

Samenwerken voor een betere behandellijn

Over de samenwerking tussen de leefgroepen en de psychomotorisch therapeuten op Ipse de Bruggen.

Marjolein Meijman



Ipse
de Bruggen

Scriptiebegeleider: Cor Niks
Bewegingsagogie en psychomotorische therapie
Hogeschool Windesheim
December 2008

Voorwoord:

Deze scriptie heb ik geschreven in het kader van de opleiding Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie.

Vanuit mijn eindstage op Ipse de Bruggen ben ik geïnteresseerd geraakt in de communicatie tussen psychomotorische therapie (pmt) en de leefgroepen waar de cliënten verblijven.

Tijdens het schrijven van mijn scriptie en de stageperiode op Ipse de Bruggen, heb ik me verdiept in deze wijze van samenwerking en heb ik gekeken waar dit bemoeilijkt wordt.

Bij mij is de overtuiging gegroeid dat de samenwerking tussen beiden van cruciaal belang is om het aanleren/veranderen van gedrag van de verstandelijk gehandicapte cliënt zo optimaal mogelijk te laten verlopen.

In deze scriptie hoop ik mensen nieuwsgierig te maken naar het belang van deze samenwerking en daarnaast wil ik psychomotorisch therapeuten, leefgroepen of andere betrokkenen stimuleren om na te denken over hun bijdrage aan deze samenwerking.

Veel dank ben ik verschuldigd aan mijn stagebegeleiders van Ipse deBruggen, Marieke van Rijn, Raymond Daniels en Maaïke van der Hoeven, die mij gestimuleerd hebben de scriptie op te pakken en hebben meegedacht over het onderwerp.

Cor Niks wil ik bedanken voor zijn advies en tijd die hij in mijn begeleiding heeft gestoken.

Speciale dank aan Karien Witteveen die mij heeft gesteund en een aantal avonden heeft opgeofferd om mij op weg te helpen.

Verdere dank aan alle psychomotorisch therapeuten en leefgroepen van IpseDe Bruggen die hebben meegewerkt aan dit onderzoek en alle verdere betrokkenen.

Marjolein Meijman
December 2008

Inhoudsopgave:

Samenvatting:	4
1. Inleiding	5
1.1 Vraagstelling.....	5
1.2 Deelvragen.....	5
2. Methode van onderzoek	7
2.1 Onderzoeksgroep.....	7
2.2 Methode van onderzoek:.....	8
3. Onderzoeksresultaten	9
3.1 Middelen en methode.....	9
3.2 Tijd.....	14
3.3 Kennis.....	15
4. Conclusies	17
4.1 Middelen.....	17
4.2 Tijd.....	18
4.3 Kennis.....	18
5. Discussie	20
6. Aanbevelingen	21
6.1 Middelen.....	21
6.2 Kennis.....	22
6.3 Tijd.....	22
Literatuurlijst:	24

Bijlagen:

Bijlage 1: Enquete formulier psychomotorische therapie.

Bijlage 2: Enqueteformulier groepsleiders.

Bijlage 3 : Aanvullende vragen groepsleiders.

Bijlage 4: Verstandelijk gehandicapt.

Bijlage 5: Communiceren.

Bijlage 6: Beroepsprofiel.

Bijlage7: EPD.

Bijlage 8: E-mail.

Bijlage 9: Voorlichting over psychomotorische therapie aan de leefgroepen.

Samenvatting:

In deze scriptie doe ik verslag van een kwantitatief onderzoek, dat ik binnen Ipse de Bruggen heb gedaan, met als doel te kijken hoe de samenwerking verloopt tussen de leefgroepen en de psychomotorisch therapeuten (pmt'ers) van Ipse de Bruggen. In mijn stage op Ipse de Bruggen heb ik mee mogen kijken in deze samenwerking. Het is mij opgevallen dat deze samenwerking niet altijd optimaal verloopt. Dit kan ten koste gaan van de behandellijn van de cliënt. Juist voor de verstandelijk gehandicapte cliënt, die verblijft op Ipse de Bruggen, is het van belang dat deze ondersteund wordt om de geleerde gedragingen van uit de therapie over te brengen naar de praktijk (Warnez, 2002).

Dit onderzoek poogt een advies te geven om verbetering te bewerkstelligen in de samenwerking tussen pmt en de leefgroepen, om zo de transfer (het overdragen van in de leersituatie verworven kennis, vaardigheden en attitudes naar actief gebruik in de thuissituatie van de cliënt (mijnwoordenboek.nl, 2008)) optimaal te laten verlopen.

Via enquêteonderzoek heb ik informatie verzameld bij de psychomotorisch therapeut en de groepsbegeleiders. Deze informatie heb ik geanalyseerd, waarbij de resultaten puntsgewijs zijn opgeschreven.

Binnen 3 thema's, namelijk: middelen/methoden, tijd en kennis, heb ik gekeken naar de samenwerking tussen de betreffende disciplines.

Ik heb hierbij gekeken naar de manier van communiceren tussen de psychomotorisch therapeut en de leefgroepen en de behoefte aan de frequentie hiervan. En heb gekeken naar de rol van tijd en kennis van elkaar binnen deze samenwerking.

Uit het onderzoek blijkt dat de huidige manier van communiceren en de frequentie hiervan afwijkt van de behoefte. Zowel de pmt'er als de leefgroepen hebben meer behoefte aan frequent contact. De leefgroepen lijken vooral behoefte te hebben aan meer uitleg over de manier van werken en de pmt'ers hebben meer behoefte aan achtergrond informatie uit de groep.

De pmt'ers leggen de punten van de behandellijn en tips en adviezen voornamelijk uit tijdens het evaluatiegesprek. Hierbij wordt soms gebruik gemaakt van videomateriaal en van voorbeelden uit de praktijk.

Toch begrijpen niet alle groepen de tips en adviezen en voeren niet alle groepen deze uit.

In hoofdstuk 6 geef ik aanbevelingen om de samenwerking tussen de pmt'er en de groepsleider te verbeteren.

1. Inleiding

Tijdens mijn stage op Ipse de Bruggen kwam ik meerdere malen in aanraking met de onmacht met betrekking tot de samenwerking van de therapeuten en de leefgroepen. Deze samenwerking tussen beiden verliep niet altijd soepel, wat ten koste kan gaan van het aanleren van vaardigheden en gedragingen van de cliënt.

Met dit onderzoek wil ik inzicht geven in de samenwerking tussen de beide partijen. Om zowel voor de leefgroepen als de therapeuten een beter overzicht te krijgen over problematiek op dit vlak, wil ik er, met dit onderzoek, voor zorgen dat de communicatie en begrip voor elkaars situatie verduidelijkt wordt, zodat de samenwerking tussen beiden verbeterd kan worden ten behoeve van de cliënt.

Ipse de Bruggen werkt met multidisciplinaire teams. Elke discipline heeft zijn eigen taak en verantwoordelijkheden. Harten en Rijn (2008) benoemen in hun boek de afstand die er bestaat binnen multidisciplinaire teams, omdat disciplines, anders dan binnen een monodisciplinair team, minder vaak met elkaar samenwerken.

Binnen een instelling waarin verschillende vormen van zorg gerealiseerd zijn, is het van groot belang goed te blijven communiceren. Door goede communicatie wordt ervoor gezorgd dat men elkaar begrijpt, de samenwerking goed verloopt en je niet langs elkaar heen werkt (Michels, 2006).

Daarnaast is het voor de voortgang van de cliënten van belang dat er tussen de verschillende disciplines gecommuniceerd wordt. Op Ipse de Bruggen wonen cliënten met een verstandelijke handicap (voor een volledige begripsomschrijving zie bijlage 4). Deze cliënten zijn over het algemeen niet in staat het geleerde uit de therapie te koppelen met de dagelijkse praktijk. Zij zullen hierbij dus ondersteund moeten worden door de thuisbasis (Warnez, 2002). In mijn onderzoek beperk ik mij tot de thuisbasis in de leefgroepen van Ipse de Bruggen.

In deze inleiding geef ik een korte introductie van de instelling, situatie en vraagstelling. In hoofdstuk 2 geef ik in het kort uitleg over de verschillende termen die ik in mijn scriptie gebruik. In het derde hoofdstuk zal ik de onderzoeksmethode en resultaten puntsgewijs toelichten. Hoofdstuk 4 bevat de conclusie. In hoofdstuk 5 reflecteer ik op het gebruik van de enquête methode, de resultaten en conclusie, waarna ik in het laatste hoofdstuk aanbevelingen doe.

1.1 Vraagstelling:

In mijn scriptie probeer ik een antwoord te vinden op de vraag:

Op welke wijze kan de samenwerking tussen pmt en de leefgroepen zodanig worden vormgegeven dat het aanleren/veranderen van gedrag van de verstandelijk gehandicapte cliënt zo optimaal mogelijk verloopt?

1.2 Deelvragen

1. Welke middelen en methoden gebruikt men in de samenwerking tussen de psychomotorisch therapeut en de groepsleiders van de leefgroepen?

- A. Welke communicatiemiddelen worden gebruikt door de pmt en leefgroepen tijdens het contact met elkaar en welke voorkeur hebben beide partijen?
- B. Vinden de beide disciplines de contactmomenten met elkaar voldoende?
- C. Wat vinden de therapeuten en groepsleiders van de inhoud van de communicatie?

- D. Op welke wijze verloopt de communicatie binnen de groepen met betrekking tot de cliënt?
 - E. Op welke wijze geeft de psychomotorisch therapeut adviezen/uitleg over de behandellijn aan de leefgroepen?
2. Speelt tijd (tijdsdruk, tijd voor de cliënt, overlegtijd) bij de leefgroepen en therapeuten een rol in de samenwerking?
3. Is er voldoende kennis van elkaar om goed samen te werken?

2. Methode van onderzoek:

In dit hoofdstuk beschrijf ik de onderzoeksgroep en de methode die ik gebruikt heb voor het onderzoek.

2.1 Onderzoeksgroep

De Bruggen (inmiddels gefuseerd met Ipse) is een christelijke stichting die zorg en dienstverlening biedt aan verstandelijk beperkten en hun omgeving (Brochure De Bruggen, 2004).

Zowel kinderen als jongeren en volwassenen zijn welkom op Ipse de Bruggen. Zij zijn welkom met een lichte of ernstige handicap, al dan niet in combinatie met lichte tot ernstige gedragsstoornissen en/of psychiatrische problemen, met of zonder (ernstige) lichamelijke beperkingen.

Clënten kunnen onder andere terecht voor 24-uurszorg, waarbij zij wonen op een van de landgoederen of huizen in Nieuwveen, Zwammerdam, Den Haag of Leiden (Brochure De Bruggen, 2004).

Leefgroepen:

De 24-uurszorg op de leefgroep is een systeem dat de gezinssituatie tijdelijk of definitief vervangt (Mijn woordenboek, 2008)

Ipse de Bruggen heeft verschillende leefgroepen op verschillende locaties. Zowel tijdelijke opvang als permanente opvang is aanwezig. De groepen zijn zo veel mogelijk ingedeeld op behoefte van de cliënt. Hier krijgen de cliënten zorg, begeleiding, ondersteuning en behandeling in de dagelijkse praktijk.

