omdat ik geen onderzoeker ben, maar student. In de voorgaande jaren op de opleiding is er aandacht geweest voor Evidence based werken en onderzoek. Om zo veel mogelijk kennis te vergaren over het doen van onderzoek ben ik altijd aanwezig geweest bij de lessen op locatie en later ook online. De vragen, die andere studenten stelden tijdens deze lessen waren erg waardevol en hielpen mij om daarna zelf tot nieuwe inzichten te komen. Daarnaast was het mogelijk om persoonlijke begeleiding en feedback te krijgen door de begeleider van de onderzoekskring. Hoewel ik het persoonlijke contact gemist heb, doordat alle communicatie via het internet is verlopen is, is de begeleiding waardevol geweest om de kwaliteit van het onderzoek te kunnen waarborgen.

De coderingen zijn een onderdeel geweest van de data-analyse van dit onderzoek, zoals in hoofdstuk 2 beschreven is. Nadat er een transcriptie gemaakt is van de interviews heb ik deze uitgeprint en op papier voorzien van een eerste open codering. Vervolgens is deze analoge codering digitaal gemaakt. Deze stap diende als zelfcontrole om nogmaals kritisch naar de code te kijken en waar nodig aan te passen. Daarnaast is er sprake geweest van een iteratief proces van data verzamelen en data analyseren. Voorafgaand aan ieder interview is er kritisch gekeken naar de topiclijst door de antwoorden uit voorgaande interviews te vergelijken. Zo zijn er dubbele vragen of onduidelijke vragen aangepast, weggelaten of is de volgorde van de topiclijst veranderd gedurende de dataverzameling. Door steeds nieuwe informatie te verwerken kon er telkens opnieuw kritisch bijgesteld worden. Tevens heeft het bijhouden van een logboek ervoor gezorgd dat door het vastleggen van een bepaalde situatie, de informatie er eenvoudig bij gepakt kon worden om vervolgens de gegevens zo specifiek en transparant mogelijk te kunnen verwerken.

Een andere sterkte van dit onderzoek is de onafhankelijke rol van de onderzoeker. Doordat de patiëntenpopulatie iedere acht weken volledig gerouleerd is, ken ik de patiënten niet die aan dit onderzoek hebben meegewerkt vanuit mijn stage. Er is dus geen sprake van een therapeutische relatie tussen degene die de interviews afneemt en de respondent. Respondenten zijn hierdoor minder beïnvloed en zullen minder sociaal wenselijke antwoorden geven. Daarentegen kan het ook zo zijn, dat iemand zich minder snel open zal stellen en wellicht niet volledig zal antwoorden.

Daarnaast wordt Evidence based werken als een sterkte van dit onderzoek gezien. De probleemstelling en de interpretatie van de resultaten is beargumenteerd aan de hand van nationale en internationale literatuur. Er is gebruik gemaakt van de PICO-strategie om te komen tot wetenschappelijk onderbouwde literatuur. De resultaten van dit onderzoek zullen door de koppeling aan de literatuur meer betrouwbaar zijn door deze vorm van onderbouwing.

Zwaktes:
Omdat dit een kwalitatief onderzoek betreft is er sprake van kleuring van de resultaten. De kans bestaat namelijk, dat er wordt geredeneerd vanuit de interesse en kennis van de onderzoeker. Om hier rekening mee te houden en de resultaten zo objectief mogelijk te maken, is er gekozen om alle resultaten kritisch te interpreteren met een koppeling naar de relevante literatuur. Dit onderzoek betreft een afstudeerproject waar de beschikbare tijd gelimiteerd is. Het onderzoek moet gedaan worden binnen een bepaalde periode, waardoor het niet mogelijk is om een grootschalig onderzoek op te zetten met veel respondenten. De resultaten zouden meer waarde hebben wanneer er meer respondenten bij betrokken zouden zijn. Het is dan echter niet mogelijk om alle data tijdig te kunnen analyseren. In het voorgenomen plan zouden zes respondenten voor dit onderzoek geïnterviewd worden. Uiteindelijk zijn dit er vijf geworden, omdat twee patiënten gedurende de looptijd stopten met de beeldende therapie en niet mee wilden werken aan het onderzoek. Door vijf respondenten te interviewen is het toch mogelijk geweest om verschillende perspectieven te belichten.

Voor dit onderzoek is de keuze gemaakt om de interviews in te plannen in de agenda van de respondenten. Het inplannen is volgens de norm van het revalidatieprogramma. Als onderzoeker had ik zelf niet de beschikking over het systeem om de patiënten in te plannen. Daarom hebben de therapeuten de respondenten uitgekozen en ingepland. Het uitkiezen van de respondenten zou volledig random gebeuren, met als enige voorwaarde dat iemand één sessie beeldende therapie gehad zou hebben. Omdat de therapeuten de respondenten moesten inplannen, hebben zij de keuze gemaakt terwijl zij deze patiënten dus zelf in behandeling hebben. Hierdoor kan een voorkeur ontstaan en is het uitzoeken van patiënten niet volledig random gebeurd. Daarnaast bleken de meeste respondenten al meerdere sessies beeldende therapie gehad te hebben, in plaats van één. Daarom is de keuze gemaakt om soms beide interviews samen te voegen, in plaats van na vijf weken het tweede interview af te nemen. Er zouden één of hooguit twee sessies tussen de interviews zitten. Daarbij is ervanuit gegaan dat

de mening van de respondent niet dusdanig veranderd zou zijn. De voorgenomen opzet van de planning van de interviews is in paragraaf 2.6 afgebeeld en toegelicht. Ook is daar de opzet per respondent terug te vinden.

Wat verder als zwakte neer te schrijven is, dat ik weinig ervaring heb met het uitvoeren van een onderzoek. Simpelweg omdat ik zelf nog nooit onderzoek heb gedaan. Alle stappen in het doen van onderzoek waren nieuw voor mij en daarom kostte het uitzoeken van de juiste benadering een hoop tijd. Hoewel het iteratieve proces erg prettig was in dit leerproces, omdat ik telkens opnieuw keuzes kon maken en de dingen die ik had geleerd kon integreren, was het doen van dit onderzoek een zoektocht met vallen en opstaan.

4.3 Terugkoppeling opdrachtgevers

De terugkoppeling met de opdrachtgevers heeft plaatsgevonden via beeldbellen. De keuze is hiervoor gemaakt vanwege de huidige omstandigheden en maatregelen inzake het COVID-19 virus. Zeker met de kwetsbaarheid van de doelgroep van Ciro leek het niet verstandig om de terugkoppeling met de opdrachtgevers plaats te laten vinden binnen de instelling. De audio van het videogesprek is opgenomen om de terugkoppeling zo correct mogelijk te kunnen vertalen en de transparantie te vergroten. Bij de terugkoppeling is er een aantal thema's besproken, die ook in de kritische reflectie van 4.2 beschreven zijn. Verder wordt beschreven hoe de therapeuten de resultaten aan hun ervaringen in de praktijk koppelen.

