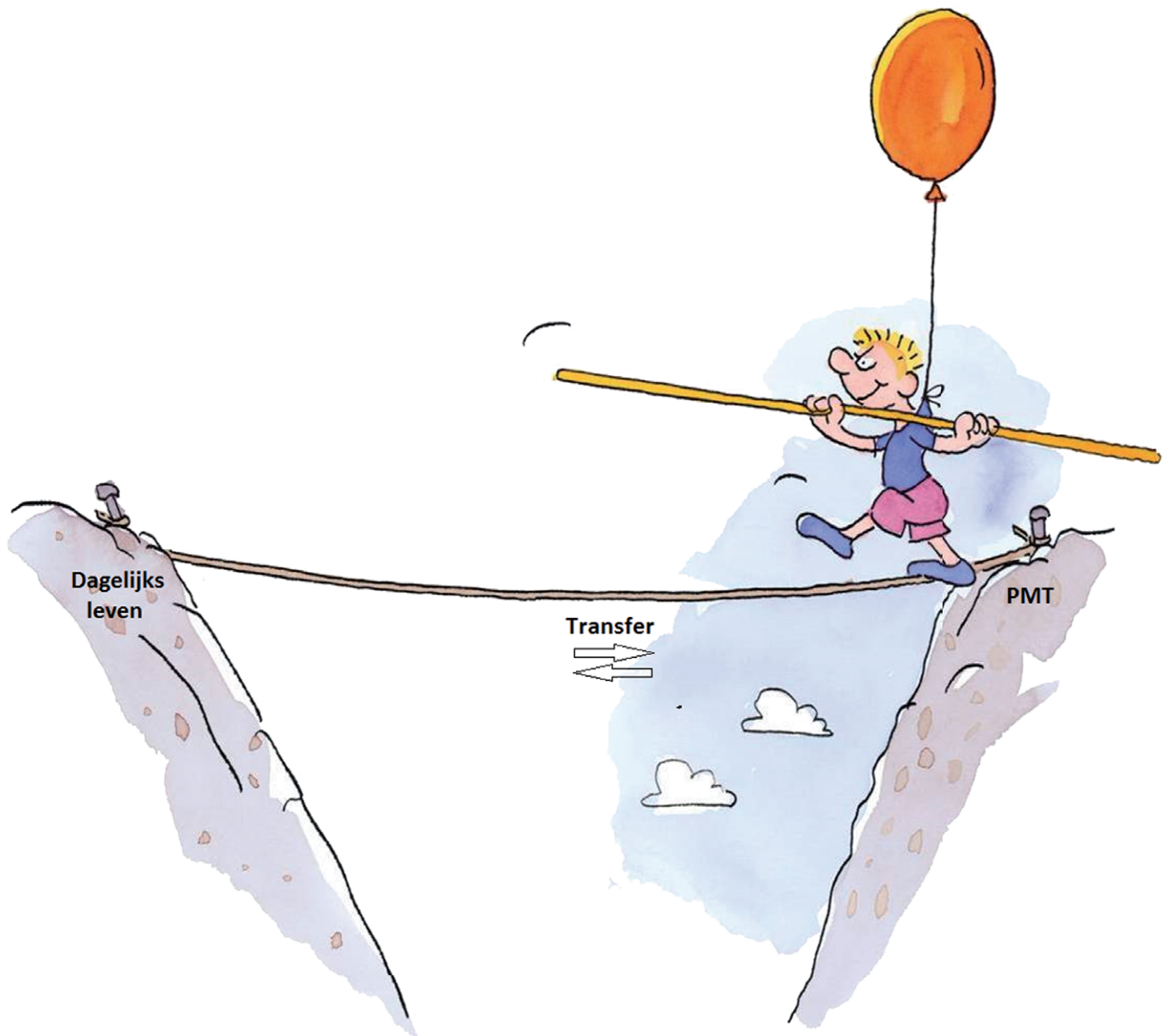


Over de brug, heen en terug!



Tevredenheidsonderzoek naar de werking van vormen van transfer binnen psychomotorische therapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking

COLOFON

*Opdracht
Opleiding*

Afstudeeropdracht
Bewegingsagogie en
psychomotorische the-
rapie

*Auteur
Begeleider
Beoordelaar
Opdrachtgever*

Liza Veldman
Maurits Uijting
Luuk Sietsma
Hogeschool
Windesheim

Illustraties

www.carpedreams.nl

Uitgave

07-05-2013

Windesheim 

Over de brug, heen en terug!

Tevredenheidsonderzoek naar de werking van vormen van transfer binnen psychomotorische therapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking

Liza Veldman







Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van een aantal maanden werken, denken, onderzoeken en schrijven: mijn afstudeeropdracht, waarmee ik de opleiding psychomotorische therapie ga afronden. Ik ben veel te weten gekomen en heb veel geleerd over het onderwerp 'transfer binnen de psychomotorische therapie'. Ik hoop u met dit verslag ook enige informatie te geven over dit onderwerp.

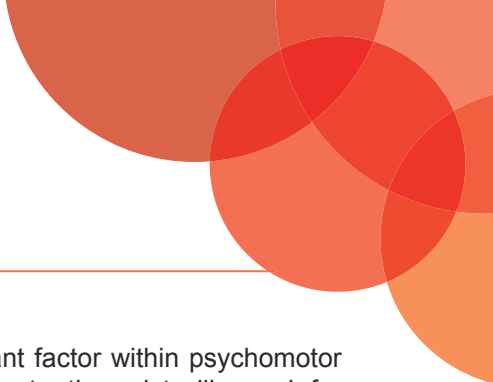
Naar aanleiding van mijn stage bij het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie in Assen merkte ik dat het maken van de transfer een belangrijk item is om een therapie succesvol te maken. In eerste instantie was ik erg nieuwsgierig naar hoe mensen met een verstandelijke handicap leren en hoe ze hun gedrag kunnen veranderen. Uiteindelijk kwam ik erop uit dat een werkelijke gedragsverandering in het dagelijks leven zichtbaar moet worden en werd ik nieuwsgierig naar verschillende manieren waarop dit verwerkelijkt kan worden. Ik kwam uit bij het onderwerp transfer. Ik was vooral nieuwsgierig naar de verschillende mogelijkheden voor het maken van de transfer bij deze doelgroep. Daarnaast vond ik het een mooi onderwerp, omdat ik zelf ook zeker iets met deze kennis kan doen als ik werk als psychomotorisch therapeut. Toen ik op zoek ging naar verschillende mogelijkheden kon ik er al snel veel bedenken en vinden. Ik besloot er toen een praktijkonderzoek van te maken, waarin ik de tevredenheid over bepaalde vormen ben gaan meten. In dit verslag vindt u enige literatuur over transfer en de resultaten van mijn praktijkonderzoek.

Ik wil graag mijn stagebegeleider Ben Brekhof bedanken voor zijn hulp, het meedenken en praten over het onderwerp. Ook wil ik mijn scriptiebegeleider bedanken en ook alle psychomotorisch therapeuten die mij hebben geholpen door een vrij uitgebreide vragenlijst in te vullen. Ook medestudenten, familie en vrienden om mij heen wil ik bedanken voor hun steun tijdens het maken van mijn afstudeeropdracht.

Ik wens u veel plezier tijdens het lezen en hoop dat u ook enthousiast wordt over dit onderwerp, zodat u misschien wel nader onderzoek wilt doen.

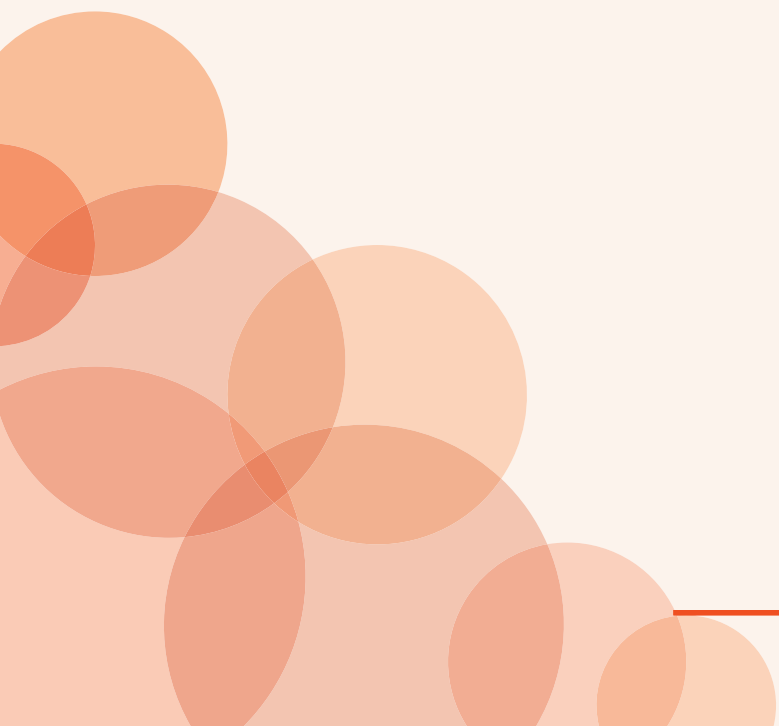
Liza Veldman,
mei 2013





Abstract

Transfer is an important factor within psychomotor therapy. Each psychomotor therapist will search for ways in which new behavior can be generalized within the daily life of a client. This investigative report describes a practical investigation in regards to satisfaction about the functionality of the different forms of transfer within psychomotor therapy for persons with a slight intellectual disability. For them it is hard to make the transfer. This is due to limitations in working memory, insight, summarization as well as the inability to think abstractly. In this report further explanations are provided on this target group as well as on transfer within psychomotor therapy. Different forms of transfer have been identified and put together. About these different forms of transfers psychomotor therapists have filled out a questionnaire in respect to the degree of satisfaction. As a result of this it appears that just about all the different forms of transfer are considered to be satisfactorily. Forms that scored well are: discussion form with the system, use of practical examples, practical support, system which participates with the therapy, parallel processes and role-play. These are transfer forms where the system takes an important place around the client and which includes situations out of daily life within the therapy. Suitability to the capabilities of the client is always a requirement.



Inhoud

Voorwoord	5	4 Resultaten	20
Abstract	7	4.1 Ervaring met de transfervormen	20
Inhoud	12	4.2 De mate van tevredenheid	20
1 Inleiding	10	4.3 Overige transfervormen met de mate van tevredenheid	20
1.1 Aanleiding en probleemstelling	10	5 Discussie	22
1.2 Doelstelling	10	6 Conclusie en aanbevelingen	24
1.3 Vraagstelling	11	6.1 Hoofdpunten	24
1.4 Leeswijzer	11	6.2 Conclusie	24
2 Theoretisch kader	12	6.3 Reflectie	24
2.1 Psychomotorische therapie	12	6.4 Restgroep	24
2.2 Een licht verstandelijke beperking	12	6.5 Aanbevelingen	24
2.3 Het begrip 'transfer'	12	Referenties	26
2.4 Een licht verstandelijke beperking en het maken van transfer	13	Bijlagen	28
2.5 Een model van gedragsverandering	14	I Een overzicht van de karakteristieken van de psychosociale ontwikkeling bij mensen met een lichte verstandelijke beperking	28
2.6 Factoren die invloed hebben op de transfer	14	II Uitgebreide uitleg over transferfactoren.	29
2.7 Verschillende mogelijkheden van transfer	15	III Sociaal netwerkschema	31
2.8 Verschillende vormen van transfer bij mensen met een licht verstandelijke beperking	15	IV Vragenlijst PMT en transfer	33
2.9 Schema met transfervormen	16		
3 Methode	18		
3.1 Onderzoeksgroep	18		
3.2 Meetinstrument	18		
3.3 Proces	19		
3.4 Methode van dataverwerking	19		

1.1 Aanleiding en probleemstelling

Psychomotorische therapie (PMT) kan gebruik maken van verschillende manieren om mensen inzicht te geven in hun gedrag en ze ander gedrag aan te leren. Hierbij kunnen zowel lichaamsgerichte als bewegingsgerichte interventies worden gebruikt (Fahrenfort, 1987). Een voorwaarde voor de effectiviteit (evidence) van de therapie is, dat het geleerde wordt geïntegreerd in de praktijk. De resultaten en effecten van de therapie moeten dus zichtbaar worden in en vertaald worden naar het dagelijks leven (Hekking & Fellingner, 2011). Deze vertaalslag wordt binnen PMT 'transfer' genoemd.

Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB-doelgroep) hebben een achterstand in onder andere de cognitieve ontwikkeling. Zij hebben over het algemeen waarnemingen van beperkte omvang en minder overzicht dan mensen zonder licht verstandelijke beperking. Gegevens worden door de LVB-doelgroep weinig met elkaar gecombineerd. Het vermogen tot abstract denken is er niet of in zeer geringe mate, zij blijven vastzitten aan de concrete fysieke werkelijkheid (Feldman, 2009). Dit is ook een kenmerk van de concreet-operationele ontwikkelingsfase van Piaget waarin deze doelgroep vaak blijft (Došen, 2010). "De gedachtenwereld van de licht verstandelijk gehandicapte is concreet, oppervlakkig en gebonden aan de waarneembare realiteit" (Hermesen, Keukens, & Van der Meer, 2008, p.38). De bovengenoemde beperkingen maken het voor deze groep lastig om verbanden te leggen tussen verschillende contexten. Het koppelen van situaties binnen de therapeutische context naar het dagelijks leven en andersom is dan ook moeilijk voor hen.

Dit wordt ook zichtbaar bij het werken bij het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie, onderdeel van GGZ-Drenthe. Binnen de PMT vinden cliënten het lastig om de koppeling te maken van de PMT-sessie naar het dagelijks leven en te begripen waarom bepaalde oefeningen gedaan worden. Dit kan tijdens de sessie wel duidelijk gemaakt worden. Maar het wordt nog lastiger om het geobserveerde gedrag ook buiten de therapie toe te passen en de verbanden dan te zien. Het integreren en het maken van een gedragsverandering die op alle levensgebieden van de cliënt tot uiting kan komen is bij alle doelgroepen een belangrijk aspect van de behandeling, dus ook bij de LVB-doelgroep. De Wit, Moonen en Douma (2011) geven aan dat deze doelgroep een specifieke en integrale aanpak nodig heeft bij diagnostiek en behandeling vanwege de

specifieke kenmerken en de langdurigheid en mogelijke complexiteit van de problematiek. Het is dus ook belangrijk dat ze bij het maken van de transfer zoveel mogelijk passende ondersteuning krijgen.

Om deze ondersteuning te geven moet de psychomotorisch therapeut weten welke vormen er zijn om de transfer te maken en ook of deze vormen in de praktijk werken bij deze doelgroep. Er mist een overzicht van verschillende transfervormen die werken bij de LVB-doelgroep. Om een beeld te krijgen van de werking van verschillende transfervormen, wordt er in dit onderzoek een meting gedaan naar de mate van tevredenheid van psychomotorisch therapeuten (PMT-ers) over de werking van verschillende vormen van transfer binnen PMT bij de LVB-doelgroep.

Eerst worden verschillende vormen voor het maken van de transfer van de therapeutische context naar het dagelijks leven en andersom bij deze doelgroep in kaart gebracht. Daarna zal het praktijkonderzoek plaatsvinden.

1.2 Doelstelling

Het belang van dit onderzoek is dat het voor andere disciplines inzichtelijk wordt op welke manieren PMT de transfer kan maken naar het dagelijks leven van een cliënt. De bijdrage van PMT in de behandeling kan zo duidelijker worden voor andere disciplines. Ook kunnen zij zelf wellicht gebruik maken van verschillende vormen die binnen de PMT gebruikt worden voor het maken van de transfer, maar dan vanuit hun vakgebied.

Ook geven de resultaten inzicht aan beginnende PMT-ers op het gebied van transfervormen. Zij lezen in dit onderzoeksverslag welke vormen er zijn en over welke de mate van tevredenheid groot of klein is. Zij kunnen op basis van deze gegevens verschillende transfervormen wel of niet inzetten bij deze doelgroep. Ook PMT-ers die al langer werkzaam zijn krijgen zo inzicht in de mate van tevredenheid over transfervormen vanuit een bredere groep therapeuten. Dit kan leiden tot meer of minder gebruik van een bepaalde transfervorm en tot nader onderzoek. Ook voor hen geldt dat zij door een bijkomend overzicht van verschillende transfervormen wellicht nieuwe mogelijkheden zien dan ze tot nu toe kennen of gebruiken.

Er komt zo dus meer inzicht in het maken van de transfer bij de LVB-doelgroep, wat uiteindelijk weer waardevol kan zijn voor het slagen van de therapie.

1.3 Vraagstelling

De vraagstelling in dit onderzoek luidt als volgt:
‘In welke mate zijn psychomotorisch therapeuten tevreden over de werking van verschillende trans-fervormen binnen de psychomotorische therapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking?’

1.4 Leeswijzer

In het theoretisch kader, hoofdstuk 2, wordt informatie gegeven over de inhoud van PMT, een doel-groepomschrijving gegeven en het begrip ‘transfer’ toegelicht en uitgewerkt in factoren die hier invloed op hebben. Tenslotte worden er verschillende vormen van transfer in beschreven.

In hoofdstuk 3 staat de methode van de uitvoering van het praktijkonderzoek beschreven. U leest er over de onderzoeksgroep en de manier waarop de vragenlijst opgesteld en verwerkt is.

Daarna vindt u in hoofdstuk 4 de resultaten van dit praktijkonderzoek, gevolgd door een discussie in hoofdstuk 5. Vervolgens kunt u in hoofdstuk 6 de conclusie lezen met aansluitend de aanbevelingen voor verder onderzoek. Aan het eind vindt u de referenties naar gebruikte literatuur en daarachter kunt u de bijlagen vinden waarnaar u in dit verslag wordt verwezen.

2.1 Psychomotorische therapie

In de volksmond is PMT veelal een onbekende term en wordt er vaak gestruikeld over het woord. Een definitie in vaktermen geeft De Nederlandse Vereniging Psychomotorische Therapie (NVPMT, 2009): "Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag."

Deze vorm van therapie komt men tegen op verschillende werkterreinen, waaronder de gehandicaptenzorg (Hekking & Fellingner, 2011).

De LVB-doelgroep heeft beperkte mogelijkheden op het gebied van inzicht, overzicht en gewetensfunctie. Deze zijn niet zichtbaar, maar komen vaak in de sociale omgeving tot uiting. Het kernprobleem wordt door Hekking en Fellingner (2011) verwoord als "het onvermogen om leeftijdsadequaat om te gaan met ontwikkelingstaken en levensstaken en/of sociale interactie." Voor iemand met een licht verstandelijke beperking is het zich verbaal uiten vaak moeilijk, evenals het begrijpen van meerdere woorden die worden gebruikt. PMT biedt een non-verbale actie en oefengerichte leercontext, waarin oplossingsgericht gewerkt kan worden. Het gedrag wordt letterlijk zichtbaar en de directe ervaring kan gemanipuleerd worden. Denken, voelen en handelen en de integratie daarvan in relatie tot de problematiek staan centraal (NVPMT, 2009). Fahrenfort (1987) bracht een onderscheid aan in lichaamsgerichte methodieken en bewegingsgeïntegreerde methodieken die gebruikt worden binnen de PMT. Doordat het lichaam (de motoriek en lichaamsbeleving) centraal staat is PMT zich aan het ontwikkelen tot een belangrijke therapievorm binnen de LVG-sector (Van den Hoven, 2006). Deze vorm van therapie biedt voor de LVB-doelgroep met hun fysiek-emotionele actiegerichtheid een mooie ingang (Hekking en Fellingner, 2011). Er wordt met name een beroep gedaan op ervaren en oefenen.



Een voorwaarde voor de effectiviteit (evidence) van de therapie is dat het geleerde wordt geïntegreerd in de praktijk. De resultaten en effecten van de therapie moeten dus zichtbaar worden en vertaald worden naar het dagelijks leven (Hekking en Fellingner, 2011). Hiervoor is het maken van een transfer tussen de therapeutische context en het dagelijks leven van een cliënt noodzakelijk.

2.2 Een licht verstandelijke beperking

De LVB-doelgroep waarover het in dit onderzoek gaat, maakt naar schatting 2,5% van de bevolking uit (Neijmeijer, Moerdijk, Veneberg, & Muusse, 2010). Een groep waarin tal van variaties en verschillen zijn. Door hun beperktheden zijn mensen in deze groep vaak kwetsbaar en gevoelig. Ze functioneren volgens Embregts (2009) in het spanningsveld tussen eigen mogelijkheden en de verwachtingen en eisen van de omgeving. Vaak zijn dit voor hun hoge verwachtingen, waaraan ze op allerlei manieren proberen te voldoen. Tekorten proberen ze te verbergen of te compenseren met ander gedrag, met als gevolg dat er allerlei psychiatrische ziektebeelden kunnen ontstaan. Een licht verstandelijke beperking wordt vaak pas laat ontdekt, op kleuterleeftijd (Hermesen et al., 2008). Verwachtingen van ouders en begeleiders moeten dan bijgesteld worden.

De drie criteria die worden gesteld door verschillende bronnen bepalen of het om een licht verstandelijke beperking gaat:

- Beperkingen in het intellectuele functioneren (op psychometrische tests een IQ-range van 50-55 tot 70).
- Beperkingen in het adaptieve gedrag (beperkte conceptuele, sociale en praktische vaardigheden).
- Ontstaan in de ontwikkelingsleeftijd (vóór de leeftijd van 18 jaar).

(American Association of Mental Retardation, 2002; American Psychiatric Association, 2000; World Health Organization, 2004). Biologische factoren en/of psychosociale factoren spelen een rol bij de oorzaak van deze stoornis (Došen, 2010).

2.3 Het begrip transfer

Transfer betekent letterlijk 'overdracht'. In de therapiecontext betekent het dat ervaringen en het geleerde binnen de therapie overgedragen worden op situaties binnen het dagelijks leven van een cliënt en ook andersom. Hekking en van den Blink (2008, p. 186) schrijven "Juist de generalisatie van de nieuwe ervaring naar andere levensgebieden, bepaalt het succes van de therapie". Alle levensgebieden

en contexten van een cliënt horen dus tot het aandachtsgedebied van een psychomotorisch therapeut. Een cliënt moet namelijk zijn nieuwe gedrag uiteindelijk in de dagelijkse situatie kunnen toepassen, anders blijft het een trucje in de zaal. De contexten waarin het probleem zich voordoet moeten dus bekend zijn voor de psychomotorisch therapeut. Ze kunnen samen met de cliënt en/of zijn begeleider in beeld worden gebracht. In de behandelcontext wordt inzicht gegeven en nieuw gedrag geoefend.

2.4 Een licht verstandelijke beperking en het maken van transfer

Bij een verstandelijke beperking is er sprake van verminderde cognitieve functies. Volgens Hermsen e.a. (2008) verwijst cognitie naar het waarnemen, geheugen, kennen, weten en denken. Bij het maken van de transfer in de PMT worden cognitieve functies gebruikt. Mensen in de LVB-doelgroep hebben minder overzicht, kunnen weinig gegevens met elkaar combineren en kunnen niet of weinig abstract denken, wat zich uit in moeizame conceptvorming en generalisatie van het geleerde (Neijmeijer et al., 2010). Het denken is gebonden aan de concrete fysieke werkelijkheid. Soms beschikken ze wel over afzonderlijke vaardigheden, maar zijn ze niet in staat om deze te organiseren en toe te passen in verschillende situaties (Van den Hoven, 2006). Koppelingen maken is voor hen dus lastig. Leren vindt plaats door concrete ervaringen, doordat er sprake is van een beperkt werkgeheugen (Zoon, 2012). In het werkgeheugen zijn er problemen met het verwerken en opslaan van met name verbale informatie. Er is sprake van een zwak verbaal kortetermijngeheugen. Dit is bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking aangetoond (J. van der Molen, van Luit, Jongmans, & W. van der Molen, 2007). Binnen een therapie zijn ze verbale informatie snel vergeten en in het dagelijks leven kunnen ze deze moeilijk terughalen.