Deze ondersteuning/behandeling wordt gegeven door de groepsleiding. Elke cliënt heeft zijn eigen persoonlijke begeleider. Deze persoonlijke begeleider (pb'er) onderhoudt contacten met andere disciplines, ouders en de cliënt. Hij is het aanspreekpunt voor alle partijen. De behandellijn loopt dan ook via deze pb'er (P&O Ipse de Bruggen, 2006).

Pmt:

Op Ipse de Bruggen zijn verschillende psychomotorisch therapeuten (pmt'ers) werkzaam, die weer verdeeld zijn over verschillende locaties. Deze werken zowel met interne cliënten als cliënten van buitenaf. De pmt'er werkt samen met de persoonlijke begeleider van de cliënt of ouder. Daarnaast werkt de pmt'er samen met de orthopedagoog of een eventuele andere discipline die bij de cliënt betrokken is. Omdat psychomotorische therapie een non-verbale therapievorm (praten is van ondergeschikt belang) en ervaringsgericht is (gebaseerd op ervaren en aan den lijve ondervinden (Meijden van de en Zopfi, 2003)), is deze vorm van therapie bij uitstek geschikt voor deze doelgroep. Juist omdat verstandelijk gehandicapten vaak moeite hebben met het verwoorden van hun gevoelens en belevingen (Wijdenven, z.d.).

Om het onderzoek compact te houden, heb ik besloten mijn onderzoek te richten op cliënten die vanuit Ipse de Bruggen zelf komen. Dit zijn de cliënten die verblijven op de leefgroepen van Ipse de Bruggen.

2.2 Methode van onderzoek:

Om een antwoord te vinden op de deelvragen heb ik een enquête afgenomen onder de psychomotorisch therapeuten en de leefgroepen, waarvan een of meerdere cliënten psychomotorische therapie volgen. In dit hoofdstuk zal ik de onderzoeksmethoden en onderzoeksresultaten verduidelijken. Deze heb ik per thema uitgeschreven.

Door middel van kwantitatief onderzoek heb ik een groot aantal respondenten ondervraagd.

Omdat de locaties van de leefgroepen uiteen lopen en ze niet altijd gemakkelijk bereikbaar zijn, heb ik uit de vijf verschillende enquête-mogelijkheden (Swanborn, 1991). in eerste instantie gekozen voor de schriftelijke enquête. Om een beeld te krijgen van de eigen visie van groepsleiders en therapeuten heb ik gekozen voor een combinatie van open en gesloten vragen en ik had hier vanuit de stage nog geen duidelijk beeld van. Bij de therapeuten heb ik ook gebruik gemaakt van een vragenlijst met hierin zowel open als gesloten vragen. Omdat ik zelf stage heb gelopen bij de pmt en hierdoor meer een beeld heb gekregen over de manier van werken, heb ik uit deze vragenlijst genoeg informatie kunnen halen.

Ik heb gebruik gemaakt van een extra analist (een studiegenoot die met mij mee heeft gekeken) bij het verzamelen van alle gegevens. Dit om betrouwbaarheid van de uitkomst te vergroten (De Pelsmacker & Van Kenhove, 2006).

De eerste enquête gaf mij een beeld van de manier van werken van de therapeut en de leefgroep. De enquête van de leefgroepen bevatte niet voldoende informatie. Ook wilde ik de vragen nogmaals checken (De Pelsmacker & Van Kenhove, 2006). Daarom heb ik op de groepen een interviewenquête (Swanborn, 1991) afgenomen met de persoon die de eerste enquête heeft ingevuld. Hierbij heb ik gebruik gemaakt van een gestructureerd interview met een vast aantal vragen.

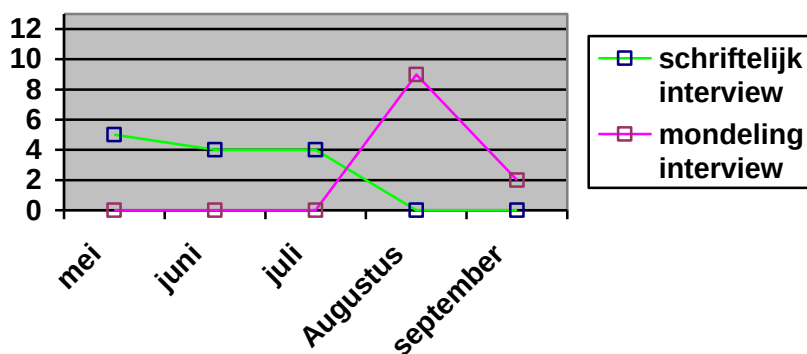
De psychomotorisch therapeuten heb ik aanvullende vragen gestuurd om het beeld compleet te maken.

Ik heb 30 groepsleiders van Ipse de Bruggen benaderd over 15 leefgroepen. Vanuit vier leefgroepen was er geen respons. Dit wil zeggen dat er 30 % non-response is (Swanborn, 1991).

7 therapeuten van Ipse de Bruggen heb ik benaderd voor het onderzoek. Zij hebben allemaal meegewerkt.

Figuur 2.0

In figuur 2.0 heb ik weergegeven in welke periode ik informatie verzameld heb.



3.0. Onderzoekresultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoekresultaten van de afgenomen enquêtes puntsgewijs opgesomd of weergegeven in een grafiek.

3.1 Middelen en methode

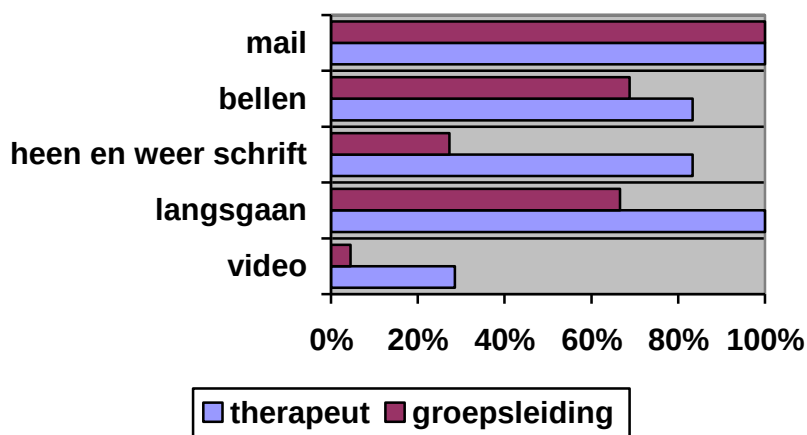
Welke middelen en methoden gebruikt men in de samenwerking tussen de psychomotorisch therapeut en de groepsleiders van de leefgroepen?

Deelvraag 1a. Welke communicatiemiddelen worden gebruikt door de pmt en leefgroepen tijdens het contact met elkaar? Welke voorkeur hebben beide partijen?

Resultaat:

In figuur 3.0 wordt in procenten aangegeven welke communicatiemiddel gebruikt wordt, door zowel de groepsleiding als de therapeuten, om te communiceren met elkaar.

Figuur 3.0



- E-mail wordt door alle partijen veel gebruikt.
- Door de groepsleiding wordt hierbij aangegeven, dat e-mail veel gebruikt wordt, omdat andere manieren van contact leggen moeizaam gaat, vanwege de wisselende tijden van werken en diensten van zowel de therapeut als de groepsleiding.

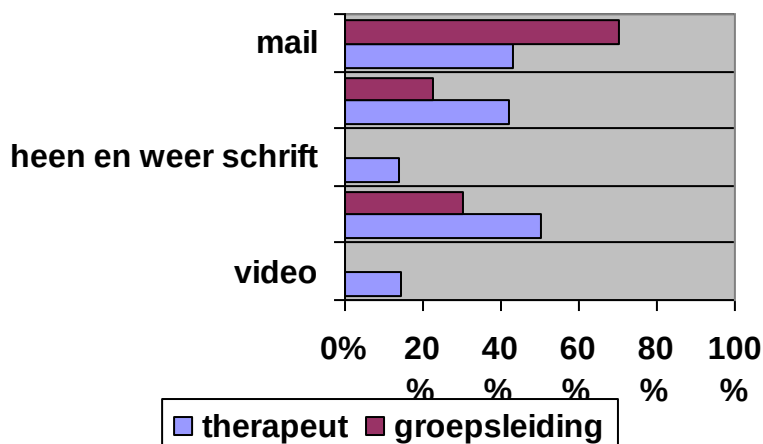
Hieronder zijn enkele reacties vermeld:

Reactie 1: 'Bellen en mailen wordt het meest gebruikt. De voorkeur gaat uit naar bellen, maar dit is niet altijd praktisch. Met bellen heb je tenminste direct contact.'

Reactie 2: 'De mail wordt het meest gebruikt. Dit is het meest effectief door wisselende tijden. Bellen gaat vaak mis (niet aanwezig).'

In figuur 3.1 wordt de voorkeur van communicatiemiddel van zowel de therapeut als de groepsleiders weergegeven.

Figuur 3.1



- Mail heeft bij de meeste groepsleiding de voorkeur.
- Bij de therapeuten ligt de voorkeur bij mail, bellen, wanneer er iets gemeld moet worden of de groepsleiding ergens van op de hoogte gebracht moet worden.
- Voor belangrijke zaken heeft langsgaan de voorkeur.

Hieronder zijn enkele reacties vermeld:

Reactie 1: 'Bellen of langsgaan, vanwege de directe interactie en communicatie. Je weet direct of de inhoud goed overkomt.'

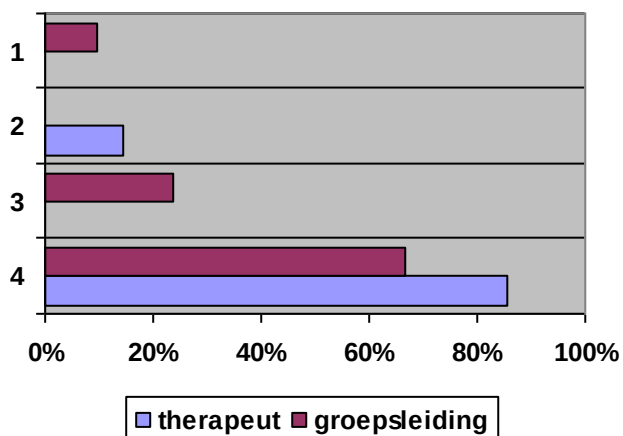
Reactie 2: 'In verband met wisselende diensten via de mail.'

Deelvraag 2: Zijn er genoeg contactmomenten tussen de psychomotorisch therapeuten en de leefgroepen?

Resultaat:

In figuur 3.2 geef ik in procenten aan wat de ondervraagde therapeuten en groepsleiders voor een reactie gegeven hebben.

Figuur 3.2



1 = Aantal contact momenten is voldoende van beide kanten.
2 = Er zou meer contact vanuit de groepen mogen komen.
3 = er zou meer contact vanuit de pmt mogen komen
4 = Vanuit pmt en de groepen mag meer contact komen.