In de terugkoppeling met de opdrachtgevers geven zij aan, dat zij de resultaten niet verrassend of afwijkend vinden, maar dat hun ideeën en gevoelens juist bevestigend lijken te worden. Als voorbeeld noemen zij het thema, dat patiënten eigen regie ervaren in de behandeling. En ook dat door middel van de interviews naar voren is gekomen, dat daar waar een therapeut soms het idee heeft dat een patiënt redelijk aan de oppervlakte blijft, zij toch een intern proces door lijken te maken. Het onderzoeken van weerstand is niet helemaal naar voren gekomen, vermoedelijk door de tijdslimiet waarin de interviews hebben kunnen plaatsvinden en het lijkt ook veroorzaakt door het aantal respondenten. Het wordt als mooi bestempeld, dat patiënten zelf tot een conclusie komen door middel van bepaalde vragen tijdens de interviews.
Tevens wordt in de terugkoppeling benoemd, dat de onafhankelijke positie van de interviewer een positief effect heeft op de openheid van de respondenten. Er is geen sprake van een bepaalde (therapeutische) relatie en daardoor lijken er minder sociaal wenselijke antwoorden

te worden gegeven. Meer persoonlijkere thema's worden echter niet aangehaald, terwijl die wel veelvuldig aan bod zijn geweest in de therapie. Dan kan de vraag gesteld worden of dit thema dan minder belangrijk wordt geacht door de patiënt als dat de therapeut eerder dacht of is het thema te persoonlijk en privé om met een buitenstaander te bespreken?

Dat het doel van de revalidatie niet overeenkomt met de psychosociale hulpvraag wordt als interessant gezien, omdat er namelijk vaak lange, persoonlijke processen vastzitten aan de acute fysieke doelen waar een patiënt voor komt revalideren. Dat de letterlijke doelen voor de revalidatie niet in lijn liggen met hun psychische hulpvragen komt waarschijnlijk vaak doordat de patiënten komen met het idee "ik ga fysiek aan mezelf werken" en vergeten daarbij het psychosociale stuk. Als je daar dieper op in gaat, dan leggen ze de link van "omdat ik niet naar buiten durf, gaat mijn conditie achteruit".

4.4 Conclusie en aanbeveling

Conclusie

Hoewel er in de therapie wordt gekeken naar de ervaringen van de patiënt door middel van een nabespreking, is er door patiënten tijdens de interviews op een andere manier gereflecteerd op hun ervaringen. Zo kan het effect van de therapie meer zijn, dan hetgeen je als therapeut ziet of verwacht, omdat de therapie ook nog doorwerkt na de sessie. Duidelijk is geworden, dat de houding van de therapeut doorslaggevend is in een succesvolle ervaring met de therapie, misschien nog wel meer dan het medium zelf. Het medium kan er wel voor zorgen, dat een patiënt spelenderwijs en op een laagdrempelige wijze in beweging komt, zelfs als in het begin het nut van de therapie wordt betwijfeld. Om dan vervolgens gedurende een sessie verrast te worden en te ontdekken dat het medium iets onverwachts kan brengen, zoals bijvoorbeeld ontspanning.

Het is nog onduidelijk wat de motivatie van patiënten is om naar therapie te komen. Soms is het de lichte dwang door de opzet van het programma, omdat ze moeten laten zien dat ze gemotiveerd zijn en hun best doen om te revalideren. Al is het niet de gewenste intrinsieke motivatie, mensen houden er toch iets aan over. Naast de druk van het programma is er ook de druk van de medepatiënten, omdat ze vaak veel waarde hechten aan elkaars mening. Ook is de relatie met de therapeut van belang om de stap te zetten en in het medium dingen te kunnen ervaren. Soms is het prima om iemand zelf aan de slag te laten gaan, wanneer een patiënt een

potlood pakt is hij immers al met zichzelf bezig. Soms komt de beweging vanuit sociaal wenselijk gedrag en komt de patiënt omdat hij aardig gevonden wil worden door de therapeut. Het is daarom voor de therapeut van groot belang om rekening te houden met wat iemand nodig heeft, zodat hij zich veilig genoeg voelt om zich open te stellen voor de therapie.

Daarnaast is het een bevestiging van bestaande literatuur, dat respondenten zelf met de drie eenheid cliënt, therapeut en medium komen en het gegeven dat het één niet zonder het ander kan. Ze geven ook aan, dat het medium een meerwaarde is, omdat het soms nog wel eenvoudiger is om hierdoor tot zichzelf te komen dan enkel een therapeutische relatie met bijvoorbeeld een psycholoog. Het medium dient in dit geval als een veilige buffer. Doordat patiënten geconfronteerd worden met onmogelijkheden in het beeldend werken kan analogie gemaakt worden naar het dagelijks leven en alles wat niet meer gaat. Appèl kan een aanvullende trigger zijn om te komen tot deze inzichten. Zo kan iemand bijvoorbeeld leren om hier een grens in aan te geven. Niet alleen in beeldende therapie, maar ook om er in trainingen bewuster mee bezig te zijn en om thuis de energie beter te gaan verdelen.

Wanneer deze conclusie gekoppeld wordt aan de vraagstelling van dit onderzoek:
"Welke kenmerken van beeldende therapie ervaren patiënten met een chronische longaandoening bij Ciro te Horn als waardevol in het komen tot gedragsverandering?"
Het is mogelijk om te concluderen dat er een aantal waardevolle kenmerken van beeldende therapie benoemd worden, die patiënten met een chronische longaandoening ervaren om te komen tot gedragsverandering. Deze ervaringen zijn echter gebaseerd op een kleine groep respondenten en daar kunnen nog geen algehele conclusies aan gekoppeld worden, die aangeven wat specifiek voor deze doelgroep waardevolle elementen in beeldende therapie zijn. De waardevolle elementen, zoals met name het belang van het ervaren van eigen regie in de behandeling worden bevestigd door bestaande literatuur over deze doelgroep. Door middel van het koppelen van de resultaten van dit onderzoek aan literatuur is een begin gemaakt met het verklaren van genoemde ervaren effecten op de werkingselementen van beeldende therapie. Hiermee is een deel van de doelstelling behaald. Er is echter niet onderzocht of de verwachtingen van patiënten voorafgaand aan de therapie bijgesteld zijn na een aantal sessies, omdat het verloop van het onderzoek anders is gegaan dan gepland was, zoals dat in paragraaf 2.6 beschreven is. Naar de opdrachtgevers wordt op basis van de resultaten van het onderzoek de aanbeveling gedaan om te onderzoeken of er wellicht een betere aansluiting gevonden kan

worden bij de behoeftes van de patiënten om zo het vroegtijdig beëindigen van de behandeling te kunnen verminderen.

Aanbevelingen voor de opdrachtgever

Tijdens de dataverzameling is naar voren gekomen, dat patiënten verrast waren over de vraag of het doel voor de revalidatie en de hulpvraag voor beeldende therapie overeenkwamen. Het valt op, dat het lijkt alsof zij er nooit bij stil hebben gestaan. Een aanbeveling voor de opdrachtgevers, tevens de beeldend therapeuten is, dat het wellicht interessant de beeldende therapie ten goede kan komen, om in de praktijk deze link voor de patiënt te schetsen. Dit zou kunnen door bij iedere sessie tijd en aandacht te besteden aan het doel van de therapie en te vertellen wat de patiënten kunnen en mogen verwachten van de therapie. Hoewel de individuele sessies maar vijfenveertig minuten duren, inclusief opruimen en klaarzetten voor een nieuwe patiënt, kan het soms gebeuren dat er niet voldoende stil gestaan wordt bij de doelen van de patiënt tijdens de nabespreking. De aanbeveling is dan ook om hier expliciet op te letten en voldoende tijd voor vrij te maken omdat deze inzichten helpend kunnen zijn voor de patiënten om beter te begrijpen wat de meerwaarde van beeldende therapie kan zijn in hun behandeling. Hopelijk kan het inzichtelijk maken hiervan zorgen voor minder vroegtijdig beëindigen van de therapie.