Ook zijn de mensen in de LVB-doelgroep snel beïnvloedbaar door de omgeving of door eigen angsten, stemmingen of wensen, die ze moeilijk kunnen relativeren. Door problemen in de sociale cognitie hebben ze vaak moeite met het overzien en begrijpen van sociale situaties, waardoor het onderhouden van sociale contacten moeite kost (Neijmeijer et al., 2010). Zij kunnen minder adequate oplossingen bedenken in lastige sociale situaties. De mensen in de LVB-doelgroep hebben vaak een laag zelfvertrouwen. Het zijn hoogstwaarschijnlijk deze problemen die ervoor zorgen deze mensen snel beïnvloedbaar zijn (Bexkens, Collot d'Escury, Huizenga, Van der Molen, 2009). De omgeving kan dus ook een be-

langrijke rol spelen in het maken van de transfer. Došen (2010) geeft een overzicht waarin karakteristieken staan van de psychosociale ontwikkeling bij de LVB-doelgroep (zie bijlage I).

Cliënten die in behandeling komen krijgen een speciale benadering om gedrag te beïnvloeden. Het gaat om veranderingen in het voelen, denken, willen en handelen, zodanig dat de betrokken persoon een meer adequaat besef over zichzelf en de werkelijke wereld krijgt (Došen, 2010). Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro en Matthys (2006) concluderen in een literatuurreview dat jeugdigen met een lager intellectueel functioneren minder baat hebben bij reguliere psychosociale behandelingen dan jeugdigen met een 'normaal' intellectueel functioneren. Een behandeling zal dus aangepast moeten worden aan het niveau en het kunnen van iemand met een licht verstandelijke beperking. De Wit et al. (2011) zijn door middel van literatuuronderzoek en verdiepende interviews met professionals gekomen tot de Richtlijn Effectieve Interventies LVB. Hierin staan mogelijk werkzame factoren voor een effectieve behandeling bij deze doelgroep, die Zoon (2012) ook benoemt in een artikel: uitgebreide diagnostiek, afstemmen van de communicatie, concreet maken van de oefenstof, voorstructureren en vereenvoudigen, netwerk en generalisatie, veilige en positieve leeromgeving.

Generalisatie is dus een mogelijk werkzame factor voor een effectieve behandeling, hiervoor is het maken van de transfer noodzakelijk. Deze zal dus afgestemd moeten worden op het niveau en de mogelijkheden van de doelgroep.

2.5 Een model van gedragsverandering

Gedrag wordt vaak omschreven als de zichtbare manier waarop iemand handelt en wordt beïnvloed door het denken, voelen en handelen en door datgene wat er om iemand heen gebeurt. Dit sluit aan bij de definitie die Hekking en Fellingner (2011) geven, waarin gedrag wordt gezien als een betekenisvolle reactie op een betekenisvolle situatie. Het gedragsmodel van Hekking in figuur 1 (Hekking & Fellingner, 2011, p. 57) wordt vaak gebruikt binnen de PMT. Het model gaat ervan uit dat gedrag afhankelijk is van de context.

Een individu staat altijd in relatie tot de omgeving (context) en reageert hierop door zichtbaar te handelen (extern handelen). Hierbij vindt er ook een intern proces plaats, de gedachten en belevingen van een individu gekoppeld aan de actie. En daarnaast is er ook de interne staat, dat is de gemoedsgesteldheid of basisstemming. Deze drie componenten en de context hebben invloed op elkaar. Hoe een context wordt beleefd is weer afhankelijk van overtuigingen en criteria (Hekking & Fellingner, 2011). Al deze aspecten spelen een rol in het gedrag van een persoon.

Gedrag staat dus altijd in verhouding tot de context. Dat betekent dat gedrag dat binnen de PMT wordt geoefend niet automatisch in een andere context ook te zien is. Pennings en Uijting (2003) baseren op dit zelfde model de systeemtheorie waarin de cliënt leert inzien hoe bepalend de context is en zal moeten leren in te spelen op verschillende situaties. Belangrijke klachtvolle situaties zullen helder moeten worden en ook de context waarin deze plaatsvinden. Verandert een individu, dan heeft dat automatisch ook invloed op de context, zijn omgeving. Wil de cliënt zijn nieuw geoefende gedrag behouden, dan zal de omgeving dus mee veranderen.

2.6 Factoren die invloed hebben op de transfer

Van der Burgt en Verhulst (2009) gaan ervan uit dat gedragsverandering een geleidelijk proces is en dat er al vroeg gewerkt moet worden aan gedragsbehoud en zelfmanagement. Zij geven de volgende stappen om gedragsverandering door paramedici tot stand te brengen: openstaan, begrijpen, willen, kunnen, doen en blijven doen.

Pennings en Uijting (2003, p. 9) beschrijven transfer als volgt: "Het doorwerken van de ervaringen en/of het geleerde in (psychomotorische) therapie in het handelen c.q. het gedrag buiten die (psychomotorische) therapie." Zij beschrijven verschillende

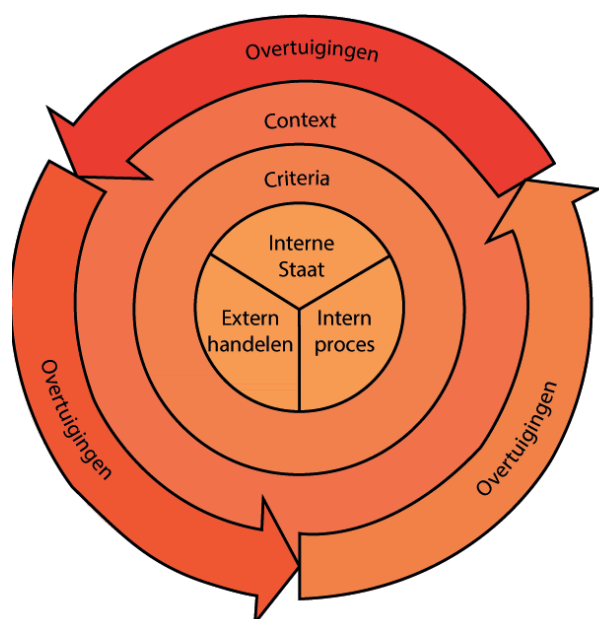
factoren die invloed hebben op die transfer: werkelijkheidswaarde, overtuigingssysteem, zintuigspecifieke systeem en compliance (therapietrouw). Er moet aangesloten worden bij het wereldmodel van de cliënt en de intrinsieke motivatie van een cliënt is belangrijk. Deze wordt ook beïnvloed door de therapeutische relatie (Vandereycken en van Deth, 2003).

Ook Simons (zoals geciteerd in Scholten, 2010) beschrijft een aantal maatregelen die invloed hebben op het maken van de transfer: zorgen voor geheugenpresentaties, aanleren van metacognitieve en cognitieve strategieën, maatregelen gericht op affectieve factoren en contextmaatregelen.

Zie bijlage II voor uitgebreidere beschrijving van bovengenoemde transferfactoren.

Samenvoeging van factoren

Als men kijkt naar bovenstaande literatuur is het volgende belangrijk: een optimale cliënt-therapeut relatie waarin gewerkt wordt aan een grote werkelijkheidswaarde, waarin men voor de cliënt openstaat en waarin bij het wereldmodel en de zintuigang van de cliënt wordt aangesloten. Dit helpt o.a. mee om de intrinsieke motivatie bij de cliënt te bewerkstelligen, wat een erg belangrijke factor is. Grijpma en Spanjaard (2004, p. 171) stellen in hun behandeling als voorwaarde: "De cliënt moet zelf de regie in handen hebben van het ondersteuningsproces, zo is de cliënt gemotiveerd." De cliënt verantwoordelijk maken kan dus motiverend werken. Ook moet de cliënt leren begrijpen en weten wat er aan de



Figuur 1: Gedrag in context. Overgenomen van Hekking en Fellingner (2011, p. 57)

hand is en zelf gemotiveerd zijn hieraan te werken. Alleen nieuw inzicht kan leiden tot nieuw handelen (Simons, 1999). Zelfkennis is dus nodig. Ook belemmerende overtuigingen kunnen veranderd worden. Vervolgens moeten resultaten van leren toegepast worden in nieuwe contexten en in contexten die veranderen, zo vermeldt Simons (1999) in een samenvatting van zijn artikel. Dit noemt hij de contextmaatregelen. Er moeten mogelijkheden worden geboden waarin 'nieuw gedrag' uitgevoerd kan worden in het dagelijks leven. Zelfmanagement, succeservaring en steun uit de omgeving zijn nodig voor het 'blijven doen'.

2.7 Verschillende mogelijkheden van transfer

Nu de factoren in beeld zijn gebracht die invloed hebben op het maken van de transfer, kan er verder gekeken worden naar werkvormen en andere manieren waarop die transfer vorm kan worden gegeven. Hekking en van den Blink (2008) onderscheiden verschillende transfermogelijkheden:

- *Activiteiten transfer*

Activiteiten en oefeningen binnen PMT waarin een vaardigheid is ontwikkeld, worden overgeplaatst naar andere situaties.

- *Ervaringstransfer*

Ervaringen die binnen PMT worden opgedaan, worden overgedragen naar andere contexten met voor de cliënt betekenisvolle mensen en situaties. Belangrijk is dat mensen in de omgeving van de cliënt weten van de opgedane ervaringen en hen hierbij kunnen ondersteunen. Huiswerkopdrachten en symbolisch werken kunnen hierbij gebruikt worden.

- *Cognitieve transfer*

Belangrijke elementen van het gedrag in een specifieke situatie worden verbaal doorgenomen in vergelijking met gedrag in andere situaties. Zo wordt iemand zich meer bewust van zijn gedrag.

- *Persoonlijke transfer*

Cliënten nemen iemand mee naar de therapie, waardoor de opgedane ervaring mee naar buiten wordt genomen met voor de cliënt waardevolle personen.

- *Persoonlijke transfer – therapeut*

De therapeut verlaat zijn therapieruimte en verbindt via zijn persoon PMT met een andere context. Voorbeelden kunnen zijn: kennismakingsgesprek met voor de cliënt betekenisvolle mensen, huisbezoek of een kijkje nemen in andere situaties van de cliënt.

Hekking en van den Blink (2008) geven aan dat door het aanpakken van concrete problemen uit de levenssituatie van de cliënt binnen de therapiecontext, de therapie een hogere actualiteits- en werke-

lijkheidswaarde krijgt. Ook worden contexten bijna vanzelfsprekend met elkaar verbonden. Hierdoor is er meer plaats voor herkenning en erkenning van wat er in de PMT gebeurt.

2.8 Verschillende vormen van transfer bij LVB

Oefenstof concreet en zichtbaar maken en er betekenis aan geven (Zoon, 2012).

De mensen in de LVB-doelgroep leren door concrete ervaringen, vanwege een beperkt werkgeheugen. Bij dit concreet maken en betekenis verlenen moet er aangesloten worden bij de belevingswereld van de cliënt. Vormen hierbij in de therapiecontext zijn: rollenspel, gebruik van praktijkvoorbeelden, symbolisch werken, letterlijk ervaringen opdoen en daar betekenis aan geven door de praktijk erbij te halen (parallelprocessen). Ook blijkt dat video-hulpverlening een goed hulpmiddel kan zijn om gedrag zichtbaar te maken en daarover in gesprek te gaan (Janssens & Muller, zoals geciteerd in Zoon, 2012). In de PMT context kan dit gebruikt worden. Maar ook kunnen videobeelden van thuis meegenomen en besproken worden of videobeelden vanuit de PMT meegenomen worden naar huis. Embregts (1998) liet videobeelden maken van het gedrag van jongeren met een licht verstandelijke beperking tijdens maaltijden en groepsbijeenkomsten. Ongepast sociaal gedrag verminderde doordat ze beelden terugkeken en zichzelf feedback gaven. Dit kan ook gebruikt worden in de PMT.