- Door acht groepsleiders werd aangegeven dat de communicatie soms moeizaam verloopt, door de wisselende werktijden en afwezigheid van beide partijen. Hierdoor wordt er langs elkaar heen gebeld. Ook afspraken zijn daardoor moeilijk te plannen.
- Het aantal evaluatiemomenten (hierbij wordt met orthopedagoog, persoonlijk begeleider, pmt'er en client geevalueerd) wordt wel voldoende gevonden. Dit is gemiddeld 1 keer per 4/5 maanden.

Twee reacties zijn hieronder weergegeven:

Reactie 1: 'Het aantal gesprekken is goed. We zitten duidelijk op één lijn na een gesprek. Om de 3 maanden is er een evaluatie. Als er iets is gebeurd wat van invloed kan zijn op de cliënt of de therapie, dan wordt er gebeld of gemaild. Op een andere manier is er geen contact.'

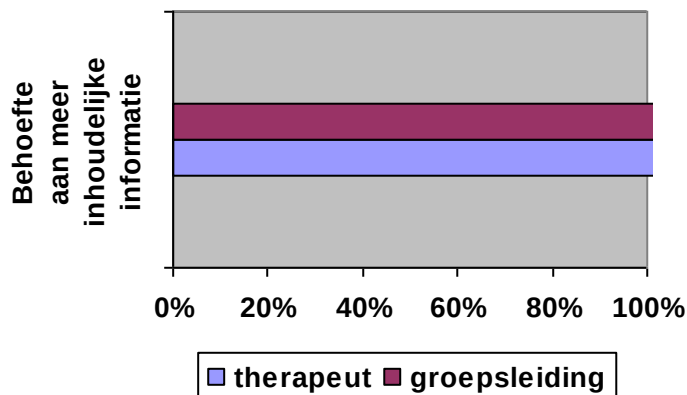
Reactie 2: 'Er zijn gesprekken genoeg. Er is wel behoefte aan meer informatie tussendoor. Een bezoekje in het teamgesprek. Dat hoeft maar 5 of 10 minuten. En tussendoor wat updates. Tijdens de evaluatie wordt meestal wel duidelijk hoe de doelen lopen en hoe de cliënt het doet. Er is wel behoefte aan frequenter contact, waarin duidelijk wordt waarom iets gedaan is en hoe het gaat.'

Deelvraag 3: Wat vinden de therapeuten en groepsleiders van de inhoud van de communicatie?

Resultaat:

In figuur 3.3 geef ik weer hoeveel procent van de ondervraagde groepsleiders en pmt'ers behoefte hebben aan meer inhoudelijke informatie.

Figuur 3.3



- Door zeven groepsleiders wordt specifiek gevraagd naar de ontwikkelingen en vorderingen binnen de therapie. Vier groepsleiders vragen zich af wat er gedaan wordt in een therapie en waarom.
- De therapeuten geven aan meer informatie te willen over hoe het gaat op de groep. Gebeurtenissen die van belang zijn om te weten in verband met de vooruitgang van de cliënt.

Enkele reacties zijn hieronder benoemd:

Reactie 1: 'Ik geef methodisch en therapeutisch gerichte informatie: wat zijn de belangrijke consequenties voor de cliënt en hoe komen we in ons behandeldoel verder.'

Reactie 2: 'Ik wil meer weten over de therapie, de vorderingen en de omgang met de cliënt.'

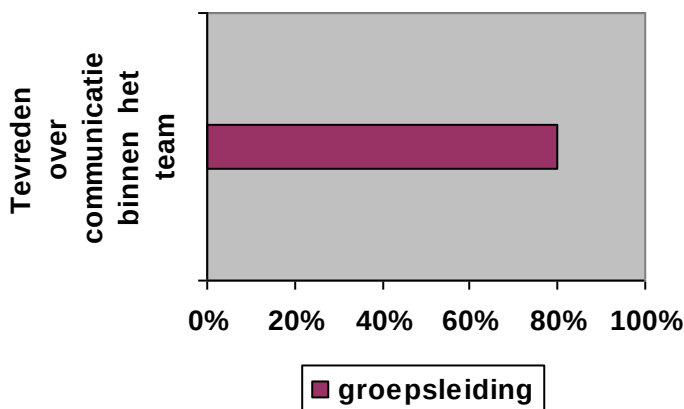
Reactie 3: 'Ik wil weten hoe wij met de jongeren het thema dat behandeld wordt, kunnen oefenen/bespreken en actueel kunnen houden'

Deelvraag 4: Op welke wijze verloopt de communicatie binnen de groepen met betrekking tot de cliënt en is men tevreden met deze communicatie?

Resultaat:

In figuur 3.4 is weergegeven hoeveel procent van de ondervraagde groepsleiders

Figuur 3.4



- Het contact tussen groepsleiding onderling gaat over het algemeen via rapportage. Elke groep werkt met deze rapportagemap. Ook heeft elke team een teamvergadering. In elke groep is het verschillend hoe vaak deze vergadering wordt gehouden. Dit verschilt van 1 keer in de twee weken tot 1 keer per maand.
- Binnen tien teams zijn er veel wissels geweest. Inval- en uitzendkrachten (Voor een definitie van uitzend en invalkracht zie bijlage 9) worden dan ingezet om het personeelstekort op te vullen. Groepsleiders geven hierbij aan dat de inval- of uitzendkrachten de communicatie binnen de groep niet ten goede komt. Er wordt veel vergeten te communiceren of de uitzend-/invalkracht ziet het belang van een bepaalde gedraging niet, waardoor informatie verloren gaat.
- Drie therapeuten geven aan dat zij de problemen van slechte communicatie, van de groep naar de therapeut, mede wijten aan de slechte communicatie binnen de groep.

Enkele reacties:

Reactie 1: 'Binnen de groep zouden afspraken beter genoteerd moeten worden. Het wel of niet doorgaan van een pmt wordt soms vergeten op te schrijven. Daardoor gaan afspraken soms mis.'

Reactie 2: 'Via persoonlijke rapportage van elke cliënt, overdrachtmap, agenda. Specifieke informatie over de cliënt gaat via de vergadering.'

Reactie 3: 'Binnen het team moet de informatie soms meer worden doorgespeeld. Het blijft nu ergens 'liggen'.

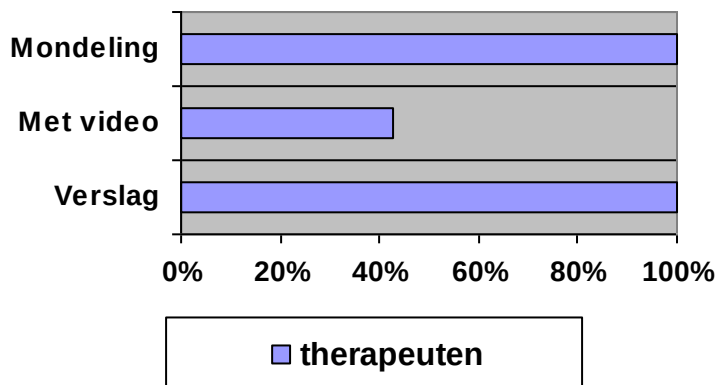
Reactie 4: 'Aanspreken is soms moeilijk, omdat men bang is elkaar te kwetsen.'

Deelvraag 5: Op welke wijze geeft de psychomotorisch therapeut adviezen/uitleg over de behandellijn aan de leefgroepen?

Resultaat:

In figuur 3.5 is weergegeven welke wijze van communiceren gebruikt wordt tijdens het uitleggen van adviezen of uitleg over de behandellijn.

Figuur 3.5

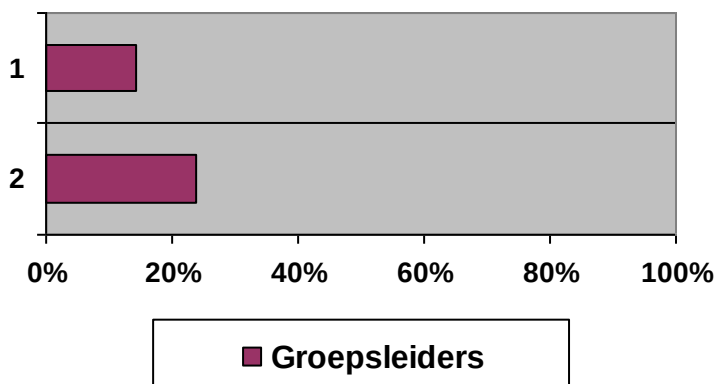


- Het advies of uitleg over de behandellijn verloopt over het algemeen via de evaluatie.
- Naast de evaluatie geeft 1 therapeut aan het advies nog toe te lichten via mail.
- Een therapeut geeft aan, met uitzondering, iemand in de zaal uit te nodigen.
- 3 Therapeuten geven specifiek aan de uitleg zo beeldend mogelijk te geven, zodat de groepsleiding zich een beeld kan vormen.

Reactie 1: 'Ik vertaal de essentie van een situatie altijd naar een leefgroepsituatie, zodat de begeleiders mijn verhaal kunnen plaatsen in hun werksituatie.'

In figuur 3.6 wordt aangegeven hoeveel procent van de ondervraagde groepsleiders zeggen de tips en adviezen niet helder te vinden of op te volgen.

Figuur 3.6



1= De groepsleiders vinden de tips en adviezen niet altijd duidelijk.

2= Op de groepen worden tips en adviezen niet altijd opgevolgd.

- Groepsleiders geven aan de tips en adviezen niet altijd op te volgen, omdat de tips en adviezen niet begrepen worden, de middelen er niet voor zijn of er geen tijd voor is.

Enkele reacties zijn hieronder weergegeven:

Reactie 1: 'Soms zijn de tips niet duidelijk.'

Reactie 2: 'Er is soms weinig tijd, maar over het algemeen kan dit goed gedaan worden. Door de wissels in het team is soms wel de lijn moeilijk vast te houden.'

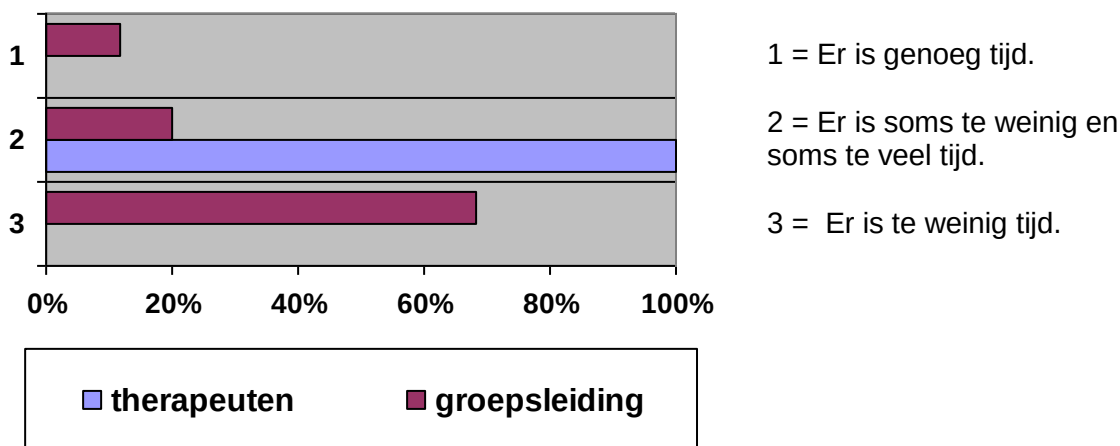
3.2 Tijd

Vraag 1: Is er genoeg tijd om alle taken voor en rond de client te regelen en uit te voeren.