Aanbevelingen voor de praktijk

De aanbeveling voor de praktijk hangt samen met de aanbeveling voor de opdrachtgevers. Het is binnen de instelling belangrijk om een eenduidige boodschap uit te dragen naar de patiënten. Dit zou kunnen door meer aandacht te besteden aan de samenhang tussen psychisch en lichamelijk welbevinden. Wellicht zou het interessant kunnen zijn om de samenhang te zoeken tussen lichamelijke en psychische aandoeningen. Dit sluit aan bij het advies van de Gezondheidsraad om te kijken naar een integrale behandeling van lichamelijke en psychische aandoeningen (Kos, 2020).

Aanbevelingen voor de beroepsontwikkeling

In de beroepsontwikkeling van vaktherapie binnen deze doelgroep zou het kunnen helpen om na te gaan of er bij andere revalidatiecentra ook afstudeeronderzoek gedaan wordt door studenten. Er zijn revalidatiecentra door heel Nederland en wellicht wordt er bij deze instellingen ook onderzoek gedaan door studenten van de HAN of Stenden. Het zou interessant kunnen zijn om deze revalidatiegerichte scripties te bundelen en hiermee een

databank te vormen. Daarnaast zou het voor de werkveldgroep van beeldend therapeuten meerwaarde kunnen hebben om de resultaten en bevindingen van deze scripties naast elkaar te leggen om te onderzoeken of er sprake is van soortgelijke ervaringen of juist niet. En om vervolgens te onderzoeken waarom dit dan afwijkend is. Vanuit deze informatie zou een overzicht kunnen ontstaan dat ingezet kan worden binnen beeldende therapie of een andere vorm van vaktherapie binnen revalidatiezorg.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Wat betreft de aanbeveling voor vervolgonderzoek kan het interessant zijn om onderzoek te doen naar wat patiënten motiveert om naar beeldende therapie te komen. Wellicht is er een samenhang te ontdekken tussen de motivatie en het vroegtijdig beëindigen van therapie of tonen van weerstand. Hiervoor zou het interessant kunnen zijn om iemand die dermate veel weerstand vertoont tegen de therapie, juist te benaderen. Om vervolgens te onderzoeken wat ervoor heeft gezorgd dat iemand er niet mee aan de slag wil gaan. Mensen die weerstand laten zien of zich niet openstellen voor beeldende therapie en er mee stoppen, staan echter vaak niet open voor een interview. Omdat mensen niet mee willen werken die weerstand hebben tegen de therapie, kan er een scheef beeld ontstaan. Patiënten die meedoen zijn immers vaak wel positief over de therapie. Aanbeveling volgend onderzoek: hoe kun je de patiënten met weerstand betrekken in een onderzoek en wat zouden dan elementen van beeldende therapie kunnen zijn, die ervoor zorgen dat deze mensen wel in beweging komen?

4.5 Vertaling naar vaktherapeutisch handelen

Rol van onderzoeker versus rol van therapeut

Met het doen van dit onderzoek heb ik voor de eerste keer de rol van onderzoeker gehad. Ik vond het spannend en een uitdaging om deze nieuwe ervaring aan te gaan. Het heeft mij vertrouwen gegeven dat ik mijn afstudeeronderzoek bij mijn derdejaars stageplaats mocht gaan doen, met voor mij bekende opdrachtgevers. Zo had ik voorafgaand aan dit onderzoek al kennis van de doelgroep. Dat was niet altijd een voordeel als onderzoeker, omdat er al snel een vorm van interpretatie bij kwam kijken. Hiermee bedoel ik, dat het tijdens een interview een uitdaging was om bij de topiclijst te blijven en niet in te gaan op elementen waar ik als therapeut meer over zou willen weten. Maar ook de redenatie van de vaktherapeuten in de instelling, die tevens de opdrachtgevers zijn van dit onderzoek, kan ik goed volgen omdat ik heel veel van ze heb geleerd tijdens mijn stage. Kortom, het was een grote overstap van de rol van therapeut naar de rol van onafhankelijke onderzoeker. In de rol van onderzoeker is het

juist belangrijk om zo objectief mogelijk te blijven en vast te houden aan de opzet van het onderzoek. Als therapeut ben ik gewend, zeker met deze doelgroep, om flexibel te zijn en in het moment te reageren en mij aan te passen aan de omstandigheden. Dit kwam tijdens de periode waarin ik dit onderzoek heb gedaan goed van pas in verband met alle omstandigheden en maatregelen rondom COVID-19. De flexibiliteit die ik als therapeut nodig zal hebben in de praktijk, is ook teruggekomen in het onderzoek. Dit heb ik ervaren toen er dingen anders gingen, dan dat er van tevoren gepland was. Wanneer bijvoorbeeld een patiënt er voor koos om niet mee te willen werken aan het onderzoek en er een nieuwe patiënt benaderd moest worden. Als therapeut is het belangrijk om op de hoogte te blijven van de nieuwste ontwikkelingen rondom het vakgebied. Dit kun je doen door in databanken op zoek te gaan naar actuele informatie en de laatste onderzoeken. Door het doen van dit onderzoek, heb ik hier meer kennis over gegenereerd en zal het ook eenvoudiger zijn om onderzoeksartikelen te begrijpen. Voor of na een interview heb ik samen met de opdrachtgever teruggekeken en besproken wat er anders zou kunnen. Deze manier van overleg is niet alleen belangrijk als onderzoeker maar ook essentieel als vaktherapeut. Door goed en duidelijk te communiceren met collega's en een open houding te hebben voor feedback zal dit zorgen voor nieuwe inzichten.