Cliënten kunnen ook een foto van betekenisvolle momenten maken, die ze dan mee kunnen nemen als herinnering aan PMT. Ze kunnen deze in hun thuissituatie laten zien en hier uitleg over geven. Ook andere tastbare herinneringen kunnen meegegeven worden, zoals een tekst of voorwerp.

Het sociale netwerk van cliënt informeren en bij behandeling betrekken (De Koning & Collin, 2007; De Wit et al., 2011).

Ook Došen (2010) beschrijft dat motivatie en actieve betrokkenheid van het gezin bepalend is voor een effectieve behandeling en dat het informeren van ouders kan helpen. Uitleg over de methodiek van en de verwachtingen vanuit de cliënt en betrokkenen over de behandeling zijn belangrijk. De cliënt moet zich in zijn sociale omgeving geaccepteerd en ondersteund voelen in zijn nieuwe manier van gedragen: denken, voelen en handelen (Grijpma & Spanjaard, 2004). Dit kan op verschillende manieren, door betrokkenen bij de behandeling te laten kijken, psycho-educatie te geven, aandacht te geven aan het oefenen in de thuissituatie en betrokkenen te informeren over de therapiesessies. Orobio de Castro, Embregts, Van Nieuwenhuijzen en Stolker

(2008) hebben aangetoond dat gedragsproblemen bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking substantieel kunnen afnemen door behandeling en training gericht op de directe interactiepartners van cliënten. Dit zijn dan ouders/verzorgers, medecliënten en groeps(bege)leiders. Er is dus ook de mogelijkheid om het sociale netwerk deel te laten nemen aan de behandeling zelf. Een voorbeeld hiervan is systeemtherapie: therapie gericht op interactiepatronen binnen een partnerrelatie of gezin. Ook blijkt uit hun onderzoek dat training voor ouders en hulpverleners, die op omgang met cliënten en het sturen van groepsprocessen gericht is, een positief effect heeft. Als de omgang met en aansluiting bij de cliënt zo verbeteren, kunnen gedragsproblemen hierdoor verminderen. Dit is een omgevingsfactor die bij de LVB-doelgroep ook altijd een grote rol speelt. Om zichtbaar te krijgen hoe dat sociale netwerk eruit ziet kunnen alle relaties in kaart worden gebracht door het maken van een netwerkschema. Er kan in samenspraak met de cliënt gekeken worden naar belangrijke personen die de cliënt zouden kunnen ondersteunen in het dagelijks leven. Een gebruikt netwerkschema binnen een behandelsetting voor jeugdige (licht verstandelijke beperkte) plegers van seksueel geweld, ontleend aan Tracy en Whittaker, vindt u in bijlage III (Grijpma & Spanjaard, 2004, p. 171). Zo'n schema zou ook bij andere doelgroepen binnen de LVB-sector gebruikt kunnen worden.

In het dagelijks leven van een cliënt werken

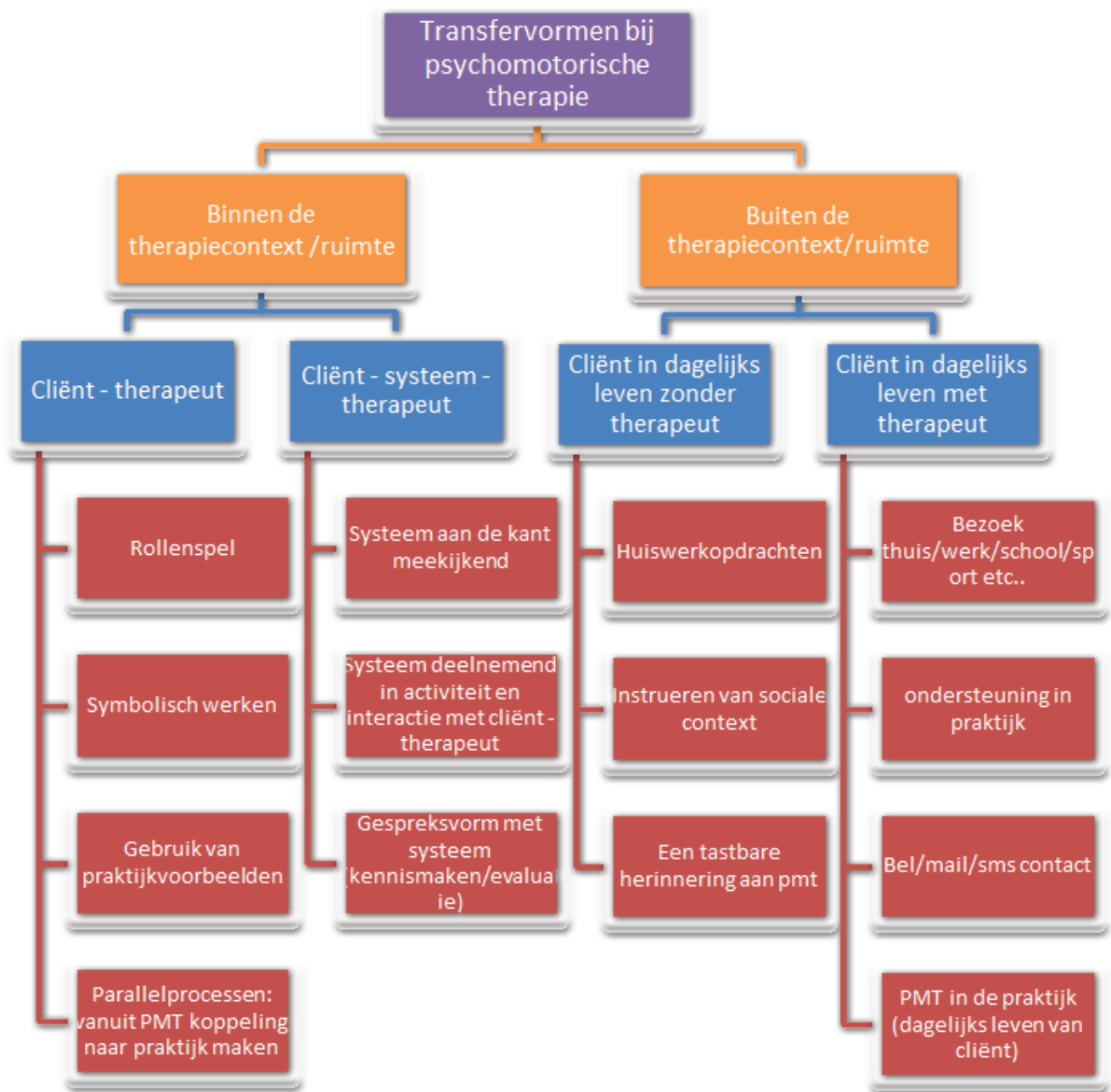
Bij kinderen met een verstandelijke beperking is het zinvol om te werken in eigen omgeving; op school, thuis of in het dagverblijf (De Koning & Collin, 2007). Ook bij andere cliënten uit de LVB-doelgroep kan het zinvol zijn om een bezoek te brengen aan de thuissituatie. Dit kan voor beeldvorming maar ook voor ondersteuning zijn. Therapie geven in de praktijk situatie is dus ook een mogelijkheid. Een studie naar Daily Life Therapy bij leerlingen van verschillende leeftijden met autisme, met communicatie- en gedragsproblemen, toont aan dat deze vorm van therapie mogelijk een aantal sterke punten heeft. Er was een sterke vooruitgang zichtbaar in gedrag en aandacht binnen een klaslokaal (Larkin & Gurry, 1998). Ook het meegeven van huiswerkopdrachten is een mogelijkheid om in de praktijk te oefenen (Hekking & Fellingier, 2011). Soms kan ondersteunend e-mailcontact door de weeks ook helpen bij het maken van de transfer. Dit kan ook gebruikt worden als een herinnering of als een manier om gebeurtenissen vanuit het dagelijks leven te beschrijven. Binnen de PMT-sessie zijn gebeurtenissen namelijk soms lastig terug te halen.

Afstemmen met andere behandelaren

Als eerste wordt uitgebreide diagnostiek als voorwaarde gesteld om te zorgen voor een goede aansluiting. Dit in verband met de kans op het onder- of overschatten van de cognitieve vermogens en het sociaal-emotioneel functioneren bij de LVB-doelgroep (Zoon, 2012). Deze informatie moet gedeeld worden met behandelaren. Dit kan bijvoorbeeld via computersystemen en overleg. Ook Reese e.a. (2007) en Benson en Haverkamp (2007) leggen de nadruk op een geïntegreerde multidisciplinaire benadering bij de behandeling van psychiatrische en gedragsproblemen bij de LVB-doelgroep.

2.9 Schema met transfervormen

In bovenstaande literatuur zijn verschillende vormen gevonden waarop de transfer gemaakt kan worden bij de LVB-doelgroep. Deze zijn schematisch in figuur 2 in een overzicht weergegeven.



Figuur 2: Schema transfervormen bij LVB-doelgroep

Dit onderzoek is een tevredenheidsonderzoek waarin de mate van tevredenheid over de werking van verschillende transfervormen bij de LVB-doelgroep is gemeten. Vanuit de literatuur en eigen ervaring zijn er verschillende vormen van transfer binnen de PMT in kaart gebracht. Over de gevonden vormen is met behulp van het boek 'Onderzoek in de gezondheidszorg' (Bakker en van Buuren, 2009) een vragenlijst opgesteld. Het betreft een kwantitatief onderzoek, waardoor de gegevens cijfermatig verwerkt konden worden en zo gemakkelijk inzicht en overzicht te bieden is.

3.1 Onderzoeksgroep

De deelnemers aan het onderzoek waren PMT-ers die op het moment van het onderzoek werkzaam waren als psychomotorisch therapeut met de LVB-doelgroep. Zij werkten op dat moment over heel Nederland binnen verschillende instellingen. Zij hadden verschil in leeftijd en werkervaring. De PMT-ers die voor het onderzoek zijn benaderd, waren begeleiders van studenten van de opleiding voor bewegingsagogie en psychomotorische therapie (Windesheim, Zwolle), PMT-ers van het Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie of leden van de werkveldgroep VGZ van de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie. In totaal kwam dit neer op 113 e-mailadressen waarnaar een vragenlijst is verzonden en 12 PMT-ers die de lijst op papier kregen via een student. Alleen degenen die de vragenlijst hebben ingevuld werden meegerekend als participanten van het onderzoek.

3.2 Meetinstrument

Samenstelling van de vragenlijst

Er is voor een vragenlijst gekozen, omdat daardoor in korte tijd veel gegevens verzameld konden worden vanuit heel Nederland. De gebruikte lijst vindt u in bijlage IV. Er staat een inleidende en begeleidende tekst bij, zodat het duidelijk was hoe de vragenlijst ingevuld moest worden. Ook zijn de transfervormen waar nodig kort toegelicht. De vragenlijst bestaat uit twee delen. Het doel was om de mate van tevredenheid over de werking van transfervormen in de praktijk te meten. In deel I werd dit gedaan over de gevonden transfervormen en in deel II werd er de mogelijkheid geboden om nog niet genoemde transfervormen en de mate van tevredenheid hierover in te vullen.

Over elke transfervorm zijn twee vragen gesteld die van belang zijn voor dit onderzoek. De vraag naar ervaring met de bepaalde transfervorm kon met ja/nee beantwoord worden. Ervaring was nodig om de

mate van tevredenheid in te kunnen vullen. Om de tevredenheid te meten is gekozen voor een makkelijk te begrijpen en goed te verwerken Likertschaal van 5 punten, die vaak gebruikt wordt bij tevredenheidsonderzoeken:

zeer ontevreden—ontevreden—neutraal—tevreden—zeer tevreden. Neutraal staat hiertussen, zodat de persoon niet gedwongen werd een antwoord te kiezen en de resultaten hierdoor meer genuanceerd zijn.