Resultaat:

In figuur 3.7 wordt weergegeven of de ondervraagde therapeuten en groepsleiders genoeg tijd hebben alle werkzaamheden behorende bij hun functie (zie bijlage 6) uit te voeren.

Figuur 3.7



- Verschillende groepsleidingen zien in dat er tijd gemaakt moet worden voor klanten. Maar soms hebben zij tijd te kort.
- Daarnaast zien de meeste therapeuten, dat het voor groepsbegeleiders moeilijk is, naast het begeleiden van de cliënt ook met therapieën bezig te zijn en nieuwe dingen toe te passen. Zij zien dit mede als oorzaak van het niet kunnen toepassen van nieuwe adviezen en het niet lopen van de overdracht.

Enkele reacties heb ik hieronder beschreven:

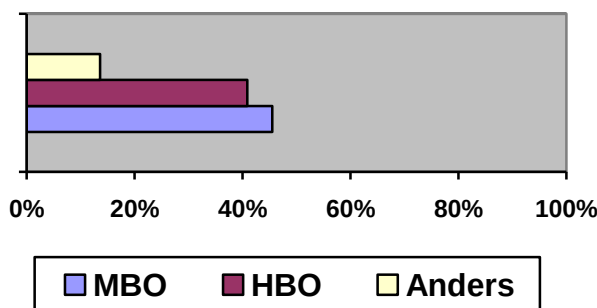
Reactie 1: 'Tijd moet 'genomen' worden. Die is er niet altijd. Als de doelen concreet genoeg zijn, dan wordt dit gedaan.'

Reactie 2: 'Tijd, ruimte en personen genoeg.'

3.3 Kennis

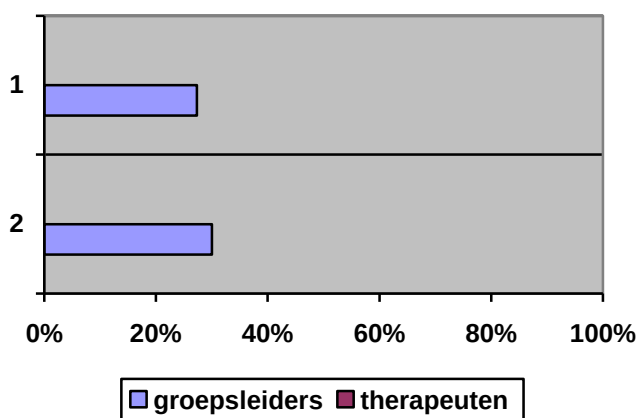
Vraag 1: Is er voldoende kennis van elkaar om goed samen te werken?

Figuur 3.8a



Hiernaast is het niveau van de groepsleiders, op de ondervraagde leefgroepen weergegeven.

Figuur 3.8b



1 = De uitzendkrachten bemoeilijken het werk in de leefgroepen.

2 = Opleidingsniveau tussen pmt en groepsleiding is te groot.

- 30% van de groepsleiders groepsleiders geven aan dat de kennis van de uitzendkrachten soms te beperkt is. Daarbij wordt benoemd dat de inval- en uitzendkrachten niet altijd de belangrijke zaken zien.
- Hoewel het geen officiële vraag van de enquête was geven een aantal therapeuten aan dat zij denken, dat het taalgebruik van de pmt'er te moeilijk is en de kennis van de groepsleiders, om tips en adviezen uit te voeren, niet toereikend.
- Ook denken zij dat de medewerker daarom geen idee heeft welke informatie belangrijk is voor de psychomotorische therapeut om te weten en hoe zij met tips en adviezen om moeten gaan.
- 3 pmt'ers hebben voor verschillende leefgroepen een aantal keren een voorlichting gegeven over hun vak op IpseDe Bruggen. Dit om kennis te vergroten.

Twee reacties zijn hieronder weergegeven

Reactie 1: 'De therapeut gebruikt andere taal, waardoor de communicatie of de bedoeling niet altijd helder is (misschien door verschil in opleidingsniveau).'

Reactie 2: 'medewerker heeft soms geen idee welke informatie voor de therapeut belangrijk is.'

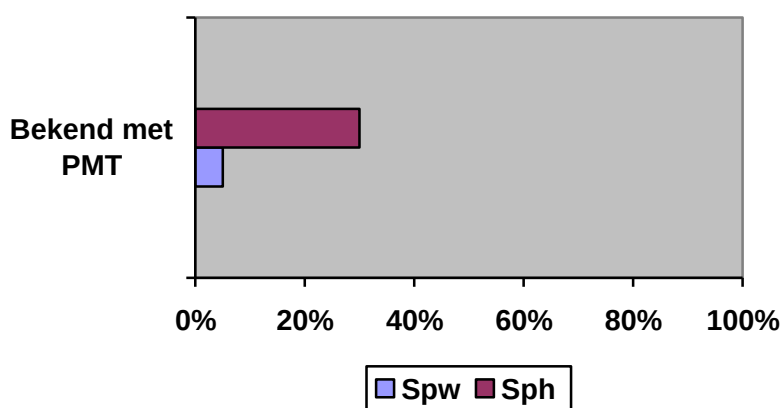
Reactie 3: Ik merk dat de groepsleiding na een voorlichting meer contact met mij zoeken, beter weten wat de jongeren bij mij komen doen, beter weten hoe ze op de jongeren kunnen reageren als ze terugkomen van PMT, meer geneigd zijn om mij te informeren over de jongeren.

De groepsleiders hebben allemaal MBO (Middelbaar beroepsonderwijs) of HBO (Hoger beroepsonderwijs) niveau.

Omdat ik graag wilde weten of een groepsleider wel kennis meekrijgt over pmt, ben ik in het opleidingsprogramma van vijf scholen gaan kijken voor informatie over psychomotorische therapie. In geen van de opleidingsprogramma's wordt hierover informatie vermeld.

Na navraag bij 20 studenten van de SPW en SPH kom ik tot de volgende grafiek.

Figuur 3.9



Een aantal heeft er in zijn of haar stage mee te maken gehad. Het onderwerp vaktherapie komt tijdens de opleiding wel aan de orde, maar niet alle studenten kunnen deze term uitleggen. De term creatieve therapie weet 50% van de SPH studenten uit te leggen.

In de studieboeken van SPH en SPW studenten is de volgende informatie te vinden:

In een boek (Gemert, 1997) van een SPH student is 1 bladzijde over psychomotorische therapie te vinden.

In een boek (Bakker, 2002) van de SPW student zijn over de psychomotorisch therapeut 7 regels te vinden.

Binnen de opleiding Bewegingsagogie en Psychomotorische therapie te Zwolle wordt in geen vak uitleg gegeven over de werkzaamheden van de groepsleiding. Geen vak is hierop toegespitst. Verder wordt er weinig tot geen informatie gegeven over het werk van andere disciplines. In geen een vak wordt aandacht besteed aan de manier van overdracht aan de groepsleiding. Wel wordt tijdens de lessen WTV aandacht besteed aan het belang van transfer.

4. Conclusies

In het vorige hoofdstuk heb ik de onderzoeksresultaten uitgewerkt. Per thema heb ik uitgeschreven wat voor conclusies ik daaruit heb getrokken. Deze vindt u in dit hoofdstuk.

4.1 Middelen/methoden

Uit de vragenlijst blijkt dat momenteel veel leefgroepen en pmt'ers de e-mail verkiezen boven andere communicatiemiddelen. Hoewel er meer voorkeur blijkt voor directere manieren van contact (bijvoorbeeld: langskomen in de teamvergadering.), lijkt dit niet altijd haalbaar. Mailcontact lijkt voor zowel de pmt'er als de groepleiding een goede oplossing, mits dit vaker en consequenter wordt gemaakt.

E-mail is dan een geschikt middel om de communicatie tussen de pmt en leefgroepen op gang te houden, omdat het snel te schrijven is, laagdrempelig is en contact maken soms moeizaam verloopt door wisselende werktijden (Severijnen et al, 2004).

Tevens zijn mails vanuit de computer gemakkelijk op te vragen en raken minder snel kwijt (Robbins & Boissevain, 2008).

Bij e-mail contact over belangrijke informatie of vragen is de kans op misverstanden aanwezig, omdat het directe contact en de lichaamstaal ontbreekt. Nieuwenhuizen (2003) beschrijft in haar boek dat 55 % van de communicatie tussen twee of meer personen uit lichaamstaal bestaat. Juist een pmt'er met een beroep waarin lichaamstaal zo veel gebruikt wordt en op de voorgrond staat, zou kunnen kiezen voor meer direct contact.

De meeste groepen en pmt'er geven aan dat het contact tussen de pmt'er en de groepleiding wat frequenter zou mogen. De groepsleiding mag meer laten weten over de gang van zaken op de groep met betrekking tot de cliënt en de pmt'ers mogen laten weten hoe het in de therapieën verloopt.

De groepsleiding lijkt vooral behoefte te hebben aan informatie over wat er allemaal gebeurt tijdens de therapie en waarom dit gedaan wordt. Men is ook benieuwd naar de vorderingen.

De pmt'ers zoeken meer informatie over gebeurtenissen of gedrag van de cliënt, hetgeen invloed kan hebben op de therapie en het opvolgen van tips en adviezen op de groep. Deze informatie kan de pmt'er gebruiken tijdens een therapie.

Meer kennis over elkaar kan zorgen voor meer begrip bij de groepsleiding over de psychomotorische therapie van cliënten (Brown & Mitchell, 1993).

Het aantal evaluatiegesprekken, waarbij uitgebreid gesproken wordt over de therapie, lijkt voor de meeste groepen voldoende te zijn. Wel blijkt dat de mate waarin de evaluatie plaatsvindt verschilt. In een evaluatiegesprek, waarin de verschillende disciplines samenkomen, kan men komen tot verschillende inzichten (Baars, 2005). Juist deze gesprekken kunnen voor een goede samenwerking erg belangrijk zijn.

De groepsleiding vindt dat er te weinig ruimte is voor een kort overleg. Zij lijkt behoefte te hebben aan een bezoek van de pmt'er tijdens het teamoverleg. In direct contact kan de groepsleiding vragen stellen en komt de informatie beter over (Claessens, 2000). Verder komt de informatie die gegeven wordt uit eerste hand, waardoor de informatie niet wordt vertekend (Robbins & Boissevain, 2008).

Uit de enquête blijkt dat niet alle ondervraagde groepsleiders de tips en adviezen begrijpen die worden aangeboden door de pmt'ers. Hierdoor en door andere oorzaken, voeren niet alle groepen de tips en adviezen uit. Juist voor een groep die moeite ervaart

bij het leren van iets nieuws (Meer, Hermesen & Keukens, 2003), is het belangrijk dat de cliënt de nieuwe vaardigheden in een andere context ervaart. Tevens is dit voor de voortgang van de therapie belangrijk, omdat een cliënt meer vooruitgang boekt bij het herhalen van gedrag of vaardigheden in andere situaties.