Door de opzet van dit onderzoek, een kwalitatieve survey, die bestaat uit het afnemen van interviews als dataverzameling, heb ik het medium gemist. Ik merkte dat ik tijdens de interviews en de beschrijvingen van de respondenten nieuwsgierig werd naar de werkstukken waar zij over vertelden. Het is passend bij dit onderzoeksdesign om enkel de interviews af te nemen en alleen af te gaan op de ervaringen die patiënten volgens hun perspectief vertellen. Persoonlijk heb ik echter de observaties en het medium hierin erg gemist

Vaktherapeutisch handelen

Als therapeut heb ik uit dit onderzoek geleerd dat patiënten van deze doelgroep, chronisch longfalen, waarde hechten aan het ervaren van eigen regie, afstemming en wat beeldende therapie teweeg kan brengen. Als onderzoeker heb ik met regelmaat tijdens de interviews als feedback gekregen dat ik een open houding heb en goed luister naar wat iemand te zeggen heeft. Twee van de respondenten gaven zelfs aan, dat zij het veilig genoeg vonden om persoonlijke verhalen met mij te delen. Als therapeut zijn dit essentiële elementen voor een behandeling. Wat mij opviel tijdens het afnemen van de interviews is, dat patiënten zich vaak nog meer openstellen in het contact dan dat ik van tevoren had verwacht. Hierin merkte ik dat

ik nog te voorzichtig kan zijn in het stellen van vragen tijdens bijvoorbeeld een nabespreking. Ik vond het heel mooi om te zien hoe de patiënten bij het beantwoorden van vragen stilstonden en zelf gingen reflecteren. Hoewel het beeldend medium en het non-verbale aspect van beeldende therapie essentieel is in de behandeling, is het mijns inziens bijna net zo belangrijk om woorden te geven aan deze ervaringen. Wanneer patiënten zelf woorden kunnen geven aan wat zij hebben ervaren in een sessie of de gehele behandeling, lijken zij ook tot nieuwe inzichten te kunnen komen. Voordat het zover is, is afstemming naar mijn mening één van de belangrijkste elementen van beeldende therapie. Het is een voorwaarde voor een goede behandeling om de patiënt te leren kennen op een verbale en non-verbale manier. Observatieopdrachten zijn hiervoor een goede opstap. In een observatieopdracht zou ik kiezen voor een werkvorm waar zowel de materiaalhantering als de betekenis die iemand geeft aan zijn werk naar voren kan komen. Met de symbolische waarde, dat wat iemand wel of niet aan zijn werkstuk toe deelt, geeft de patiënt mijns inziens belangrijke informatie over zichzelf prijs. Minstens net zo belangrijk is de materiaalhantering die iemand tijdens het werken laat zien, hoe flexibel iemand hierin is (Hinz, 2009). Gedurende mijn praktijkervaring op stage heb ik ervaren dat patiënten het prettig vinden om te kunnen vertellen over welke symbolische waarde een werkstuk voor hen heeft. Zeker wanneer iemand geen ervaring heeft met beeldende therapie kan het voor veiligheid zorgen, omdat iemand verbaal controle ervaart over wat hij deelt.

Een ander aspect dat mij vanuit de resultaten opviel was dat patiënten hun eigen redenatie loslaten op de inzet van de verschillende werkvormen door de therapeut. Naar mijn mening zou het een meerwaarde voor de therapie zijn om hier meer transparantie en overeenstemming in te vinden. Wanneer de patiënt het besef heeft waarom, dat wat hij doet bijdraagt aan zijn doelstelling vermoed ik dat dit zal zorgen voor meer motivatie. Ik realiseer mij ook, dat het bij deze doelgroep afhankelijk is van de fase van acceptatie waar een patiënt zich in bevindt hoe succesvol deze mate van betrokkenheid in de eigen behandeling zal zijn. Het kan te confronterend zijn voor iemand die nog niet aan een bepaald thema toe is.
Tevens denk ik dat het stellen van de juiste vragen een grote invloed heeft op de bewustwording van ervaringen in het medium. Een patiënt kan zich realiseren dat hij ‘iets’ voelt, maar dat hij er (nog) niet de juiste woorden aan kan koppelen. Het is belangrijk om bewust te worden van ervaringen in het medium om deze ook in andere situaties te kunnen herkennen en deze ervaring toe te passen op dat wat niet meer functioneel is.

Eigen regie kwam naar boven als het thema, dat door alle respondenten als belangrijk wordt gezien. Het is bij de doelgroep chronisch longfalen van belang om rekening te houden met de verlieservaringen die iemand al heeft opgedaan en de rolverandering die hier vaak een gevolg van is. Het komt voor dat iemand de grip op zijn leven verloren heeft, doordat een chronische ziekte zorgt voor veel onmogelijkheden. Dit wordt bijvoorbeeld veroorzaakt door het verlies van energie. In beeldende therapie kan iemand voor een groot deel eigen regie opnieuw ervaren door cliëntgericht te werken als therapeut en hen te betrekken bij het maken van keuzes. Door nieuwe dingen te ontdekken en een Sense of Mastery te verkrijgen kan iemand met een chronische longaandoening meer controle ervaren.

Het is, mijns inziens, belangrijk om een brug te slaan tussen lichamelijke aandoeningen en de psychische hulpverlening, want dit is lang niet altijd vanzelfsprekend. Mensen komen bij Ciro voor een lichamelijke klacht in behandeling en zijn zich er niet van bewust dat het psychische stuk achter blijft.

Literatuurlijst

Appelo, M. (2013). De tafel van psychisch welbevinden. *Directieve therapie, 33*(3), 255-257.

Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek.* Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & Van der Velden, T. (2018). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Beutler, L. E., Harwood, M., Michelson, A., Song, X., & Holman, J. (2011). Resistance/ Reactance Level. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 67*(2), 133-142.

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen.* Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Boer, L. M., Daudey, L., Peters, J. B., Molema, J., Prins, J. B., & Vercoulen, J. H. (2014). Assessing the Stages of the Grieving Process in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Validation oft he Acceptance of Disease and Impairments Questionnaire (ADIQ). *International Society of Behavioral Medicine, 21,* 561-570.

Boresius, E., & Visser, E. C. M. (2015). *Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ*. Geraadpleegd op 8 oktober 2019, van https://fvb.vaktherapie.nl/download/?id=909&download=1

Bruntink, R. (2017). Daisy Janssen: Tijd is één van de meest belangrijke barrières in ACP. *Pallium, 19*(1), 30-32.

Budde, E. (2008). *Wat woorden niet kunnen zeggen.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Casey, D., Murphy, K., Cooney, A., Lorraine, M., & Dowling, M. (2011). Developing a structured education programme for clients with COPD. *British Journal of Community Nursing, 16*(5), 231-237.

Chavannes, N. H., & In ’t Veen, J. C. C. M. (2015). *COPD: Een leidraad voor de praktijk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Cilissen-Ysermans, A. (2015). *Cliënt – therapeut – medium: een wisselwerking.* Hogeschool Zuyd: Moodle.

Ciro. (z.d.-a). *Algemeen.* Geraadpleegd op 02 oktober 2019, van https://www.ciro-horn.nl/nl/algemeen

Ciro. (z.d.-b). *Innovatie en development.* Geraadpleegd op 02 oktober 2019, van https://www.ciro-horn.nl/nl/innovatie-en-development

Ciro. (z.d.-c). *Personalized medicine.* Geraadpleegd op 02 oktober 2019, van

https://www.ciro-horn.nl/nl/personalized-medicine

Ciro. (z.d.-d). *Wat betekent een gespecialiseerde behandeling.* Geraadpleegd op 03 oktober 2019, van https://www.ciro-horn.nl/nl/wat-betekent-een-gespecialiseerde-behandeling

Claes, G., Maes, J., & Modderman, H. (2018). *Ruimte maken voor verlies en rouw in therapie.* Den Haag: Acco Leuven.

Conthe, P., Márquez Contreras, E., Aliaga Pérez, A., Barragán García, B., Fernández de Cano Martín, M. N., González Jurado, M., … Pinto, J. L. (2014). Treatment compliance in chronic illness: Current situation and future perspectives. *Elsevier España, 214,* 336-344.