Door elke keer dezelfde vragen te stellen over een transfervorm heeft de lijst een vaste structuur en konden de antwoorden van de verschillende invullers verwerkt worden tot een totaalscore per transfervorm.

In de vragenlijst werden nog enkele andere vragen gesteld, omdat die ook interessante informatie op konden leveren over transfer. Deze vragen gaan over de frequentie van het gebruik van de vormen door PMT-ers, bij welke problematiek transfervormen wel of niet gebruikt worden, welke combinaties gebruikt worden en enkele aanvullende vragen over manieren om de transfer te maken. Omdat het onderzoek hierdoor echter te groot werd, zijn antwoorden op deze vragen niet gebruikt in dit onderzoek. Onder het kopje 'restgroep' in de conclusie worden hierover nog enkele opmerkingen gemaakt.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de vragenlijst is getest door test-hertestbetrouwbaarheid. Één persoon van de onderzoeksgroep heeft de vragen van deel I die meetellen voor dit onderzoek, twee keer ingevuld met daartussen drie weken tijd. De overeenkomsten tussen beide scores wat betreft de vraag over ervaring en tevredenheid vormt de volgende indicator voor stabiliteit:

Het aantal identiek beantwoorde vragen, gedeeld door het totaal aantal vragen, $\times 100\% = 71,4\%$.

Validiteit

Bij de inhoudsvaliditeit is sprake van face validity. Op het oog is er bepaald of het instrument zou meten wat het moest meten. De vragenlijst is in zijn totaliteit bekeken door drie verschillende PMT-ers. Later is gebleken dat de uitleg over tevredenheid verschillende factoren bevat; in de vragenlijst was daar echter geen onderscheid in gemaakt. De inhoudsvaliditeit is daardoor lager.

3.3 Proces

De vragenlijst werd voor het opsturen meerdere keren van feedback voorzien door de scriptiebegeleider, beoordelaar en stagebegeleider en hierop aangepast.

De vragenlijst werd met een begeleidende brief verstuurd en participanten hadden 2,5 week de tijd om de lijst in te vullen. Iedere participant is persoonlijk bedankt voor het invullen en krijgt, indien gewenst, de onderzoeksresultaten in de vorm van dit verslag. Reacties waren ingevulde lijsten, veel succeswensen en opmerkingen over de invultijd die langer was dan de aangegeven 10 minuten.

3.4 Methode van dataverwerking

De gevonden informatie voor het theoretisch kader is beschreven en voorzien van bronvermelding. Er is een schema opgesteld voor een overzicht van verschillende transfervormen.

De kwantitatieve informatie vanuit het praktijkonderzoek is in Excel ingevoerd. Het aantal ja's bij de vraag over ervaring is per transfervorm geteld. Met de gegevens over de mate van tevredenheid is door Excel het gemiddelde berekend over het aantal PMT-ers die ervaring hebben met de betreffende transfervorm. De antwoordmogelijkheid 'neutraal (3)' is meegeteld bij het berekenen van het gemiddelde. De uitkomsten zijn in een staafdiagram verwerkt en bieden een duidelijk en cijfermatig overzicht.

Andere transfervormen die ingevuld zijn door PMT-ers, bij de eerste vraag van deel II, zijn verwerkt in een overzichtelijke tabel. Ook de mate van tevredenheid over die vormen is hierin opgenomen. Vormen die vaker zijn ingevuld, zijn in deze tabel één keer genoemd.

4

Resultaten

Aan het onderzoek hebben 21 PMT-ers deelgenomen. Een groot aantal vragenlijsten is niet aangekomen bij PMT-ers, omdat een groot aantal e-mailadressen niet up-to-date bleek te zijn. Verder zijn er reacties ontvangen van PMT-ers met de mededeling dat zij weinig tijd hadden om de lijst in te vullen of dat ze niet meer werkzaam zijn als PMT-er.

4.1 Ervaring met de transfervormen (deel Ia)

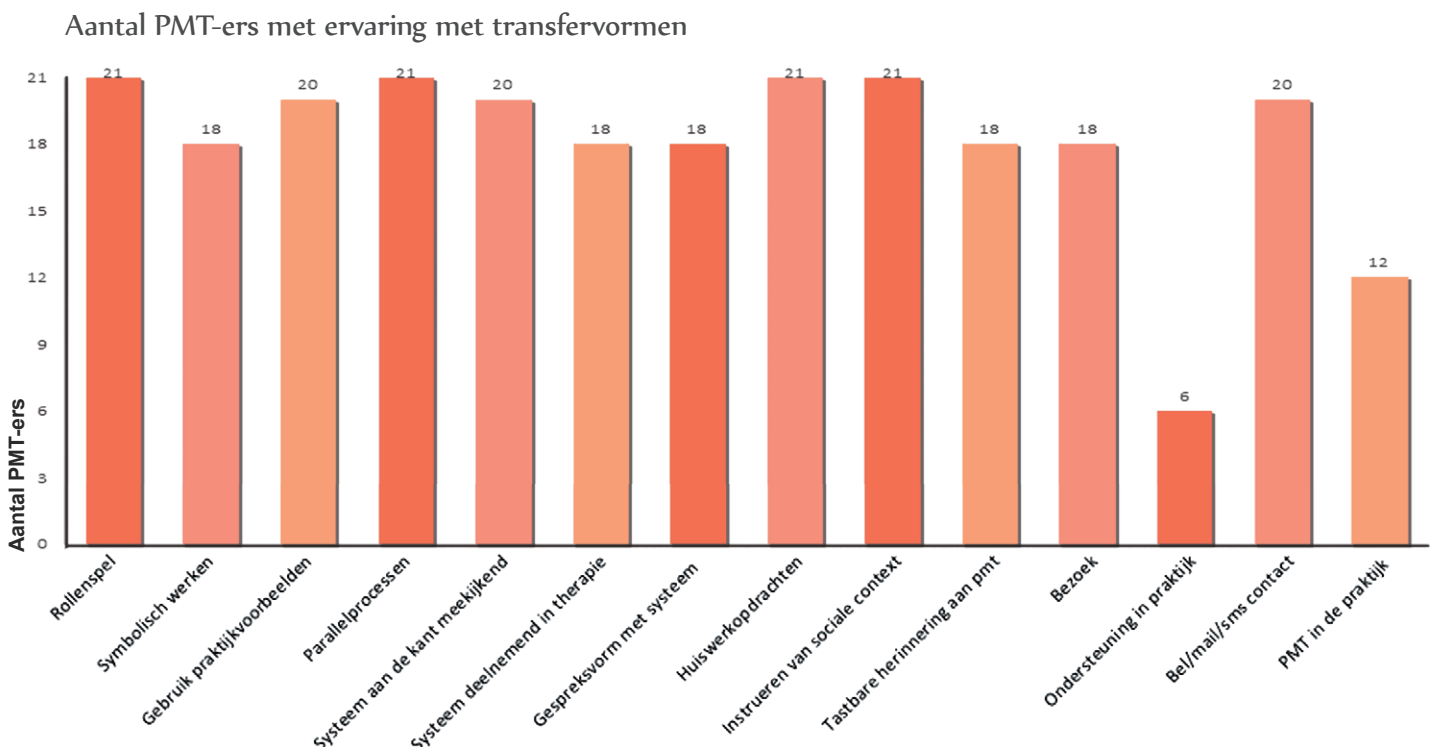
U ziet in figuur 3 het aantal PMT-ers dat ervaring heeft met de genoemde transfervorm.

4.2 De mate van tevredenheid (deel Ib)

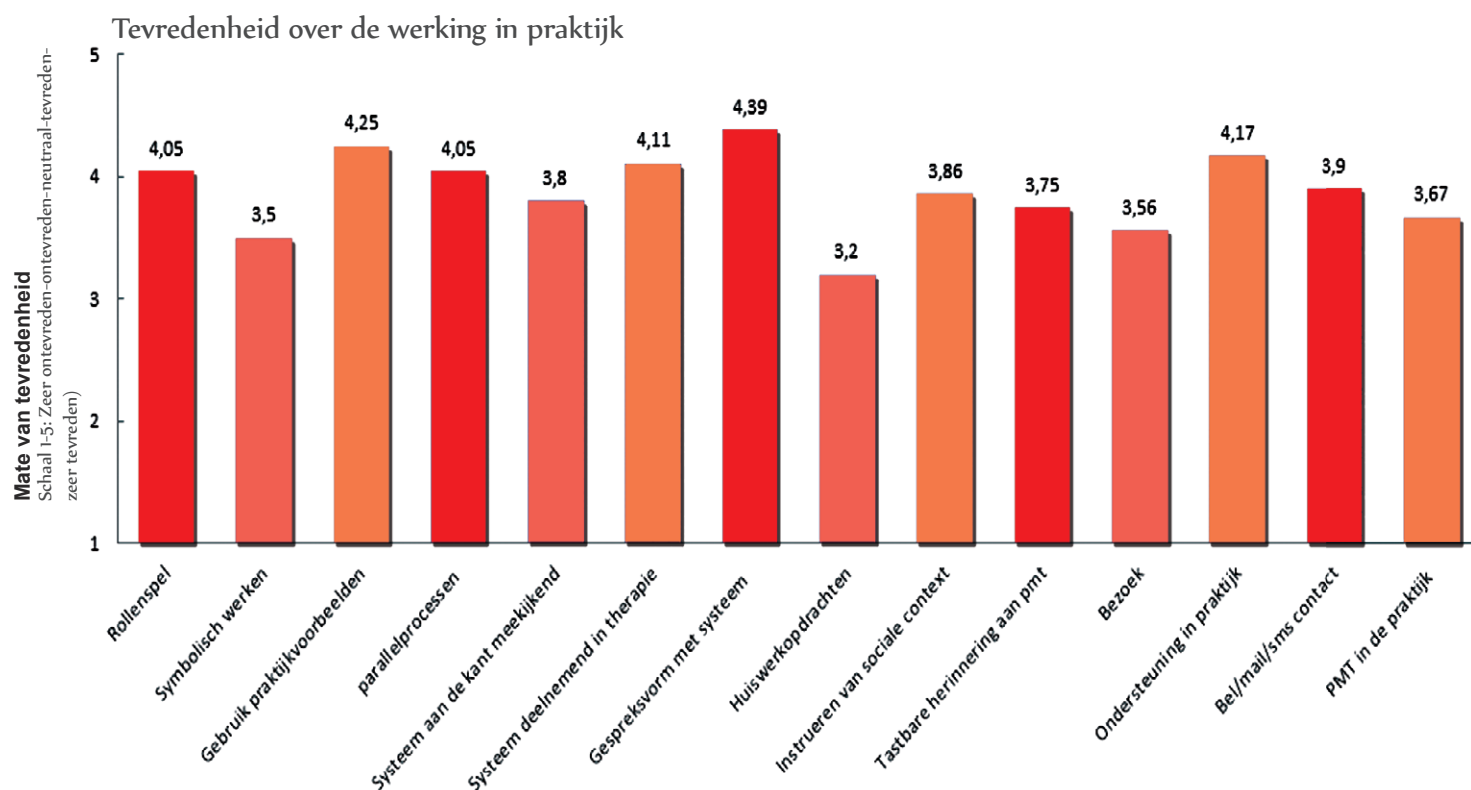
In figuur 4 ziet u de gemiddelde mate van tevredenheid over de werking van transfervormen in de praktijk. Dit gemiddelde is gebaseerd op de gegevens van het aantal PMT-ers dat ervaring heeft met deze vorm bij de LVB-doelgroep. Zie figuur 3 voor het aantal PMT-ers waarop dit gemiddelde is gebaseerd.