De contacten tussen groepsleiders onderling gaan over het algemeen via een rapportagemap. Over het algemeen zijn de groepsleiders tevreden over de wijze van communiceren binnen het team. Omdat de meeste informatie voornamelijk via schriftelijke tekst gaat, kan er niet gegarandeerd worden dat iets ook zo overkomt als bedoeld is (Robbins & Boissevain, 2008).

De mate van verbaal contact, waarbij alle teamleden aanwezig zijn, verschilt per groep. Voornamelijk door de wisselende werktijden.

4.2 Tijd

Uit de enquête blijkt dat tijdgebrek een veel voorkomend probleem is op de groepen. Een aantal groepen geeft zelf aan dat tijd 'genomen' moet worden. Dit betekent dat de groepen die geen tijd kunnen vrij maken voor het aanhouden van de uitgezette behandellijn, de behandeling van de cliënt in de weg staan. De cliënt, die door een verstandelijke beperking toch al moeite heeft iets nieuws te leren (Meer, Hermesen & Keukens, 2003), leert de aangeleerde gedragingen en/of methoden daardoor niet in een nieuwe context gebruiken.

De groepen die aangeven veel wissels (inval- en uitzendkrachten) in het team te hebben, zeggen hierdoor een hogere werkdruk te ervaren en minder tijd voor de cliënt te hebben.

De pmt'ers geven aan dat zij voldoende tijd hebben voor de cliënt. Zowel de therapie als alle werkzaamheden eromheen kosten tijd, maar deze zijn binnen de tijdsverdeling van de organisatie haalbaar.

Op het moment dat er wel regelmatig gecommuniceerd wordt over de behandellijn (zie '3.1 middelen/methoden') zal er waarschijnlijk ook meer interesse zijn voor elkaar en zal de wil om tijd vrij te maken vergroot worden (Brown & Mitchell, 1993).

4.3 Kennis

De groepsleiders hebben allemaal MBO (Middelbaar beroepsonderwijs) of HBO (Hoger beroepsonderwijs) niveau.

Vanuit de opleidingen wordt er weinig kennis gegeven over de verschillende disciplines. Groepsleiders zijn dus vanuit hun opleiding slecht op de hoogte van pmt. Dit gebrek aan kennis kan zorgen voor minder begrip en het niet weten waar ze op moeten letten bij cliënten. Ze weten niet welke informatie belangrijk is om te observeren en door te geven. Ditzelfde geldt voor de pmt'ers. Zij krijgen vanuit de opleiding geen kennis mee over de werkzaamheden op de groepen. Hoe meer kennis over werkzaamheden van een ander, hoe beter zij elkaar zullen begrijpen.

Een aantal psychomotorisch therapeuten lijkt de verschillen in opleidingsniveau (en dus kennis over het behandelen van de cliënt) wel te merken. Zij hebben het idee dat er een gebrek aan inzicht is of een taalbarrière. Zij zouden hun taalgebruik aan moeten passen aan het niveau van de groepsleiding of de informatie laten terugkoppelen om te kijken of de groepsleiding deze begrepen heeft (Boot & Kerstjens, 2006).

De kennis van de inval- en uitzendkrachten is over het algemeen van goed niveau. Wel blijkt (uit de gegevens van de enquête) dat ze kennis missen over de specifieke doelgroep en de cliënt, waardoor er informatie verloren gaat of gemist wordt. Dit zou informatie kunnen zijn die juist erg belangrijk is.

5. Discussie:

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 zijn er veel verschillende niveaus in de verstandelijk gehandicaptenzorg. De meeste cliënten van Ipse de Bruggen vallen in de extensive en pervasive categorie (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2008. Voor verdere uitleg zie bijlage 4.) Zij hebben dus redelijk tot veel zorg nodig. Voor deze cliënten is het belangrijk dat ze de vaardigheden die ze leren tijdens therapie in de leefgroep worden toegepast. Een cliënt op dit niveau is namelijk zelf niet in staat het geleerde gedrag toe te passen in andere situatie (Meer et al, 2003).

Het code woord in deze scriptie is 'samen'. Door betere samenwerking op het gebied van communicatie, tijdsverdeling en kennis, zal men beter in staat zijn de geleerde vaardigheden toe te passen in de thuissituatie en heeft de pmt'er meer reflectie en werkmateriaal.

Ik heb er voor gekozen eigen vragen te maken voor de enquête, waarbij ik wel gebruik heb gemaakt van literatuur voor het maken van een vragenlijst (De Pelsmacker & Van Kenhove, 2006, Swanborn, 1991). Ik heb hiervoor gekozen omdat ik geen vragenlijst heb kunnen vinden, die mijn onderzoeksvraag kon ondersteunen.

Het onderzoek werd bemoeilijkt door de in eerste instantie weinige reacties van de groepsleiders. Uiteindelijk heb ik 30 groepsleiders over 15 leefgroepen van Ipse de Bruggen benaderd. Dit zijn de groepen waar een client woont, die naar therapie gaat. Vanuit vier leefgroepen was er geen respons. Dit wil zeggen dat er 30% non-response is. Alle benaderde therapeuten hebben wel gereageerd op de enquête.

Een minder sterke kant van dit onderzoek is het feit dat ik gekozen heb mijn eigen vragen te maken. Dit zorgt ervoor dat mijn scriptie zich beperkt tot een bepaalde doelgroep namelijk; de psychomotorisch therapeuten en groepsleiders van IpseDe Bruggen.

Ik heb met mijn onderzoek een groot aantal punten behandeld, om een zo breed mogelijke kijk te krijgen. Hierdoor heb ik globaal de miscommunicaties eruit gehaald. Voor een vervolgonderzoek zou er specifiek gekeken kunnen worden naar de methodes van de psychomotorisch therapeut, om adviezen voor een behandellijn over te dragen aan de groepsleiding. Welke methodes zijn er allemaal en welke hebben het meest effect?

Verder zou er gekeken kunnen worden naar de meest ideale manier van communiceren binnen een organisatie.

6. Aanbevelingen

Naar aanleiding van de ingevulde enquêtes en de conclusies die ik daaruit heb getrokken, heb ik de aanbevelingen geschreven, die ik in dit hoofdstuk zal behandelen. Deze heb ik gerangschikt per thema.

6.1 Middelen

1. Bijwonen van een teamvergadering:

Uit het interview blijkt dat zowel de groepsleiding als de therapeuten meer behoefte hebben aan informatie en duidelijkheid van elkaar. Om meer begrip te creëren bij de groepsleiding over pmt (Brown & Mitchell, 1993), zou de pmt'er een teamvergadering van groepsleiders kunnen bijwonen. Vanuit de groepsleiders is dit een veel voorkomende vraag. Alle begeleiders horen in deze vergadering, uit directe bron (Robbins & Boissevain, 2008), hoe het plan van aanpak wordt of hoe het gaat met een cliënt. Door de aanwezigheid van de therapeut weten alle groepsleiders met wie zij samenwerken en is er ruimte voor directe communicatie tussen de groepsleiders en de therapeut. Door meer begrip en kennis over pmt, is de wil om te werken aan tips en adviezen waarschijnlijk groter (Brown & Mitchell, 1993). Ook zal het voor elke groepsleider duidelijker zijn welk gedrag zij moeten observeren.

2. Vastleggen van contact:

Het zou een verstandige keuze zijn om de frequentie van contact vast te leggen. Zo kan zowel de groepsleiding als de pmt'er er gemakkelijk op aangesproken worden als dit niet gebeurt. Bijvoorbeeld:

- De psychomotorisch therapeut moet minimaal 1 keer in de 3 maanden een teamvergadering bijwonen.
- Minimaal 1 keer in de 2 weken is er een kort verslag van de afgelopen therapiesessies.
- De groepen geven voor elke sessie een kort verslag van afgelopen week.
- Een keer in de 3/4 maanden is er een evaluatie, waarbij alle betrokken disciplines aanwezig zijn.

3. Digitale dossiervorming:

Er zou gebruikt gemaakt kunnen worden van digitale dossiervorming zoals het EPD. Het EPD is een Elektronisch Patiënten Dossier, waarin alle betrokken disciplines van een cliënt informatie kunnen opslaan. De informatie staat dan direct in het systeem waar alle betrokkenen elk moment in kunnen kijken (ICTzorg magazine, 2007). Men kan alle informatie opvragen en de voor hen belangrijke stukken lezen. Alleen de betrokken discipline mag in het zorgdossier komen (informatiepunt landelijk EPD). Zowel de groepsleiding als de therapeut kan hier zijn informatie in kwijt. Beide partijen hoeven hierdoor hun informatie maar een keer op te schrijven om het voor alle betrokken disciplines leesbaar te maken. Dit zou tijd schelen en zorgen voor een betere kennis van elkaar en van de client.

Voor meer informatie over het EPD zie bijlage 7.

Samengevat:

- Vergaderingen kunnen worden gebruikt als middel om meer persoonlijk contact te krijgen en hierdoor meer begrip te creëren voor elkaars situatie.
- Het vastleggen van informatie over de frequentie van contact zorgt ervoor dat er meer contact komt. Men kan erop worden aangesproken in bijvoorbeeld het functioneringsgesprek.

- Door het invoeren van het elektronische patientendossier kan iedere discipline gemakkelijk alle informatie raadplegen. Dit zorgt voor tijdsbesparing en betere communicatie onderling.

6.2 Kennis

1. Draagvlak creëren:

Om meer draagvlak te creëren en interesse te wekken bij de groepsleiding kan er gekozen worden om één keer in het half jaar/jaar een cursus te geven aan de groepsleiding van de verschillende groepen. Als deze cursus standaard gegeven wordt bij alle nieuwe medewerkers op de groepen (en aan alle medewerkers welke nu werkzaam zijn op de leefgroepen), geeft dit de groepsleiding meer inzicht. Er zal meer interesse zijn voor de werkzaamheden van de psychomotorisch therapeuten. Men zal zich meer betrokken voelen en zich daardoor meer willen inzetten voor de cliënt (Brown & Mitchel, 1993).

Voor een voorbeeld van een voorlichting zie bijlage 9

2. Regelmatige overdracht:

Een groep kan meer van zichzelf laten horen door bijvoorbeeld notulen van de teamvergadering aan de pmt'er te sturen. Een kort verslag over de afgelopen week met betrekking tot de client kan hierin ook bijdragen. De pmt'er krijgt hierdoor meer inzicht in de dagelijkse structuur van de groep en meer begrip voor taken van de groepsbegeleider.

Door meer zicht op de werkzaamheden van de groep en meer begrip voor elkaars situatie, kan de pmt'er aangeven dat hij de werkdruk, tijdsdruk en eventuele andere problemen begrijpt en samen met de groepsleiding zoekt naar een oplossing. De groepsleiding zal zich, als zij zich begrepen voelt, ook minder snel aangevallen voelen of sneller aangeven als zij iets niet begrijpen of kunnen bewerkstelligen.lit

Samengevat:

- Door een cursus over pmt te geven aan de groepsleiding van elke groep, wordt er meer draagvlak gecreërd en interesse gewekt. Hierdoor is er meer betrokkenheid, wat positief zal werken in de samenwerking.
- Door regelmatige overdracht van de groep aan de pmt'er zal de therapeut meer begrip krijgen voor de dagelijkse praktijk op de groepen. Door het begrip voor elkaar zullen de contacten beter worden.