Cornelison, S. D., & Pascual, R. M. (2019). Pulmonary Rehabilitation in the Management of Chronic Lung Disease. *Medical Clinics, 103,* 577-584.

De Boer, F. (2011). De Grounded Theory Approach: een update. *Kwalon, 2011*(16), 25-33. Geraadpleegd op 13 mei 2020 van, https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/KW-16-1-25/De-Grounded-Theory-Approach-een-update

De Bruijn, M. (2013, 21 augustus). *Welbevinden*. Geraadpleegd op 23 april 2020, van https://www.ensie.nl/maj-de-bruijn/welbevinden

De Vries, J., & Roukema, A. (2011). Kwaliteit van leven, een medisch psychologisch perspectief. In E. Wouters., & N. Canters (Reds.), *Kwaliteit van leven: Diverse perspectieven op het begrip kwaliteit van leven in de gezondheidszorg* (pp. 11-19). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Dierx, J. A. J., & Kasper, J. D. P. (2018). De meerwaarde van positieve gezondheid voor de gepercipieerde gezondheid. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 96*, 241-247.

GGZ Standaarden. (2020). *Vaktherapie.* Geraadpleegd op 12 mei 2020, van https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/vaktherapie-in-de-zorg

Hinz, L. D. (2009). Expressive therapies continuum. A framework for using art in therapy. New York: Routledge.

Huber, M. (2013). Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid. *Spectrum, 91*(3), 133-134.

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), 1-11.

Huber, M. (2019). Positieve Gezondheid – de status anno 2019. *Bijblijven, 35,* 7-17.

Jorritsma, G. (2018, 5 juni). *Flow (mentale toestand).* Geraadpleegd op 24 april 2020, van https://www.ensie.nl/geart-jorritsma/flow-mentale-toestand

Kaptein, A. A., Tiemensma, J., Broadbent, E., Asijee, G. M., & Voorhaar, M. (2017). COPD depicted – patients drawing their lungs. *International Journal of COPD, 12,* 3231-3236.

Keers, J., & Ubink-Veltmaat, L. (2005). Therapietrouw is abnormaal gedrag. *Huisarts en Wetenschap, 13*, 666-670.

Keirse, M. (2017). *Helpen bij verlies en verdriet: een gids voor het gezin en de hulpverlener.* Tielt: Lannoo.

Kos, J. (2020, 27 mei). Zorg lichamelijke en psychische aandoeningen te veel gescheiden? *NRC.* Geraadpleegd op 27 mei 2020, van https://www.nrc.nl/nieuws/2020/05/27/zorg-lichamelijke-en-psychische-aandoeningen-te-veel-gescheiden-a4000916

Kristjansdottir, O. B., Stenberg, U., Mirkovic, J., Krogseth, T., Ljoså, T. M., Stange, K. C., & Ruland, C. M. (2018). Personal strengths reported by people with chronic illness: A qualitative study. *Health Expectations, 21,* 787-795.

Kübler-Ross, E. (2007). *Lessen voor levenden, gesprekken met stervenden*. Amsterdam: Ambo.

Kuiper, K., Verhoef, J., & Munten, G. (2016). *Evidence-based practice voor paramedici: Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming.* Amsterdam: Boom.

Longfonds. (z.d.-a). *Het weer.* Geraadpleegd op 04 oktober 2019, van https://www.longfonds.nl/copd/leven-met-copd/het-weer

Longfonds. (z.d.-b). *Wat is Astma?* Geraadpleegd op 07 oktober 2019, van https://www.longfonds.nl/astma/alles-over-astma/wat-is-astma

Longfonds. (z.d.-c). *Wat is COPD?* Geraadpleegd op 07 oktober 2019, van https://www.longfonds.nl/copd/alles-over-copd/wat-is-copd

Jorritsma, G. (2018, 5 juni). *Flow (mentale toestand).* Geraadpleegd op 24 april 2020, van https://www.ensie.nl/geart-jorritsma/flow-mentale-toestand

Malchiodi, C. (2013, 2 april). *Defining Art Therapy in the 21st Century.* Geraadpleegd op 15 mei 2020, van https://www.psychologytoday.com/us/blog/arts-and-health/201304/defining-art-therapy-in-the-21st-century

McFerran, K. S., & Finlay, L. (2018). Resistance as a 'dance' between client and therapist. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 13*(2), 114-127.

Migchelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek: Zorg, welzijn, wonen en werken.* Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Mosselmans, K., & Braakman, J. H. D. (2019). *Leef met volle teugen? Een kwalitatieve casestudie over de bijdrage van beeldende therapie aan de gedragsverandering van vier patiënten met COPD* (Afstudeeropdracht). Vaktherapie Beeldend, Zuyd Hogeschool, Heerlen.

Nakken, N., Janssen, D. J. A., Van den Boogaart, E. H. A., Wouters, E. F. M., Franssen, F. M. E., Vercoulen, J. H., & Spruit, M. A. (2015). Informal caregivers of patients with COPD: Home Sweet Home? *European Respiratory Review, 24*, 498–504.

Noppe, D., In 't Veen, H., & Mooren, K. (2018). COPD patients in need of palliative care: Identification after hospitalization through the surprise question. *Chronic Respiratory Disease, 16,* 1–8.

Pénzes, I., Gielen, X., & Beurskens, S. (2012). Kritisch opleiden. Evidence-based practice in de bacheloropleiding Creatieve Therapie van Hogeschool Zuyd. *Tijdschrift voor vaktherapie, 8(3),* 29-35.

Pool, G., Heuvel, F., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2004). *Handboek psychologische interventies bij chronisch-somatische aandoeningen.* Assen: Koninklijke van Gorcum.

Radboudumc. (z.d.). *Excacebatie bij COPD.* Geraadpleegd op 17 oktober 2019, van https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/aandoeningen/copd/exacerbatie

Rakici, S. Y., & Karaman, E. (2019). Colorful Screams of Silent Emotions: A Study with Oncological Patients. *Indian Journal of Palliative Care, 25*(3), 361-366.

Rigter, J. (2008). *Psychologie voor de praktijk.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Rubin, J. A. (2011). *The art of art therapy: What every art therapist needs to know.* New York: Routledge.

Sav, A., King, M. A., Whitty, J. A., Kendall, E., McMillan, S. S., Kelly, F., … Wheeler, A. J. (2013). Burden of treatment for chronic illness: a concept analysis and review of the literature. *Health Expectations, 18,* 312-324.

Schuurmans, J., & Ummelen, B. (2014). *Wat nu?: Gids voor wie te maken krijgt met ongeneeslijke ziekte*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schweizer, C. (2009). *Handboek beeldende therapie.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Smeijsters, H. (2012). Analogy and metaphor in music therapy. Theory and practice. *Nordic Journal of Music Therapy, 21*(3), 227-249.

Stoilkova-Hartmann, A., Janssen, D. J. A., Franssen, F. M. E., & Wouters, E. F. M. (2015). Differences in change in coping styles between good responders, moderate responders and non-responders to pulmonary rehabilitation. *Respiratiory Medicine, 109,* 1540-1545.

Trappenburg, J., Jonkman, N., Jaarsma, T., Van Os-Medendorp, H., Kort, H., De Wit, N., … Schuurmans, M. (2014). Zelfmanagement bij chronische ziekten. *Huisarts en Wetenschap, 57*(3), 120-124.