4.3 Overige transfervormen met de mate van tevredenheid (deel II)

In figuur 5 ziet u de transfervormen die door de participanten werden ingevuld als aanvulling op deel I. De vormen die op hetzelfde neerkomen zijn samengevat onder één noemer. Daarachter ziet u hoeveel PMT-ers ervaring met de betreffende vorm hebben en hoe tevreden zij hierover zijn.



Figuur 3



Figuur 4

Transfervormen	Pmt'ers met ervaring	Gemiddelde mate van tevredenheid
Gebruiken van videobeelden vanuit PMT of dagelijkse situatie (maken, terugkijken, meegeven, bekijken met systeem)	5	Tevreden (4)
Verslaglegging aan en overleg met multidisciplinair team (per sessie, observatie verslag, evaluatieverslag, overleg over vertaalslag)	3	Tevreden (4)
Informerende sociale context (over inhoud PMT, begeleidingsadviezen geven).	3	Tevreden (4)
Communicatieschriftje	2	Ontevreden tot neutraal (3.5)
Veel herhalen	1	Zeervredend (5)
Werkbladen per thema	1	Tevreden (4)
Ouders bij laatste 15 min. van therapie	1	Tevreden (4)
Hulpkaart met oplossingen (in broekzak)	1	Tevreden (4)
Foto's maken en meegeven	1	Tevreden (4)
Multimedia gebruik	-	-
Transfer met buddy/vrijwilliger	1	Tevreden (4)
PMT op afdeling/woon unit	1	Neutraal (3)
Samen maken van een stressbal	1	Tevreden (4)
Cliënt vertelt m.b.v. PMT'er zijn ontwikkeling aan andere contexten	1	Tevreden (4)
Contact met school/leraar	1	Zeervredend (5)

Figuur 5: Aanvullende transfervormen

In dit onderzoek zijn eerst verschillende vormen van transfer verzameld en in kaart gebracht. Er is gezocht naar transfervormen die bij de LVB-doelgroep gebruikt worden, maar ook die bij andere doelgroepen worden gebruikt. Deze vormen kunnen namelijk ook bij de LVB-doelgroep gebruikt worden, eventueel met aanpassingen. De vormen zijn voor een deel vanuit de literatuur verzameld en voor een deel uit eigen ervaring. Naar eigen inzicht is vervolgens een schema opgesteld, waardoor dit schema onvolledig zou kunnen zijn.

De betrouwbaarheid van het meetinstrument en dus ook van de resultaten is discutabel. Dit komt doordat de vragenlijst niet getoetst is en de tevredenheidsvragen niet allemaal na elkaar komen. Hierdoor kan men bij het invullen op den duur vergeten zijn wat de schaal 1-5 precies inhoudt, waardoor de ingevulde optie 'neutraal' mogelijk niet altijd zo bedoeld is. Verder is de test-hertestbetrouwbaarheid maar door één participant uitgevoerd, waardoor de uitkomst daarvan alsnog niet veel zegt over de betrouwbaarheid. Ook eventuele fouten in de verwerking van de gegevens kunnen invloed hebben op de uiteindelijke resultaten.

Bij het invullen van de vragenlijst kunnen de PMT-ers die deel hebben genomen, mogelijk naast de LVB-doelgroep ook andere doelgroepen in gedachten hebben gehad, zoals cliënten met een matig verstandelijke beperking. De grens hiertussen is namelijk niet altijd even duidelijk.

Doordat participerende PMT-ers niet met alle transfervormen ervaring hebben, is de gemiddelde mate van tevredenheid steeds op een ander aantal PMT-ers gebaseerd. Dit maakt het moeilijk om de uitkomsten met betrekking tot de verschillende transfervormen met elkaar te vergelijken, omdat het gemiddelde niet op hetzelfde aantal PMT-ers is gebaseerd.

De tevredenheid over de werking van transfervormen in de praktijk kan afhankelijk zijn van verschillende factoren:

- *De verwachtingen van de effectiviteit:* of de vorm de transfer daadwerkelijk bevordert.
- *De uitvoerbaarheid van de transfervorm:* de beschikbare tijd en aanwezigheid van de benodigde middelen.
- *De aansluiting van de transfervorm bij de doelgroep:* of de cliënt de transfervorm kan uitvoeren met zijn/haar begripsvermogen en mogelijkheden.
- *Vergelijking met andere transfervormen die gebruikt worden.*
- *Vaste regel of gewoonte om een transfervorm te gebruiken.*

Doordat in eerste instantie een vragenlijst is opgesteld over een breder gebied dan tevredenheid over transfervormen, is er in de vragenlijst geen duidelijk onderscheid gemaakt in bovengenoemde factoren. De ingevulde mate van tevredenheid kan dus gebaseerd zijn op verschillende factoren en is een subjectief oordeel gebaseerd op eigen cliëntgroep en ervaringen. Elke participant kan de vragenlijst dus op basis van andere factoren hebben ingevuld. Hierdoor valt er niet veel te zeggen over de inhoud van de tevredenheid, alleen over de werking van transfervormen in de praktijk.

Ook is de onderzoeksgroep niet groot genoeg om een algemeen geldende uitspraak te doen over de tevredenheid van PMT-ers in heel Nederland. Bovendien kan het enorm verschillen per cliënt en zijn mogelijkheden of een vorm van transfer werkt of niet.

6.1 Hoofdpunten

Transfer in de PMT is de overdracht tussen het dagelijks leven van de cliënt naar de therapie en tussen de therapie naar het dagelijks leven. De transfer moet gemaakt worden met als doel de therapie voor de cliënt zinvol te maken en de geleerde vaardigheden te integreren in het dagelijks leven, zodat gedragsverandering plaats kan vinden. Door beperkingen in het werkgeheugen, inzicht, overzicht en het niet abstract kunnen denken is het maken van de transfer bij de LVB-doelgroep moeilijk. Er zijn verschillende factoren die invloed hebben op de transfer en er zijn verschillende vormen om de transfer te maken.

6.2 Conclusie

Kijkend naar de resultaten kan er antwoord gegeven worden op de vraag:

“In welke mate zijn psychomotorisch therapeuten tevreden over de werking van verschillende transfervormen binnen de psychomotorische therapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking?”

Er zijn zes vormen van transfer die hoger scoren dan de 4. PMT-ers die hebben deelgenomen en ervaring met deze vormen hebben zijn hier dus tevreden tot zeer tevreden over. Van de hoogste score naar de laagste score zijn dit: gespreksvorm met het systeem, gebruik van praktijkvoorbeelden, ondersteuning in de praktijk, systeem deelnemend in de therapie, parallelprocessen en rollenspel.

Over de vormen waarvan het gemiddelde ligt tussen de 3,5 en de 4 zijn PMT-ers neutraal tot tevreden, maar wel meer tevreden dan neutraal. Dit zijn van de hoogste score naar de laagste score: bel/mail/sms contact, instrueren van sociale context, systeem aan de kant meekijkend, tastbare herinnering meegeven, PMT in de praktijk, bezoek, symbolisch werken. Het symbolisch werken scoort op de 3,5, dit is de één na laagste score. Een reden hiervoor kan zijn dat abstract denken bij deze vorm nodig kan zijn, wat voor deze doelgroep lastig is.

De transfervorm ‘huiswerkopdrachten’ scoort het laagst met een 3,2, ook tussen neutraal tot tevreden, maar meer aan de kant van neutraal. Een reden voor de lagere score in vergelijking met de rest, kan zijn dat bij huiswerkopdrachten zelfstandigheid, gebruik van het werkgeheugen, motivatie en verantwoordelijkheid van de cliënt worden gevraagd. Ondersteuning en herinnering kunnen nodig zijn om de opdrachten te maken, maar als deze missen worden opdrachten minder vaak gemaakt.

De vormen waarbij het systeem van een cliënt betrokken wordt, scoren allemaal in het ‘tevreden’ gebied. Dit lijkt hierdoor een belangrijk punt, evenals

in het theoretisch kader ondersteuning vanuit de omgeving als belangrijk werd gezien. De omgeving moet het nieuwe gedrag accepteren en stimuleren. In deel II konden de deelnemers zelf vormen van transfer opgeven. Daar kwam een aantal vormen duidelijk naar voren waarover men ook tevreden was: het gebruik van videobeelden, multidisciplinair werken en het informeren van de sociale context.

6.3 Reflectie

Voor verschillende disciplines en PMT-ers is het nu duidelijk op welke manier de transfer gemaakt kan worden bij de LVB-doelgroep en in welke mate PMT-ers over de verschillende vormen tevreden zijn. De vormen kunnen in verschillende vakgebieden worden toegepast. Nu bekend is over welke vormen de tevredenheid groot is, kunnen PMT-ers proberen om deze vormen (meer) in te gaan zetten. Belangrijk is dat het om gemiddelden gaat van subjectieve meningen van PMT-ers bij een doelgroep waarbinnen veel persoonlijke verschillen zijn. Bij het gebruik van transfervormen moet altijd per cliënt gekeken worden naar de aansluiting met zijn niveau, mogelijkheden, problematiek en sociale omgeving.

6.4 Restgroep

Over de overige vragen in de vragenlijst staan hier nog enkele opmerkingen. Manieren om bij de cliënt aan te sluiten bij het maken van de transfer: gebruik van facebook, app's, foto's en filmpjes. Verder kunnen verschillende vormen van transfer in alle mogelijke combinaties gebruikt worden. Tot slot biedt multidisciplinair werken de volgende genoemde mogelijkheden tot transfer: uitwisselen van advies en informatie over een cliënt en het verloop van de behandeling (telefonisch, mail, epd, overleg etc.), samenwerking met andere instanties die betrokken zijn (scholen, ambulant werkers etc.) en therapie geven samen met een andere behandelaar.

6.5 Aanbevelingen

Vervolgonderzoek naar de objectieve effectiviteit van transfervormen is zeker aan te bevelen. Ook kan er verdiepend onderzoek worden gedaan naar redenen waarom men tevreden of ontevreden is over bepaalde transfervormen. Tevens kan er gezocht worden naar verbeterpunten van transfervormen, waardoor men over de werking ervan meer tevreden kan worden.



Referenties

- American Association of Mental Retardation (2002). Mental retardation, definition, classification and systems of supports. Washington, AAMR.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fourth edition text revision. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bakker, E. & van Buuren, H. (2009). Onderzoek in de gezondheidszorg. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Benson, B.A. & Haverkamp, S.M. (2007). Behavioural approaches to treatment: principles and practice. In N. Bouras & G. Holt (eds), Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and developmental disabilities (p. 283-309). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bexkens, A., Collot d'Escury, A., Huizenga, H. & Van der Molen, M. W. (2009). Risicogedrag bij jongeren met een licht verstandelijke beperking. Onderzoek & Praktijk, 2009(2), 14-17. Verkregen op 26 april, 2013 van http://www.lvgnet.nl/vobc/pdf/OenP_Najaar2009.pdf
- De Koning, N.D. & Collin, P.J.L. (2007). Behandeling van jeugdigen met een psychiatrische stoornis en een verstandelijke beperking. Kind en Adolescent, 2007(28), 215-229.
- De Wit, M., Moonen, X. M. H. & Douma, J. C. H. (2011). Richtlijn effectieve interventies LVB: aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Došen, A. (2010). Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Assen: Van Gorcum.
- Embregts, J.C.M. (1998). Effectiveness of video feedback and self-management on inappropriate social behaviour of youth with mild mental retardation. Research in Developmental Disabilities, 2000(21), 409-423.
- Embregts, P. (2009). Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Menslievende professionalisering in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Arnhem: HAN University Press.
- Fahrenfort, J. (1987). Psychomotorische therapie, een onderzoek naar het gebruik van bewegings- en lichaamsgeoriënteerde methoden in de psychiatrie. Amsterdam: VU uitgeverij.
- Feldman, R.S. (2009). Ontwikkelingspsychologie. Pearson Education Benelux.
- Grijpma, G. & Spanjaard, H. (2004). Behandeling van jeugdige (licht verstandelijk gehandicapte) plegers van seksueel geweld. Werkboek met hulpmiddelen en werkvormen voor individuele en groepstherapie (versie 1.1.). Ermelo/Amsterdam/Duivendrecht: 's Heeren Loo Kwadrant / PI Research.
- Hekking, P. & Fellingier, P. (2011). Psychomotorische therapie: een inleiding. Amsterdam: Boom.
- Hekking, P.J.A.M. & van den Blink, M.J. (2008). Ervaringsgerichte psychomotorische therapie met jeugdigen. In J. de Lange & R.J. Bosscher (Red). Psychomotorische therapie in de praktijk (p. 173-192). Amsterdam: Boom.
- Hermesen, P., Keukens, R. & van der Meer, J. (2008). Mensen met een verstandelijke beperking. Deventer: Van Tricht uitgeverij.
- Larkin, A.S., & Gurry, S. (1998). Brief report: progress reported in three children with autism using daily life therapy. Journal of Autism and Developmental Disorders, 1998(28), 339-342.
- Nederlandse Vereniging Psychomotorische Therapie (2009). Beroepsprofiel psychomotorische therapie. Verkregen op 21 februari, 2013 van <http://www.nvpmt.nl/bestuur/documenten/file/7beroepsprofiel-pmt.html>
- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ, een verkennend onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut. Verkregen op 19 april, 2013 van <http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/psychische-gezondheid/af/~media/files/inkijkexemplaren/af1005%20licht%20verstandelijk%20gehandicapten%20in%20de%20ggz%20compleet.ashx>
- Orobio de Castro, B., Embregts, P., Van Nieuwenhuijzen, M. & Stolker, J.J. (2008). Samen op zoek naar effectieve behandeling van gedragsproblemen bij cliënten met een licht verstandelijke beperking:

het consortium effectieve behandeling gedragsproblemen LVG. Onderzoek en Praktijk, 2008(6), 5-12. Verkregen op 13 april, 2013 van <http://www.copinglvb.nl/wp-content/uploads/2009/01/consortium-plan-op-20082.pdf>

- Pennings, A. & Uijting, M.(2003). PMT en transfer: op zoek naar transferbevorderende factoren binnen de psychomotorische therapie. Amersfoort. Geredigeerde versie van VOPMT-afstudeerscriptie uit 1993.

- Reese M., Helings J., Schroeder S. (2007). Treatment methods for destructive and aggressive behavior in people with severe developmental and intellectual disabilities. In N. Bouras & G. Holt (eds), Psychiatric and behavioural disorder in intellectual and developmental disabilities (p. 269-282); Cambridge: Cambridge University Press.

- Scholten, N. (2010). Stap voor stap het dagelijks leven in: casestudy over de transfer van de psychomotorische therapiesituatie naar het dagelijks leven. Verkregen op 22 maart, 2013 van <http://hbo-kennisbank.uvt.nl/cgi/chw/show.cgi?fid=12621>

- Simons, P. R. J. (1999). Transfer of learning: paradoxes for learners. International Journal of Educational Research, 1999(31), 577-589.

- Van den Hoven, R. (2006). Dubbele diagnose: licht verstandelijk gehandicapt en gegeneraliseerde angststoornis (Scriptie Faculteit der Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit Amsterdam).

- Van der Burgt, M., & Verhulst, F. (2009). Doen en blijven doen, Voorlichting en compliancebevordering door paramedici. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Vandereycken, W. & van Deth, R. (2003): Psychotherapie, van theorie naar praktijk. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum.

- Van der Molen, J., van Luit, E.H., Jongmans, J. & van der Molen, W. (2007). Het werkgeheugen van jongeren met een licht verstandelijke beperking. Kind en Adolescent, 2007(28), 88-96. Verkregen op 13 april, 2013 van <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03061026#page-1>

- Van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B. & Matthys, W. (2006). Problematiek en behandeling van LVG jeugdigen: een literatuurreview. Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen, 2006(32), 211-229.

- World Health Organization (2004). International statistical classification of diseases and related health problems: Tenth Revision Volume 1. Geneve, Zwitserland: World Health Organization.

- Zoon, M. (2012). Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Verkregen op 21 februari, 2013 van http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/LVB_Wat_werkt.pdf

Bijlagen

I Overzicht van de karakteristieken van de psychosociale ontwikkeling bij mensen met een licht verstandelijke beperking

De inhoud is ontleend aan Došen (2010).

Cognitief

- Logisch denken (oorzaak-gevolg)
- Spreken over concrete situaties
- Problemen met het verstaan van complexe boodschappen
- Problemen met abstract denken
- Leren door concrete ervaring of door voorbeelden
- Lezen, schrijven, rekenen: circa groep zes basisschool

Sociaal

- Gebonden aan belangrijke personen
- Conformisme aan regels
- Zwakke sociale verantwoordelijkheid
- Geen groepsverband
- Loyaal tegenover belangrijke anderen

Emotioneel

- Wil graag geaccepteerd en competent zijn
- Mogelijk problemen met agressieregulatie
- Het verleden kan bepalend zijn voor het gevoel nu
- De toekomst is minder belangrijk
- Goed ontwikkelde emoties: verdriet, geluk, liefde, haat, vertrouwen, wantrouwen, eigenwaarde
- Minder ontwikkelde emoties: geweten, seksuele liefde, empathie

Persoonlijkheidsontwikkeling

- Geloof in 'Gouden Regels'
- 'Ego' is afhankelijk van het oordeel van anderen
- Gewetensontwikkeling

11 Uitgebreide uitleg over transferfactoren

Van der Burgt en Verhulst (2009) gaan ervan uit dat gedragsverandering een geleidelijk proces is en dat er al vroeg gewerkt moet worden aan gedragsbehoud en zelfmanagement. Zij geven de volgende stappen om gedragsverandering door paramedici tot stand te brengen:

Openstaan

Interventies bij deze stap: maak persoonlijk contact, toets voortdurend of cliënt verder wil en mee kan denken, een zo ideaal mogelijke omgeving, samenwerkingsrelatie in gelijkwaardige positie en samen doelen vaststellen, aansluiten bij behoeften en verwachtingen van cliënt, aandacht geven aan zijn/haar emoties, onderzoek of je zelf geschikt bent als therapeut.

Begrijpen

Cliënt inzicht laten krijgen in eigen gezondheidsprobleem, de cliënt moet informatie opnemen en kunnen onthouden. Een voorwaarde is een gunstige omgeving. Bij het overbrengen van informatie en inzicht geven is het belangrijk om aan te sluiten bij kennis en behoefte van cliënt, zorgen dat informatie opgenomen en verwerkt kan worden, boodschap die gericht is op de cliënt, informatie concreet, toepasbaar en begrijpelijk brengen.

Willen

Hier gaat het om de bereidheid van de cliënt om te zoeken naar oplossingen, te kiezen en de gekozen oplossingen uit te proberen en toe te gaan passen. Het gaat om de motivatie van de cliënt. Factoren die hierop invloed hebben zijn attitude van de cliënt, sociale invloed of omgeving en eigen effectiviteit (eigen kunnen) en haalbaarheidsverwachting. De vraag 'wat levert het mij op?' is een afweging van cliënt. Interventies hierbij zijn: overwegingen, afwegingen en mogelijke uitkomst bespreekbaar maken, mogelijkheden zoeken om cliënt steun te laten ervaren (familie/omgeving), succeservaringen, het bespreken van vertrouwen in eigen kunnen en het proberen om te buigen van eventuele negatieve gedachten.

Kunnen

Het vermogen om een handeling of aanpak uit te kunnen voeren in het dagelijks leven. Interventies hierbij zijn het geven van heldere instructies en positieve feedback. Verder het inhaken op problemen in de uitvoering en op positieve situaties. Uiteraard ook het ondersteunen van de cliënt bij zelfmanagement.

Doen

Het lukt de cliënt om gedrag ook buiten de behandeling uit te voeren. Om dit te bereiken is er een haalbaar en duidelijk doel nodig en moeten er concrete afspraken worden gemaakt, positieve feedback geven en inspelen op wat nog niet lukt en vervolgens naar mogelijkheden zoeken zodat gedrag gegeneraliseerd wordt.

Blijven doen

De cliënt kan 'nieuw gedrag' in het dagelijks leven toepassen alsof het een gewoonte wordt. Dit vraagt vooral zelfmanagement van de cliënt. De bovengenoemde stappen hebben hier invloed op. Merkbare resultaten, attributie, risicosituaties, zelfmanagement en steun van anderen spelen een rol. Interventies zijn het geven van positieve feedback, anticiperen op terugval, helpen het gedrag te verankeren, de cliënt zelfmanagement leren, een follow-up afspraak maken en overleggen over deelname aan activiteiten.

Pennings en Uijting (2003) beschrijven transfer als volgt: "Het doorwerken van de ervaringen en/of het geleerde in (psychomotorische) therapie in het handelen cq. het gedrag buiten die (psychomotorische) therapie."

Zij beschrijven verschillende factoren die invloed hebben op die transfer:

Werkelijkheidswaarde

Hier wordt aangesloten bij de werkelijkheid van de cliënt, de wereld zoals hij/zij die beleeft en ervaart en het referentiekader van de cliënt. Op die manier krijgen oefeningen/werkvormen etc. ook betekenis voor de cliënt. Uiting noemt het een wereldmodel. Een verandering in gedrag of ervaring zal ook moeten aansluiten bij de cliënt en passen in zijn wereldmodel; dit maakt de kans groter dat dit gedrag ook toegepast gaat worden.

Overtuigingssysteem

Sommige van die overtuigingen kunnen ver hinderend werken, waardoor de cliënt hier last van krijgt. Voordat een overtuiging veranderd kan worden, moet deze bekend zijn. Pennings en Uijting(2003) noemen dit reframen of herkaderen. Hiervoor moet de overtuiging achterhaald worden en stil worden gestaan bij de betekenis van een ervaring of gebeurtenis voor de cliënt. Overtuigingen zijn altijd generalisaties die niet direct gebonden zijn aan een bepaalde situatie of plaats. Wordt een overtuiging herkaderd, dan heeft dat dus een te verwachten positief effect op het gedrag van iemand, zowel binnen als buiten de therapie. En zo dus invloed op de transfer. Een overtuiging kan door middel van andere ervaringen binnen de psychomotorische therapie verschoven worden.

Zintuigspecifieke systeem

Iedere cliënt heeft een dominante zintuigingang; door hierbij aan te sluiten zal er meer herkenning zijn vanuit de cliënt. Dit kan de werkelijkheids waarde van de therapie weer vergroten. Binnen de pmt kan hierbij gedacht worden aan afstand-nabijheid, lichamelijk contact en oogcontact.

Compliance

Hieronder wordt therapietrouw verstaan: de mate waarin de cliënt inschikkelijk of volgzaam is ten aanzien van therapeutische regels, voorschriften, opdrachten, raadgevingen en/of adviezen. Dit is per cliënt weer verschillend en wordt beïnvloed door de therapeutische relatie. (Vandereycken en van Deth,

2003). Therapietrouw kan vergroot worden door het optimaliseren van de therapeut-cliëntrelatie. Dit kan door realistische hoop en positieve verwachting te creëren, aan te sluiten bij de ervaring en denkwereld van de cliënt, de therapie betekenisvol te maken en een duidelijkheid beeld van de therapie te geven. De cliënt krijgt dan inzicht in de werkwijze en het behandelplan, weet wat hij doet en waarom en weet wat de verwachtingen van de therapeut zijn. Daarnaast is het belangrijk de cliënt zelf zijn doelen op te laten stellen, veel succeservaringen op te doen en zichzelf verantwoordelijk te laten voelen. Intrinsieke motivatie is erg belangrijk. Motivatie is het geheel van factoren waardoor ons gedrag gericht wordt. Als deze factoren vanuit de persoon zelf positief zijn, is de kans groot dat er een grote mate van compliance is, waardoor ook de kans op transfer groter is.