6.3 Tijd

1. Tijdsdruk en werkdruk zijn veel gehoorde termen in de zorg. Ook binnen Ipse de Bruggen is dit herkenbaar. Verschillende groepsleidingen en therapeuten geven aan het toch wel druk te hebben met het dagelijkse ritme. Zowel de komst van invalkrachten als de individuele vraag van de cliënt zorgt voor veel werk. Daarnaast wordt er tijd in beslag genomen door alle administratie en de huishoudelijke taken. Naast deze taken is het lastig om tijd vrij te maken voor het uitvoeren van tips/adviezen, huiswerk of eventueel observeren.

Ondanks de werkdruk en het tijd tekort mag tijdsdruk niet als excuus worden gebruikt om behandellijnen niet uit te voeren. Als er meer begrip is voor elkaars situatie, door de hierboven genoemde aanbevelingen, is de bereidheid om tijd vrij te maken groter.

(Brown & Mitchell, 1993)

Een betere planning binnen het huishouden van een groep, zou hierbij kunnen helpen.

Samengevat:

- Men moet de tijdsdruk niet gebruiken als excuus om bepaalde afspraken niet na te komen. Door meer begrip te creëren voor elkaars situatie zal er ook meer bereidheid zijn om tijd vrij te maken.

Literatuurlijst:

- Baars. E. (2005) *Goede Zorg*. Zeist: Uitgeverij Christofoor
- Bakker, J., Horst J. Ter en Schaik, K. van (2002), *Activiteitenbegeleiding (409)*. Baars: Nijgh Versluys, H3, blz 63.
- Beknopte handleiding DSM IV., *American psychiatric association*. Amsterdam: hacourt book publishers. Pagina 82-83.
- Kerstjens, H.A.M. & Boot, B.S. (2006), *Zorg rondom COPD*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. Pagina 155.
- Brounstein, M. (2002), *Effectief communiceren voor dummies*. Amsterdam: Pearson Education.
- Brown. K.A. & Mitchell. T.R. (1993). *Organizational obstacles: Links with financial performance, customer satisfaction and job satisfaction in service environment*. Human Relations. Pagina 752-753.
- Bruggen, de 2004, Brochure De Bruggen '*eigen leven, eigen koers*'. Tilburg: Het Inventief.
- Buijtenhuijs, M., & Pater, R de (1991). *Omgangskunde voor agogische beroepen*. Groningen: Wolters.
- Došen, M. (2007). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap*. Assen: Van Konink Gorcum.
- Functieomschrijving Psychomotorisch therapeut volgens P&O De Bruggen (2006)*.
- Gemert, G.H., Minderaa R.B. (1997). *Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Assen: Van Konink Gorcum. H28, Pagina 316-317.
- Harten M. van der, & Rijn E. van (2008). *Behandelend opvoeden, Groepswork in de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg*. Assen: Van Konink Gorcum b.v.
- Meer. J., Hermsen. P., Keukens. R., (2003). *Ondersteunen van mensen met een verstandelijke beperking*. Twello: Van Tricht uitgeverij. Pagina 35-40.
- Michels, Drs W.J. (2006). *communicatiehandboek*, Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Nieuwenhuizen, M. (2003). *Lichaamstaal, de taal die iedereen verstaat*. Kluwer. Pagina 4.
- Pelsmacker, P., Kenhove, P. van (2006). *Marktonderzoek methoden en toepassingen*, Amsterdam : Pearson Prentice Hall. Pagina 16. 155.
- Robbins, S.P., & Boissevain, R. (2008). *Gedrag in organisaties*. Amsterdam: Pearson Prentice Hall

Saunders, M., Lewis, P. en Thornhill, A. (2004). *Methoden en technieken van onderzoek* Amsterdam: Pearson Prentice Hall, Pagina 257, 302-304.

Severijnen, O., Bakker, M., & Beerhorst, N. (2008). *Basisboek communiceren*. Utrecht: ThiemeMeulenhoff bv, 62-73.

Warnez, J. (2002). *Mediërend agogisch handelen*. Leuven: Acco.

Internetpagina's:

Coalitieakkoord. 7 februari 2007. Verkregen op 16 november 2008 van <http://www.regering.nl/dsc?c=getobject&s=obj&objectid=74638>

Concept beroepsprofiel Psychomotorisch therapeut. NVpmt, 2008.

GVU's 10th WW user survey (2008) *MBO Sociaal Pedagogisch Werker WEB 4 (SPW)*. Verkregen op 11 november 2008 via NCOI opleidingsgroep van http://www.ncoi.nl/cms2008/opleiding_vervolg.php?var_content=638

GVU's 10th WW user survey (2008). *Studieinhoud*. Verkregen op 11 november 2008 via Hogeschool Hanzeland Groningen van <http://www.hanze.nl/home/Schools/Academie+voor+Sociale+Studies/Opleidingen/Bachelor/Sociaal+Pedagogische+Hulpverlening/Studie+inhoud.htm>

GVU's 10th WWW user survey. (z.d.) *Sociaal Pedagogische Hulpverlening*. Verkregen op 11 november 2008 via Leidse Onderwijs Inteslling van http://www.loi.nl/hogeschool/Gezondheidszorg/prd_006014

GVU's 10th WWW user survey.(2008) *Sociaal Pedagogische Hulpverlening*. Opbouw van de studie. Verkregen op 11 november 2008 via Stichting Hogeschool Leiden van <http://www.hsleiden.nl/sph/Opbouwstudie>

GVU's 10th WW user survey (2008). *Sociaal Pedagogisch Werker* . Verkregen op 11 november 2008 van <http://www.roc.nl/default.php?fr=details&id=4&inst=506>

GVU's 10th WWW user survey. (z.d.). Verkregen op 14 november, 2008, via Informatiepunt EPD werbsite http://www.infoepd.nl/informatiepunt_com/patient_veilig_en_betrouwbaar.php.

GVU's 10th WWW user survey. (z.d.). Verkregen op 21 november, 2008, via GGZ-Nederland website <http://www.ggz nederland.nl/index.php?p=116832>.

GVU's 10th WWW user survey. (z.d.). Vergkregen op 15 december 2008 van <http://www.mijnwoordenboek.nl/vertaal/NL/NL/leefgroep>

Koedoot, P.J. (2001). *Wat is een verstandelijke handicap*, verkregen op 14 november 2008 van http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2065n17541.html

Meijden M.van der & Zopfi H. 2003. *De rek eruit, deel 2*. verkregen op 15 december 2008 via <http://www.pmtinfosite.nl/gast-aut/03061mei.php>.

Wijdeven, M. Van de (z.d.). *Verstandelijke handicap en PMT*. Verkregen op 15 december 2008 van <http://www.pmtpraktijkwijdeven.nl/verstandelijke%20handicap>

GVU's 10th WWW user survey.(2008) *Sociaal Pedagogische Hulpverlening. Opbouw van de studie*. Verkregen op 11 november 2008 via Stichting Hogeschool Leiden van <http://www.hsleiden.nl/sph/> Opbouwstudie

GVU's 10th WWW user survey. (z.d.)Verkregen op 11 november 2008 via Leidse Onderwijs Inteslling van [http://www.loi.nl/hogeschool/](http://www.loi.nl/hogeschool/Gezondheidszorg/prd_006014) Gezondheidszorg/prd_006014

Bijlage 1

Enquete formulier psychomotorische therapie

Hallo, Ik ben Marjolein Meijman. Ik ben de oud-stagiaire van psychomotorisch therapie in Nieuwveen, Leiden en Den Haag. In verband met mijn scriptie ben ik op zoek naar informatie de communicatie tussen pmt en de leefgroepen en daarnaast naar de manier hoe een behandellijn wordt doorgevoerd bij de leefgroepen.

Ik wil uiteindelijk een beeld krijgen over het verloop van de communicatie en werkwijze van beide partijen. Ik wil hierna kijken, hoe deze werkwijze eventueel verbeterd zou kunnen worden ten behoeve van de cliënt.

Hiervoor heb ik een enquête opgesteld, waarmee ik wil kijken hoe dit onderwerp bij de psychomotorisch therapeuten en op de groepen leeft.

Ik zou willen vragen of u mee wilt werken aan dit onderzoek, welke ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag zal nemen.

Zou u deze enquête voor 5 juni willen invullen en opsturen naar het volgende adres:

Mail: Marjolein_meijman@....

Of: Marjolein Meijman
Rembrandtpark ...
.... Veenendaal

Alvast hartelijk dank.

Enquête:

1. Van welke vormen maakt u gebruik voor de communicatie tussen pmt en de leefgroepen. Kruis (of centreer) het goede antwoord aan. Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ heen en weer schrift,
- ☐ bellen,
- ☐ mailen,
- ☐ langsgaan
- ☐ video
- ☐ huiswerk
- ☐ anders, nl.....

2. Hebt u een voorkeur voor een manier van communicatie die momenteel gebruikt wordt?

Het liefst gebruik ik....., omdat.....

.....
.....
.....

3. Hoe ervaart u de frequentie van contact met de leefgroep van uw cliënt? (het informeren vanuit de leefgroep naar pmt m.b.t. de cliënt en vanuit de pmt naar de leefgroep.)

Kruis (of centreer) 1 antwoord aan

- ☐ Er is voldoende contact, vanuit ons beiden
- ☐ De frequentie van contact vanuit de groep zou vaker mogen, vanuit de pmt is dit voldoende.
- ☐ Het contact zou van beide kanten vaker mogen.
- ☐ Het contact vanuit de pmt zou vaker mogen, vanuit de leefgroep is dit voldoende.

4a. Bent u op de hoogte van de ontwikkelingen op de groep m.b.t. de cliënt en zijn de medewerkers op de hoogte van uw werkzaamheden met de cliënt?

Onderstreep het goede antwoord.

Wilt u hierbij uw antwoord toelichten?

Ja/nee/niet voldoende

omdat.....

.....

.....

4b.

Wat zou u hierin eventueel willen veranderen?

.....

.....

.....

.....

5. Welk doel houdt u bij het communiceren naar de leefgroepen voor ogen?

Kruis (of centreer) 1 antwoord aan.

- ☐ informatief (welke spelletjes hebben we gedaan, hoe is het verlopen.)
- ☐ methodisch gericht (Wat is er uit de spellen gekomen, wat opgevallen)
- ☐ anders, nl

.....

6. Kunt u beschrijven hoe u tips en adviezen of advies voor een eventuele behandellijn over brengt aan de persoonlijk begeleider en/of groepsleider? Welke materialen gebruikt u, welke manier van vertellen, welk moment en/of locatie.

.....

.....

.....

7. Hoe vaak wordt er een evaluatiegesprek gehouden met de persoonlijk begeleider, orthopedagoog en evt. cliënt?

Kruis (of centreer) 1 antwoord aan.