Van den Aardweg, J. G. (2013). 4 soorten Dyspneu. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 157*. Geraadpleegd op 16 oktober 2019, van https://www.ntvg.nl/artikelen/4-soorten-dyspneu/volledig.

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs.* Den Haag: Boom Lemma.

Vroegop, S., & Klemmeier-Boekhout, T. (2016). *Astma en COPD.* Beuningen: Esculaap Media bv.

WHO. (1998). *Programme on Mental Health: WHOQOL User manual.* Genéve: WHO.

Bijlage A: Zoekgeschiedenis

PICO-vragen:

- *Op welke manier kan beeldende therapie (I) bijdragen aan gedragsverandering (O) bij patiënten met chronisch longfalen (P)?*
- *Hoe kan er tijdens een longrevalidatie (I) worden bijgedragen aan de vermindering van weerstand (O) bij patiënten met chronisch longfalen (P)?*

Zoektermen NL	**Synoniemen**	**Zoektermen ENG.**	**Synonyms**
Beeldende therapie	- Creatieve therapie - Vaktherapie beeldend - Kunstzinnige therapie	Art therapy	- Creative art(s) therapy - Expressive therapy - Arts therapy - Creative therapy - Art psychotherapie
COPD	- Chronisch Obstructieve Longziekte - Longfalen - Longziekte - Chronisch orgaanfalen - Chronisch longfalen - Chronische longziekte - Ongeneselijke longziekte - Chronische bronchitis	COPD	- Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Pulmonary Disease - Chronic Disease - Lung Failure - Pulmonary Failure - Chronic Illness

	- Chronisch longemfyseem		
Astma	- Kortademigheid / dyspneu - Chronische longaandoening - Longaandoening - Longziekte - Longfalen	Asthma	- Shortness of breath / dyspneu - Chronic lung disease - Lung disease - Pulmonary disease - Lung Failure
Longrevalidatie	-	Pulmonary Rehabilitation	-
Gedragsverandering	- Levenswijze (verandering) - Handelwijze - Houding - Opstelling - Attitude	Behavior Change	- Way of Life - Routine - Attitude - Actions - Manners - Selfmanagement - Selfcare - Adjustment
Mentale gezondheid	- Geestelijke gezondheid - Psychische gezondheid - Psychisch welbevinden - Psychisch welzijn - Stabiliseren - Kwaliteit van leven	Psychological Well-being	- Life satisfaction - Quality of life - Coping - Psychological Functioning - Stabilisation - Coping magnisums

	- Coping - Cognitief functioneren		
Acceptatie	- Aannemen - Aanvaarden - Erkenning - Bevestiging	Acceptance	- Accepting - Acknowledgement - Agreement - Assuption - (Mental) Attitude - Approval
Weerstand	- Verdediging - Verzet - Afkeer - Tegenzin - Weerzin - Aversie - Drempel - Reactie	Resistance (to change)	- Defiance - Reactions - (Reducing) Barriers
Boolean Search	**Databank (en)**	**Resultaten**	
Art therapy AND Resistance	DiZ SpringerLink	32.661 hits 1 bruikbaar	
Art therapy AND resistance AND COPD OR Chronic Obstructive Pulmonary Disease	DiZ SpringerLink	1.268 hits 0 bruikbaar	
		2.180 hits	

Art therapy AND Resistance AND Pulmonary Disease	DiZ	0 bruikbaar
Art therapy AND Resistance AND Asthma	DiZ	1.782 hits 0 bruikbaar
Art therapy AND Resistance AND chronic disease OR chronic illness	DiZ	8.140 hits 1 bruikbaar
Therapy OR Treatment OR Intervention AND Resistance OR Defiance OR Reaction AND Chronic illness OR Chronic disease	DiZ	2.176.199 hits 4 bruikbaar
Therapy OR Treatment OR Intervention AND Resistance OR Defiance OR Reaction AND Chronic illness OR Chronic disease AND Adults OR Adult OR Aged OR Elderly	DiZ	1.342.303 hits 4 bruikbaar
Art therapy OR Art psychotherapy OR Creative Arts Therapies OR Expressice arts Therapy AND	DiZ	107.179 hits 0 bruikbaar

Resistance OR Defiance OR Reaction AND Chronic illness OR Chronic disease AND Adults OR Adult OR Aged OR Elderly		
Art therapy OR Art psychotherapy OR Creative Arts Therapies OR Expressice arts Therapy AND Behavior Change AND Resistance OR Defiance OR Reaction AND Chronic illness OR Chronic disease	DiZ	204.410 hits 0 bruikbaar
Art therapy OR Art psychotherapy OR Creative Arts Therapies OR Expressice arts Therapy AND Behavior Change AND Resistance OR Defiance OR Reaction AND Pulmonary Rehabilitation	DiZ	8.404 hits 2 bruikbaar
Art therapy OR Art psychotherapy OR Creative Arts Therapies OR Expressice arts Therapy AND Behavior Change AND Resistance OR Defiance OR	DiZ	8.220 hits 1 bruikbaar

Reaction AND Pulmonary Rehabilitation AND Selfmanagament OR Selfcare		
Art therapy OR Art psychotherapy OR Creative Arts Therapies OR Expressice arts Therapy AND Behavior Change AND Resistance OR Defiance OR Reaction AND Pulmonary Rehabilitation AND Selfmanagament OR Selfcare AND Adjustment OR Adaptation OR Coping	DiZ	6.617 hits 2 bruikbaar
Art therapy OR Art psychotherapy OR Creative Arts Therapies OR Expressice arts Therapy AND Defiance OR Resistance OR Barrier	DiZ	307.467 hits 1 bruikbaar
Art therapy OR Art psychotherapy OR Creative Arts Therapies OR Expressice arts Therapy AND Acceptance AND Coping strategies OR Coping skills OR Coping OR Cope	DiZ ScienceDirect	44.946 hits 0 bruikbaar

Art therapy OR Art psychotherapy OR Creative Arts Therapies OR Expressice arts Therapy AND Coping strategies OR Coping skills OR Coping OR Cope	DiZ ScienceDirect	137.014 hits 0 bruikbaar
Beeldende Therapie AND Weerstand	DiZ SpringerLink	21 hits 1 bruikbaar
Beeldende Therapie AND Gedragsverandering	DiZ	9 hits 0 bruikbaar
Beeldende Therapie OR Vaktherapie OR Creatieve Therapie AND Gedragsverandering	DiZ	59 hits 0 bruikbaar
Beeldende Therapie OR Vaktherapie OR Creatieve Therapie AND Acceptatie	DiZ	103 hits 0 bruikbaar
Beeldende Therapie OR Vaktherapie OR Creatieve Therapie AND Weerstand	DiZ	108 hits 2 bruikbaar