- ☐ Vaker dan één keer per 2 maanden
- ☐ Één keer in de 2-3 maanden
- ☐ Één keer in de 4-5 maanden
- ☐ Één keer in de 6 maanden
- ☐ Minder dan één keer in de 6 maanden

8. Is de tijdsverdeling, die is gesteld binnen de instelling, (tijd in de zaal: tijd voor administratie) voldoende om alle taken rond en voor de cliënt te regelen?

Kruis (of centreer) 1 antwoord aan.

- ☐ De tijdsverdeling is goed, Ik kom altijd goed uit.
- ☐ De tijdsverdeling is voldoende, Ik kom soms te kort en soms heb ik over.
- ☐ De tijdsverdeling is matig, ik kom soms tijd te kort
- ☐ De tijdsverdeling is slecht, ik heb te weinig tijd om alle taken uit te voeren.

Hartelijk dank!

Bijlage 2

Enqueteformulier groepsleiders

Hallo, Ik ben Marjolein Meijman. Ik ben de oud-stagiaire van psychomotorisch therapie in Nieuwveen Leiden en Den Haag. In verband met mijn scriptie ben ik op zoek naar informatie de communicatie tussen pmt en de leefgroepen en daarnaast naar de manier hoe een behandellijn wordt doorgevoerd bij de leefgroepen.

Ik wil uiteindelijk een beeld krijgen over het verloop van de communicatie en werkwijze van beide partijen. Ik wil hierna kijken, hoe deze werkwijze eventueel verbeterd zou kunnen worden ten behoeve van de cliënt.

Hiervoor heb ik een enquête opgesteld, waarmee ik wil kijken hoe dit onderwerp bij de psychomotorisch therapeuten en op de groepen leeft.

Ik zou willen vragen of u mee wilt werken aan dit onderzoek, welke ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag zal nemen.

Zou u deze enquête voor 5 juni willen invullen en opsturen naar het volgende adres:

Mail: Marjolein_meijman@....

Of: Marjolein Meijman
Rembrandtpark
..... Veenendaal

Alvast hartelijk dank.

Enquête:

1. Wat is uw opleidingsniveau:

2. In welke leeftijdsgroep bent u werkzaam?

3. Van welke vormen maakt u gebruik voor de communicatie tussen pmt en de leefgroepen. Kruis (of centreer) het goede antwoord aan. Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ heen en weer schrift,
- ☐ bellen,
- ☐ mailen,
- ☐ langsgaan
- ☐ video
- ☐ huiswerk
- ☐ anders, nl.....

4. Hebt u een voorkeur voor een manier van communicatie die momenteel gebruikt wordt?

Het liefst gebruik ik....., omdat.....

.....

.....

5.Hoe communiceert de pb'er/groepsleider naar de rest van de groepsleiders m.b.t. de client?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ op schrift/overdrachtmap
- ☐ over de mail
- ☐ mondeling
- ☐ anders, nl.....

6.Bemerkt u een verschil in manier van communiceren bij de verschillende disciplines (andere therapeuten, orthopedagogen, artsen, ed). Kunt u dit uitleggen?

Streek weg wat niet van toepassing is.

Ik bemerk wel/geen verschil, want.....

.....

.....

.....

7. Hoe ervaart u de frequentie van contact met de leefgroep van uw cliënt? (het informeren vanuit de leefgroep naar pmt m.b.t. de cliënt en vanuit de pmt naar de leefgroep.)

Kruis (of centreer) 1 antwoord aan

- ☐ Er is voldoende contact, vanuit ons beiden
- ☐ De frequentie van contact vanuit de groep zou vaker mogen, vanuit de pmt is dit voldoende.
- ☐ Het contact zou van beide kanten vaker mogen.
- ☐ Het contact vanuit de pmt zou vaker mogen, vanuit de leefgroep is dit voldoende.

8aBent u op de hoogte van de ontwikkelingen op de groep m.b.t. de cliënt en zijn medewerkers op de hoogte van uw werkzaamheden met de cliënt?

Onderstreep het goede antwoord.

Wilt u hierbij uw antwoord toelichten?

Ja/nee/niet voldoende, omdat.....

.....

.....

8b.

Wat zou u hierin eventueel willen veranderen?

.....

.....

.....

.....

9. Welke informatie zou u willen ontvangen over de therapie van de cliënt.

☐ informatief (welke spelletjes hebben ze gedaan, hoe is het verlopen.)

☐ methodisch gericht (Wat is er uit de spellen gekomen, wat is opgevallen)

☐ waarom is iets gedaan

☐ anders, nl;

.....

10. Zijn er genoeg mogelijkheden (tijd, kennis, middelen) om de adviezen of tips van de pmt'er op te volgen? Kunt u uitleggen wanneer wel en/of niet?

.....

.....

Bedankt voor uw tijd!

Bijlage 3

Aanvullende vragen groepsleiders:

1. a. Welke middelen gebruikt u om te communiceren met de pmt'er?
b.. Welke gebruikt u het liefst en met welke reden?
 2. Hoe worden alle mails gesorteerd, dus hoe beland de juiste mail bij de juiste persoon?
 3. Gaat informatie, naar of vanuit de pmt', er ook wel eens via de cliënt.
 4. Het aantal evaluatie gesprekken met de pmt'er genoeg?
 5. Hoe frequent is de overige communicatie met de pmt'er mbt de client?
 6. Hoe ervaart u de afstand tussen de pmt en de groepen?
- Om te kijken hoe de informatie vanuit de evaluatiegesprekken, pb'er of andere groepsleiding verloopt heb ik de volgende vragen.
7. Op welke wijze verloopt de communicatie binnen het team?
 8. Wat wordt eraan gedaan om de communicatie goed te laten (blijven) verlopen?
 9. Zijn er genoeg mogelijkheden om binnen het team en de groep de behandellijn van de pmt'er uit te voeren?
 10. Zijn er veel wissels binnen het team?
 11. Hoe is het opleidingsniveau van de groepsleiders en de uitzend/invalkrachten?
 12. Wat zou volgens u een oplossing zijn om het communicatie vlotter te laten verlopen?

Bijlage 4

Verstandelijk gehandicapt:

Classificatie volgens DSM IV

A. Verstandelijk duidelijk onder het gemiddelde functioneren: een IQ van ongeveer 70 of lager bij een individueel toegepaste IQ- test. (bij zeer jonge kinderen op basis van inschatting van een verstandelijk significant onder het gemiddelde functioneren)

B. Gelijktijdig aanwezige tekorten in of beperkingen van het huidige aanpassingsgedrag (dat wil zeggen of de betrokkene er in slaagt te voldoen aan de standaarden die bij zijn of haar leeftijd verwacht kunnen worden binnen zijn of haar culturele achtergrond) van de volgende terreinen: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid.

C. Begin voor het achttiende levensjaar.

Er wordt in de DSM onderscheid gemaakt tussen de verschillende niveaus van verstandelijke beperking door gebruik van IQ.

Lichte zwakzinnig¹ IQ tussen 50-55 en 70

Matig zwakzinnig IQ tussen 35-40 en 50-55

Ernstig zwakzinnig IQ tussen 20-25 en 35-40

Diep zwakzinnig IQ lager dan 20-25

Naast deze niveau's benoemt de DSM nog een apart niveau.

Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd. Indien er een sterk vermoeden van zwakzinnigheid bestaat, maar de intelligentie van betrokkene niet te testen is met standaard intelligentietests, bijvoorbeeld bij personen die te gehandicapt zijn of niet meewerken, of bij zeer jonge kinderen. (beknopte handleiding DSM IV)

Het het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), die al jaren onderzoek verricht op onder andere het gebied van volksgezondheid, schrijft op haar site dat men 4 niveaus van steun onderscheidt die een verstandelijk beperkte nodig heeft:

'intermittent': alleen op bepaalde momenten;

'limited': regelmatig, maar in tijd beperkt; er is bijvoorbeeld training nodig in bepaalde vaardigheden;

'extensive': regelmatig, bijvoorbeeld dagelijks, maar niet in tijd beperkt. In meer dan één setting;

'pervasive': constant, zeer intensief in meerdere settings.

Op IpseDe Bruggen verblijven cliënten, die in de limited, extensive en pervasive niveau's van steun vallen.

Een verstandelijke beperking is niet alleen een cognitieve achterstand evenals een achterstand op emotioneel, sociaal, seksueel, religieus en moreel gebied (Došen, 2007).

¹ In de DSM wordt verstandelijk gehandicapt aangeduid met zwakzinnig, in de scriptie is dit benoemd als verstandelijke beperkt.

Mensen met een verstandelijke beperking laten hierin vaak een disharmonisch ontwikkelingsprofiel zien. Het IQ op sociaal-, emotionele- en cognitieve ontwikkeling kan erg van elkaar verschillen.

Verbaal kan een cliënt zich erg goed uiten (bijvoorbeeld als een 12 jarige), terwijl hij sociaal-emotioneel op een lagere leeftijd zit (bijvoorbeeld 7 jaar).

Omdat psychomotorische therapie een non-verbale therapievorm is (praten is van ondergeschikt belang), is het erg geschikt voor de doelgroep verstandelijke beperkten. (Wijdenven, z.d.)

Verstandelijk gehandicapten hebben vaak moeite met het verwoorden van hun gevoelens en belevingen. Omdat pmt een ervaringsgerichte therapie, gebaseerd is op ervaren en aan den lijve ondervinden (Meijden van de en Zopfi, 2003), is deze vorm van therapie bij uitstek geschikt voor deze doelgroep. Het doen staat bij PMT centraal.

Bijlage 5

Communiceren

‘Communicatie is het proces waarbij de zender de intentie heeft een boodschap over te brengen naar 1 of meerdere ontvangers.’

Volgens Michels (2006) is dit de definitie van communicatie.

Communiceren, het uitwisselen van informatie (Michels, 2006), komt in alle facetten van het leven voor. Zonder communicatie is er geen contact met de omgeving.

Communicatie is altijd tussen twee of meer partijen.

Hierbij is er zowel verbale communicatie als non-verbale communicatie. Volgens Claessens (2000) houdt verbale communicatie zowel het gesproken, geschreven als de symbolische taal in. Televisie, internet, radio, brailleschrift en geluidscodes, allen valt onder de verbale communicatie.

Hierbij kan zowel gebruik worden gemaakt van eenzijdige communicatie waarbij er van één kant af wordt gecommuniceerd als tweezijdige communicatie, waarbij de ontvanger gelijk kan reageren (Buijtenhuijs en Pater, 1991). Radio, televisie en e-mail zijn allemaal vormen van eenzijdige communicatie.

Er is sprake van tweezijdige communicatie als er mogelijkheid is direct te reageren op de zender.

Goede communicatie zorgt ervoor dat conflicten vermeden worden en problemen op te lossen zijn (Buijtenhuis en Pater, 1991).

Communicatie gaat uit van een zender die een boodschap afgeeft en iemand die de boodschap ontvangt (Michels, 2006).



Figuur 5.0

De ontvanger hoort de boodschap en zal deze moeten decoderen (vertalen). Hierna verleent hij er betekenis aan.