Beeldende Therapie OR Vaktherapie OR Creatieve Therapie AND Verzet	DiZ	54 hits 0 bruikbaar
Beeldende Therapie OR Vaktherapie OR Creatieve Therapie AND Drempel	DiZ	48 hits 0 bruikbaar
Art therapy OR Art psychotherapy OR Creative Arts Therapies OR Expressice arts Therapy AND Barriers OR Obstacles OR Challenges	DiZ	425.176 hits 1 bruikbaar
Pulmonary Rehabilitation AND Behavior Change	DiZ	38.662 hits 0 bruikbaar
Pulmonary Rehabilitation AND Selfmanagement OR Selfcare	DiZ	20.208 hits 3 bruikbaar
Quality of Life AND Chronic Illness	DiZ PubMed	662,118 hits 2 bruikbaar
Handsearch		**Resultaten**
Boeken in bibliotheek Zuyd Hogeschool		34 bruikbaar
Referenties gevonden artikels		4 bruikbaar

Websites via Google (Scholar)	8 bruikbaar

Bijlage B: Topiclijst

Interview 1 - na 1 sessie beeldende therapie

Revalidatie (kennismaking/ introductie)	- Hoeveelste week van de revalidatie bent U? - Is dit Uw eerste revalidatie? - Hoe bevalt de revalidatie? - Wat is de aanleiding voor de revalidatie? - Wat is Uw motivatie voor de revalidatie? - Wat is Uw persoonlijke doel voor deze revalidatie? - Hoe gaat U om met een nieuwe situatie? - Hoe gaat U om met het verlies van Uw gezondheid?
Psychosociale hulpverlening	- Heeft U eerder te maken gehad met psychosociale hulpverlening in het verleden? - Zo ja, welke hulpverlening ? - Heeft U een hulpvraag? - Zo ja, komt de hulpvraag overeen met Uw persoonlijke doel voor de revalidatie? - Zo ja, wie denkt U dat U bij deze vraag kan helpen? – (Kan beeldende therapie U hierbij helpen? Waarom wel / niet?) - Hoe vindt U het om over persoonlijke en/of moeilijke onderwerpen te praten?
Beeldende Therapie verwachtingen vooraf	- Wat wist U al van beeldende therapie voor de eerste sessie? - Waar heeft U deze informatie verkregen? - Had U verwachtingen van beeldende therapie? - Heeft beeldende therapie aan deze verwachting voldaan?

	- Is uw verwachting bijgesteld na de eerste sessie? - Klopte wat U al wist met wat de beeldend therapeut U verteld heeft?
Beeldende Therapie ervaring	- U heeft 1 sessie beeldende therapie gehad, is dit de eerste keer dat u beeldende therapie heeft? - Wat is Uw eerste indruk van beeldende therapie na de eerste sessie? - Heeft U beeldend gewerkt deze eerste sessie? - Wat was de opdracht? - Hoe vond U het om beeldend werken? - Hoe heeft U de eerste sessie ervaren? - Hoe denkt U middels beeldende therapie aan Uw doel/hulpvraag te gaan werken?
Beeldend Therapeut	- Wat wat Uw eerste indruk van de beeldend therapeut? - Hoe vond U het contact met de beeldend therapeut? - Hoe vond U de uitleg van de beeldend therapeut? (over de therapie of over de opdracht) - Hoe gaat U om met het advies van anderen? Naasten/ arts/ psycholoog…
Beeldende Therapie verwachtingen achteraf/ toekomst	- Wat denkt U dat beeldende therapie U kan opleveren? - Hoe denkt U dat beeldende therapie een bijdrage kan leveren aan Uw persoonlijke doel voor de revalidatie?

Interview 2 – 5 weken na de eerste sessie beeldende therapie

Beeldende therapie	- Hoeveel sessies beeldende therapie heeft U gehad? - Hoe heeft U deze sessies ervaren? - Kunt U vertellen aan welk doel U heeft gewerkt? - Heeft U individueel of in een groep beeldende therapie gehad? - Hoe staat U nu, ten opzichte van het vorige interview, in het behalen van Uw doel van de revalidatie? - Heeft beeldende therapie hier een bijdrage in geleverd? Waarom wel/ niet? - In het eerste interview stond u … tegenover beeldende therapie, hoe is dat nu? - Waar heeft U de meeste baat bij gehad, als U zou moeten kiezen tussen; - Het contact met de therapeut - Het werken met beeldend materiaal - Contact in een groep / individueel werken
Beeldend werken	- Hoe heeft U het beeldend werken ervaren? - Welke opdracht staat U nog het beste bij? Waarom deze opdracht? - Begreep U de opdrachten? - Sloten de opdrachten aan bij Uw doel/hulpvraag? - Hoe vond U deze non-verbale manier van therapie?
Beeldend therapeut	- Hoe was het contact met de beeldend therapeut? - Wat vond U van dit contact? - Heeft de therapeut aangesloten bij Uw doel/ hulpvraag?

Multidisciplinair team	- Heeft U iets opgemerkt aan de communicatie binnen het revalidatie team? - Hoe is de communicatie van de verschillende disciplines onderling? - Wat merkt U van de onderlinge communicatie als patiënt? (goed afgestemd ja/nee, vaker hetzelfde verhaal ja/nee).
Analogie	- Wat zou U mee willen nemen vanuit de beeldende therapie om in het dagelijks leven toe te passen? - Heeft U dit al uit kunnen proberen in een andere situatie? Zo ja, hoe was dit voor U? - Heeft U iets aan de beeldende therapie gehad in het dagelijks leven? - Gaat U nog iets met de ervaringen die U heeft opgedaan in de beeldende therapie doen na de revalidatie?

Bijlage C: Akkoordformulier

Akkoordformulier afstudeer(onderzoeks)project 2019-2020 opleiding VT Zuyd

Voor + achternaam student	Lisanne Collewijn			
Studentnummer	1615122			
Medium student	X beeldend	□ dans	□ drama	□ muziek
onderzoekslijn[1]	☐ Kind & Jeugd ☐ GGZ ☐ Ouderen ☐ Somatiek X Werkingsmechanisme van het medium ☐ Wijkgerichte zorg ☐ Technologie i.d. zorg ☐ Interdisciplinair werken ☐ Meten			
Korte beschrijving van het project (probleem, doelgroep, projectplan, doelstelling, design)	Dit onderzoek betreft een kwalitatieve survay bij patiënten met chronisch longfalen van Ciro@Care en Ciro@Health bij Ciro te Horn. Aan de hand van interviews wordt geïnventariseerd naar het patiëntperspectief op beeldende therapie bij Ciro. Het doel van dit onderzoek is om de werkingsmechanismes volgens de patiënt te onderzoeken en inzicht te verkrijgen in wat ervoor zorgt dat beeldende therapie bij de ene patiënt goed aansluit, en een andere patiënt er niet aan wilt beginnen.			
Onderzoeksdoel	Inventariseren van cliëntperspectief op werkingsmechanisme van beeldende vaktherapie			
Onderzoeksvraag	Welke kenmerken van beeldende therapie ervaren patiënten met een chronische longaandoening bij Ciro te Horn als waardevol in het komen tot gedragsverandering?			
Naam opdrachtgever of contact persoon	Lara Schaefer Arlette Reijnen			
Email adres opdrachtgever of contact persoon	laraschaefer@ciro-horn.nl arlettereijnen@ciro-horn.nl			
Naam scriptie begeleider	Yvonne Coolen			

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

29-10-2019
Datum + Handtekening opdrachtgever

24/10/2019
Datum + Handtekening scriptiebegeleider

Bijlage D: Toestemmingsformulier

TOESTEMMINGSFORMULIER

Beste deelnemers aan het onderzoek “De weg van de minste weerstand?”,

U ben uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek “De weg van de minste weerstand?”. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Lisanne Collewijn in het kader van het afstudeerproject aan de opleiding Vaktherapie van Zuyd Hogeschool in samenwerking met Ciro. Het onderzoek wordt begeleid door Lara Schaefer en Arlette Reijnen.