Betekenis verlenen kan door verschillende referentiekaders, verschillende geïnterpreteerd worden. (Buijtenhuis en Pater, 1991 & Michels, 2006)



Figuur 5.1

In communicatie kan storing optreden. De zogenoemde ruis (Michels, 2006). Deze ruis kan ervoor zorgen dat boodschappen niet of slecht bij de ontvanger aankomen, welke de boodschap niet optimaal kan coderen.

Het taalgebruik, niet goed verzenden van de boodschap (de e-mail komt niet aan), de emotionele toestand van de zender of ontvanger kan ervoor zorgen dat formulering en of codering van de boodschap niet optimaal is.

Storing op het net, telefoonlijn of door het handschrift, kan zorgen voor een communicatieprobleem.

Bijlage 6

Beroepsprofiel

In het beroepsprofiel wordt een overzicht gegeven van de beroepstaken die bij dit beroep hoort. In dit beroepsprofiel wordt duidelijk op welke verantwoordelijkheden een professional mag worden aangesproken.

Horen de taken die verwacht worden bij transfers van een psychomotorische therapeut, groepsbegeleider en/of persoonlijk begeleider wel bij hun verantwoordelijkheden?

Volgens het concept beroepsprofiel van psychomotorische therapeuten, 2008 is de taak van de psychomotorische therapeut dat hij zorgdraagt voor consultatie. Dit betekent dat hij meehelpt de hulpvraag van de cliënt te analyseren en eventuele adviezen te delen met de verschillende disciplines, waaronder ook de leefgroepen.

De psychomotorische therapeut heeft niet alleen te maken met de cliënt tijdens de behandeling. Hij is tevens aan het samenwerken met andere disciplines tijdens de behandeling. Hij overlegt ten behoeve van de cliënt.

In de functie omschrijving van De Bruggen voor Psychomotorisch therapeuten, april 2006, staat hierover het volgende; *'De pmt'er onderhoudt contacten met cliënten, gedragswetenschappers, artsen, collega therapeuten en begeleiders van cliënten. ...'*

Eventueel participeert de psychomotorische therapeut in multidisciplinair overleg, gericht op zorg/ behandeling van de cliënt.

Verder staat hierover; de pmt' er geeft adviezen aan begeleiders in het kader van preventie en behandeling en begeleiding.

Hieruit blijkt dat de psychomotorisch therapeut belast is met onderzoek, analyse behandelen en begeleiden van cliënten, voortvloeiend uit de zorg en behandelplan of op verwijzing van een arts. Hij geeft hierop adviezen met als doel de geestelijke of lichamelijke gezondheid van de cliënt te optimaliseren.

Hij onderhoudt contacten met andere disciplines als, gedragswetenschappers, artsen, collega's en begeleiders van de cliënt. De psychomotorisch therapeut moet kunnen participeren in een multidisciplinair team gericht op de zorg/behandeling van de cliënt (functieomschrijving Psychomotorisch therapeut volgens P&O De Bruggen, 2006).

De persoonlijke begeleider op een leefgroep is volgens de functieomschrijving, opgesteld door De Bruggen 2006, verantwoordelijk voor de uitvoering van actieplannen, voortkomend uit zorgplannen. (functieomschrijving Psychomotorisch therapeut volgens P&O De Bruggen 2006) Zij kan tevens observeren, analyseren van gedragingen en toestanden van de cliënt.

Zij onderhoudt verder contacten met andere disciplines en ouders of verzorgers van de cliënt.

Groepsbegeleiders assisteren de persoonlijke begeleider bij het opstellen en bijstellen van het zorgplan. Zij helpt tevens bij de uit te voeren acties en onderhoudt contact met andere disciplines, ouders, verzorgers en collega's

Medewerker groepsbegeleiders helpen bij het uitvoeren van acties welke in het zorgplan omschreven zijn. Hierbij onderhoudt zij ook contact met ouders, verzorgers, collega's en andere disciplines.

Bijlage7

EPD:

Het Elektronisch patiëntendossier, is een elektronisch medische dossier, waar alle disciplines uit een organisatie hun informatie in schrijven. Elke cliënt heeft in dit systeem een eigen bestand. Iedere betrokken discipline kan in dit bestand snel en gemakkelijk informatie achterlaten en opvragen (folder EPD).

Zoals Ferry Bruijsten (2007) beschrijft in zijn scriptie, zou een definitie van het EPD als volgt kunnen luiden: 'digitaal opgeslagen zorginformatie over het leven van een individu met als doel continuïteit van zorg, onderwijs en onderzoek te steunen en confidentialiteit op elk moment te kunnen verzekeren'.

Het EPD ondersteunt de werkprocessen van de zorg en zorgt dat dit efficiënter, gemakkelijk en zorgvuldig kan verlopen (consumentenbond, EPD informatiepunt).

Voordelen van het EPD volgens de consumentenbond zijn:

- De kans op fouten vermindert, omdat er maar één kanaal is .
- Efficiënter werken, omdat alles in 1 dossier zit.
- Snel en gemakkelijk overzicht voor de zorgverlener.

Nadelen zijn:

- Door de veelheid aan informatie kan het onoverzichtelijk worden. Weten wat je zoekt en regelmatig bijhouden is dus een must.
- Er kan snel alleen maar gecommuniceerd worden via het EPD.

De regering heeft in het coalitieakkoord van 7 februari 2007 vastgelegd dat het EPD in 2009 landelijk is ingevoerd.

Bijlage 8

E-mail:

Het gebruik van e-mail is al enkele jaren een veel gebruikt hulpmiddel om contacten te onderhouden tussenvrienden, families en collega's. Ook op de werkvloer wordt dit communicatiemiddel veelvuldig gebruikt.

Een e-mail is zowel snel te schrijven als een laagdrempelige methode om te communiceren (Severijnen, Bakker & Beerhorst, 2004). Tevens zijn mails vanuit de computer gemakkelijk op te vragen en raken minder snel kwijt (Robbins & Boissevain, 2008). Een mail kan gelezen worden als de ontvanger dit uitkomt.

Verder kost een mail voor een organisatie bijna niks in vergelijking met corresponderen via briefpapier (Robbins en Boissevain, 2008).

Door tijdgebrek en onregelmatige tijden van de verschillende werknemers lopen contacten vaak langs elkaar heen. E-mail is dan een geschikt middel om de communicatie tussen de pmt en leefgroepen op gang te houden (Severijnen et al, 2004).

Aan het gebruik van e-mail zijn ook consequenties verbonden. De mail wordt veel gebruikt en niet

Verder blijkt dat alle lagen van een organisatie communiceren via de e-mail. Deze overvloed aan e-mail zorgt ervoor dat mail soms gemist wordt (Severijnen et al, 2004).

Verder is de kans dat e-mail wordt gebruikt, terwijl een telefoongesprek of een persoonlijk contact gewenst zou zijn, groot. Bij e-mail contact over belangrijke informatie of vragen, is de kans op misverstanden aanwezig, omdat het directe contact en de lichaamstaal ontbreekt. Nieuwenhuizen (2003) beschrijft in haar boek dat 55 % van de communicatie tussen twee of meer personen uit lichaamstaal bestaat.

Bijlage 9

Voorlichting over psychomotorische therapie aan de leefgroepen:

Psychomotorische therapie



Voorlichting PMT

De Bruggen

Marieke van Rijn en Marjolein Meyman
April 2008

Indeling presentatie

1. Voorstellen
2. Wat is PMT
3. PMT en LVG
4. Doelen en hulpvragen
5. PMT behandelverloop
6. PMT sessie
7. Middelen
8. Transfer

1 Voorstellen

- Wie zijn wij?
- Afdelingen PMT in
 - Zwammerdam
 - Nieuwveen
 - Den Haag en Leiden
- Ambulante cliënten
 - ZMLK-VSO scholen
 - Kinderen / jongeren / volwassenen
- Residentiele cliënten
- Weerbaarheidstraining
- Gezins-PMT
- GroepsPMT
- Interactietrainingen / CFB

2 Wat is PMT?

- PMT = Psychomotorische therapie
- Non-verbale vaktherapie
- Vaktherapeuten behandelen cliënten met psychosociale problematiek en maken daarbij op methodische wijze gebruik van psychomotorische, beeldende, muzikale, drama of dansinterventies (NVPMT)

Een voorbeeld:

G. Jongen van 9 jaar, TIQ 73, VIQ 78, PIQ 72, hechtingsstoornis waaruit oppositioneel en teruggetrokken gedrag ontstaat.

G. Is onrustig en beweeglijk, instabiele opvoedingssituatie, verwaarlozing. G heeft laag zelfbeeld en behoefte aan positieve bevestiging, veiligheid en structuur.

Doel bij plaatsing de Bruggen o.a.: Leren omgaan met zijn boosheid. Hij laat veel verzet tegen volwassenen zien en ziet veel als aanval op zijn eigen persoon. Bij boosheid laat hij een dreigende houding naar volwassenen zien, slaan gooien, uitschelden.

PMT interventies zijn gericht op:

Denken, voelen en handelen m.b.t.:

- Lichaam (beleving, besef, houding)
- Beweging
- Gedrag
- Interactie

Door:

- Ervaren
- Voelen (vb (ont)spanning, aanraken)
- Handelen of doen
- (vb uitbeelden, symbolisch maken, vaardigheden)
- Praten
- Leren en oefenen van vaardigheden

3 PMT en LVG

- Leren door ervaring en beleving.
 - Werken met concrete situaties: hier en nu.
 - Richten op ervaring en gevoel.
 - Minder & makkelijkere taal.
 - Nieuwe ervaringen oefenen in de zaal.
 - Richten op succeservaringen.

4 Hulpvragen / doelen

Vb thema's:

- Grenzen
- Impulscontrole
- Lichaamsbesef
- Agressie problemen
- Verleden en hier en nu

Vb:

'k wil leren een rustige plek te zoeken voordat ik boos wordt'

'Ik wil leren stop te zeggen als iemand te dicht bij komt'

5 PMT behandelverloop

- Observatie
 - Kennismaken met elkaar en met PMT
 - Contact opbouw
 - Doelen
- Behandeling
 - Vertrouwen opbouwen
 - Onderzoeken en leren (nieuwe vaardigheden)
 - Ervaringsfase, experimenteren met nieuw gedrag

6 Een PMT sessie

Bijvoorbeeld:

- Binnenkomst
- Week of dag bespreken
- Eigen spel
- Werkvorm
- Evaluatie (krachten en aandachtspunten)
- Eigen spel

Bijvoorbeeld:

- Binnenkomst
- Week of dag bespreken
- Aansluitende werkvorm
- Evaluatie (krachten en aandachtspunten)
- Ontspanningsoefening

7 Middelen

Bijvoorbeeld:

- Stoplicht / Thermometer
- Emotie-pictogrammen
- Masseren / aanraken
- Ontspanning
- Sport / Spel
- Psycho-educatie
- Teken
- Methoden als: Stop-denk-doe

8 Transfer

- Praatje voor en na afloop PMT
- Huiswerkopdrachten
- Heen en weer schrift
- Oefenen op de groep / school

Hoe kunnen de transfer het beste voor elkaar krijgen?



Vragen?

PMT-teams

Zwammerdam	0172 642389
Nieuwveen	0172 516245
Den Haag/Leiden	06 23207712