Het doel van het onderzoek is om doormiddel van cliëntperspectief de werkingsmechanismes van beeldende therapie te boordelen op het gebied van gedragsverandering. De resultaten van het onderzoek zullen gebruikt worden om beter aan te kunnen sluiten bij de behoeftes van de patiënt in beeldende therapie bij Ciro te Horn.

Deelname aan het onderzoek betekent dat van u wordt gevraagd om 2 maal een interview af te laten nemen van maximaal 45 minuten. Hierbij wordt een geluidsopname van het interview gemaakt. Deze opnamen zijn enkel bestemd voor het onderzoek en zullen niet beschikbaar zijn voor anderen dan de onderzoekers.

Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. Alle informatie zal strikt vertrouwelijk worden behandeld. Bij het weergeven van resultaten wordt ervoor gezorgd dat dit volledig anoniem gebeurt, zonder mogelijke identificatie.
U kunt op ieder moment van het onderzoek de toestemming alsnog intrekken.

Bij vragen kunt u contact opnemen met Lisanne Collewijn via, 1615122collewijn@zuyd.nl.

Ik heb dit formulier gelezen en stem er mee in,

Datum:

_____

Handtekening:

_____

Bijlage E: Verklaring geheimhouding

Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

Onderzoek bij mensen en het verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als (student)onderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan. Met betrekking tot datamanagement en dataopslag dient aan een aantal criteria te worden voldaan die voortvloeien uit bepalingen van subsidieverstrekkers en METC, en uit wetgeving als de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers;
- Ik alleen voor het onderzoek relevante data verzamel, waarbij persoonsgegevens apart worden bewaard van de overige onderzoeksdata. Data worden anoniem verwerkt en gegevens zijn in de verslaglegging niet herleidbaar tot individuele personen;
- Ik aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen toegankelijk zijn voor het onderzoeksteam, dat de codeersleutel of de codering van de brondata van de deelnemers moet worden bewaard en dat dit alleen toegankelijk is voor de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen opgeslagen mogen worden op een veilige plek. Zie hiervoor ook het stappenplan praktijkgericht onderzoek via de website van Zuyd Bibliotheek;
- Ik ervoor zorg dat na afloop van het project de data/materialen conform de regelgeving minimaal 10 jaar (bij WMO-plichtig onderzoek 15 jaar) opgeslagen en bewaard worden in een beveiligde omgeving, in een map specifiek aangemaakt voor het project waartoe alleen het onderzoeksteam toegang heeft, of in een daarvoor bestemde afsluitbare ruimte. Zodra een teamlid niet meer betrokken is bij het onderzoek wordt de toegang tot de data geblokkeerd. Ben je student? Dan dien je alle data/materialen te

overhandigen aan de verantwoordelijke begeleider van je onderzoek, zodat hij/zij hiervoor kan zorgen;

- Ik met de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider overleg wanneer uitwisseling van data met externe partijen (buiten Zuyd) nodig/gewenst is en op welke beveiligde wijze dit gedaan mag worden.

Datum: 24 oktober 2019
Plaats: Heerlen
Naam (indien student ook studentnummer):
Lisanne Collewijn - 1615122
Academie: Hogeschool Zuyd, Vaktherapie

Bijlage F: Verklaring Nederlandse Gedragscode

Verklaring Nederlandse Gedragscode wetenschappelijke integriteit

Eind 2018 is de Gedragscode wetenschappelijke integriteit van kracht gegaan. Deze code wordt breed onderschreven door alle organisaties in Nederland die betrokken zijn bij onderzoek. Daarmee is de code van toepassing voor ieder type onderzoek (fundamenteel, toegepast of praktijkgericht) en ongeacht waar het wordt uitgevoerd (universiteit, hogeschool of elders). Je vindt de code hier. Als Zuyd Hogeschool onderschrijven we de code ook.
Een belangrijk onderdeel van de code zijn enkele leidende principes voor integer onderzoek. Zij zijn leidend voor de individuele onderzoeker, maar ook voor andere bij het onderzoek betrokken personen en organisaties (denk bijvoorbeeld aan opdrachtgevers voor het onderzoek). Het is belangrijk dat je deze principes kent en onderschrijft. Dat maak je kenbaar door deze code te ondertekenen.

1. Eerlijkheid

Eerlijkheid houdt onder andere in dat je geen ongefundeerde claims doet, je correct over het onderzoeksproces rapporteert, data of bronnen niet verzint of vervalst, alternatieve visies en tegenargumenten serieus neemt, en resultaten niet gunstiger dan wel ongunstiger voorstelt dan ze zijn.

2. Zorgvuldigheid

Zorgvuldigheid houdt onder andere in dat je wetenschappelijke methoden gebruikt en optimale precisie betracht bij het ontwerp, de uitvoering, verslaglegging en verspreiding van het onderzoek.

3. Transparantie

Transparantie houdt onder andere in dat het voor anderen helder is op welke data je je baseert, hoe deze zijn verkregen, welke resultaten je hebt bereikt en langs welke weg, en wat de rol van externe belanghebbenden is geweest. Als delen van het onderzoek of van de data niet toegankelijk worden gemaakt, dien je goed gemotiveerd aan te geven waarom dat niet mogelijk is. De wijze van uitvoering en fasering van het onderzoeksproces moet tenminste voor vakgenoten te volgen zijn. Dit betekent in ieder geval dat de argumentatie helder moet zijn en dat de stappen in het onderzoeksproces controleerbaar moeten zijn.

4. Onafhankelijkheid

Onafhankelijkheid houdt onder andere in dat je je in de keuze van de methode, bij de beoordeling van de data en in de weging van alternatieve verklaringen, niet laat leiden door

buiten-wetenschappelijke overwegingen (bijvoorbeeld overwegingen van commerciële of politieke aard). Aldus geformuleerd omvat onafhankelijkheid ook onpartijdigheid. Onafhankelijkheid is in elk geval vereist bij de opzet en uitvoering van en rapportage over het onderzoek; bij de keuze van het onderzoeksobject en van de onderzoeksvraag is onafhankelijkheid niet altijd nodig.

5. Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid houdt onder andere in dat je rekenschap geeft van het feit dat je als onderzoeker niet in isolement opereert, en daarom binnen de grenzen van het redelijke rekening houdt met de legitieme belangen van bij het onderzoek betrokken personen en dieren, van eventuele opdrachtgevers en financiers, en van de omgeving. Verantwoordelijkheid houdt ook in dat men onderzoek doet dat wetenschappelijk en/of maatschappelijk relevant is.

Datum: 24 oktober 2019
Plaats: Heerlen
Naam (indien student ook studentnummer):
Lisanne Collewijn - 1615122
Academie: Hogeschool Zuyd, Vaktherapie