Ook Simons (zoals geciteerd in Scholten, 2010) beschrijft een aantal maatregelen die invloed hebben op het maken van de transfer:

Zorgen voor geheugenpresentaties

Kennis en vaardigheden moeten aanwezig zijn om de transfer te kunnen maken en het aangeleerde uit te voeren in de praktijk.

Metacognitieve en cognitieve strategieën aanleren

Zelfkennis is nodig om te weten wanneer de geleerde vaardigheden en kennis in verschillende situaties toegepast kunnen worden. Strategieën moeten geleerd worden en zelfregulatie is van belang.

Maatregelen gericht op affectieve factoren

Inzicht in de reden om nieuwe vaardigheden te leren, motivatie om te leren en zelfvertrouwen in het kunnen behalen van de persoonlijke doelen.

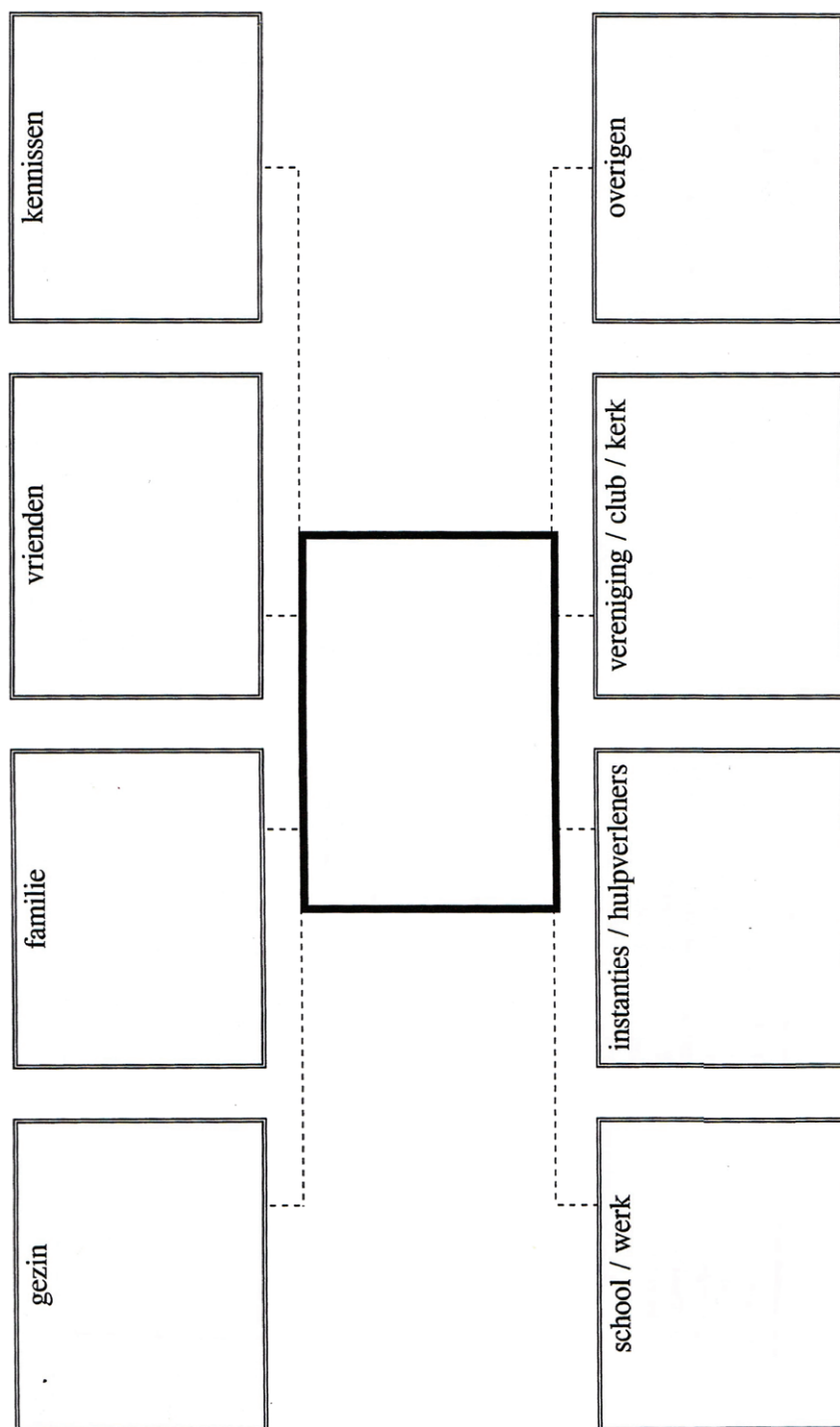
Contextmaatregelen

Het geleerde moet gebonden worden aan de context waarin het moet worden toegepast. Er moet dus in verschillende contexten geoefend worden om het geleerde in verschillende situaties toe te kunnen passen.

III Sociaal netwerkschema

Een netwerkschema dat wordt gebruikt binnen een behandelsetting voor jeugdige (licht verstandelijk gehandicapte) plegers van seksueel geweld, ontleend aan Tracy en Whittaker (Grijpma & Spanjaard, 2004, p. 171).

Netwerkschema



VIP-KAART

Naam jongere:	Groep: 1. gezin 2. familie 3. vrienden 4. kennissen 5. school/werk 6. instanties/hulpverleners 7. vereniging / club / kerk 8. overige	Kun je bij hem/haar terecht voor praktische hulp? 1. nooit 2. soms 3. bijna altijd	Kun je bij hem/haar terecht als je in de put zit? 1. bijna nooit 2. soms 3. bijna altijd	Hoe vaak zien jullie elkaar? 1. nooit 2. enkele keren per jaar 3. maandelijks 4. wekelijks 5. dagelijks	Hoe lang kennen jullie elkaar? 1. minder dan 1 maand 2. 1 maand tot 1 jaar 3. 1 tot 5 jaar 4. meer dan 5 jaar	Wie neemt meestal het initiatief tot contact 1. de ander 2. ik 3. beiden	Is hij/zij op de hoogte van het delict? 1. nee 2. een beetje via anderen 3. een beetje via mij 4. veel (het meeste)	Kan hij/zij jou helpen om herhaling te voor- kómen? 1. nee 2. misschien 3. ja	Moet hij/zij op de hoogte worden gesteld van wat je geleerd hebt? 1. ja 2. Nee
Personen:									
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

IV Vragenlijst PMT en transfer



Vragenlijst voor onderzoek naar vormen van transfer vanuit de psychomotorische therapie

Lize

Graag uiterlijk 22 maart 2015 de ingevulde
lijst terug sturen.

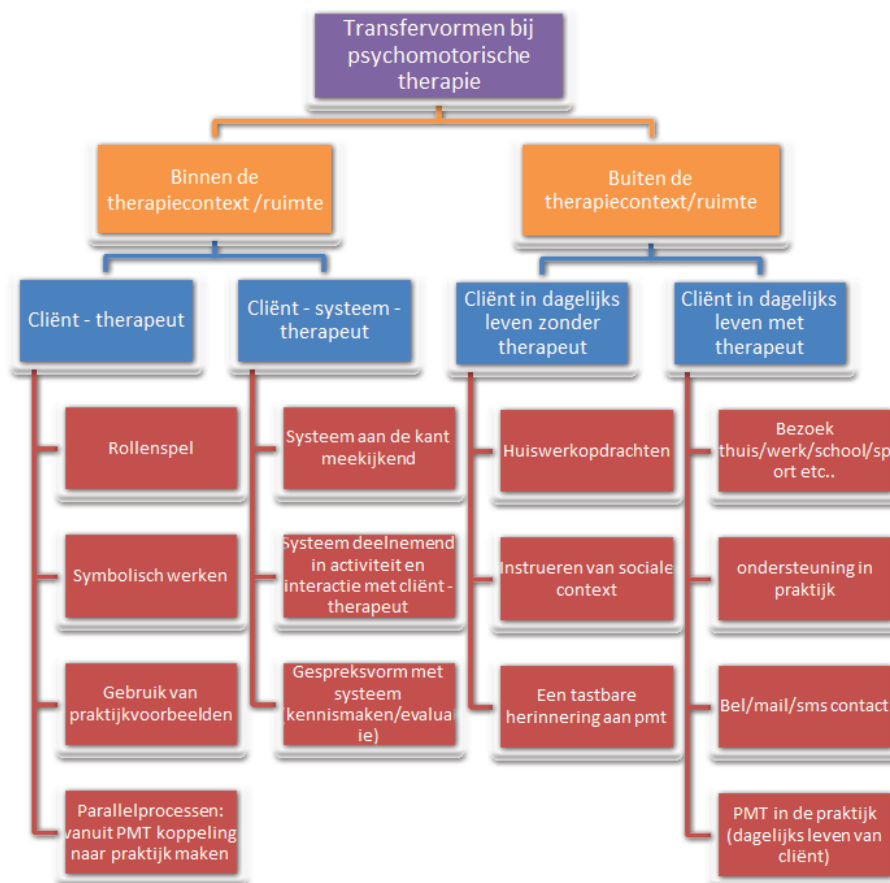
Vragenlijst voor onderzoek naar transfervormen vanuit de psychomotorische therapie

Voor mijn afstudeeronderzoek aan de opleiding psychomotorische therapie (PMT) en bewegingsagogie aan Hogeschool Windesheim probeer ik verschillende transfervormen en het gebruik hiervan in de PMT bij de doelgroep mensen met een licht verstandelijke beperking in kaart te brengen. De literatuur ziet het maken van de transfer als een onderdeel dat erg belangrijk is voor het halen van het doel van de PMT, zodat de cliënt het geleerde en datgene wat die ervaren heeft ook daadwerkelijk in het dagelijks leven kan toepassen. Voor mensen met een licht verstandelijke beperking is het moeilijk om verbanden te leggen tussen de therapie en het dagelijks leven, daarom zal ondersteuning bij deze groep extra van belang zijn. Om aan informatie uit de praktijk te komen wil ik graag deze vragenlijst laten invullen. Het zal ongeveer 10 minuten in beslag nemen. Ik hoop dat u me aan de gevraagde informatie kunt helpen. Zo ja, wilt u me de ingevulde lijst voor 22 maart 2013 terugsturen via de mail: lizaveldman@live.nl of via de post: Veemarkt 21-21, 8011 AH Zwolle.

Uitleg over de vragenlijst

Ik wil u vragen de antwoorden alleen in te vullen over de doelgroep: mensen met een licht verstandelijke beperking en leeftijd van hen speelt geen rol in het beantwoorden van de vragen.

Hieronder treft u een schema aan waarin transfervormen geordend zijn vanuit literatuuronderzoek en eigen ervaring. Het eerste deel van de vragenlijst bestaat uit veertien vragen over deze vormen. Het tweede deel bestaat uit vijf open vragen. Indien u geen antwoord weet op een openvraag zet dan een streepje neer. Voor de hele vragenlijst geldt: omcirkel het juiste antwoord of vul in. Indien u de vragenlijst op de computer invult kunt u het juiste antwoord onderstrepen en de 'insert-knop' indrukken bij de openvragen, de stippellijn verdwijnt als het antwoord getypt wordt.



Bent u een man / vrouw?
 Hoe lang bent u werkzaam als pmt'er? _____
 In welke organisatie/instelling? _____
 Welke doelgroep? _____
 Welke leeftijdscategorie? _____

Deel I

Beantwoord de vragen over de genoemde transfervorm. De tweede vraag in het rijtje gaat over het geven van een beoordeling, deze baseert u op uw ervaring met de werking van deze vorm in de praktijk. Dus hoe tevreden bent u over de werking van deze vorm in de praktijk?

1:zeer ontevreden 2:ontevreden 3:neutraal 4:tevreden 5:zeer tevreden

Indien nodig kunt u bij de twee open vragen n.v.t aangeven.

1. Rollenspel

Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)	
Uw beoordeling van deze vorm?	1 2 3 4 5	
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)	
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig regelmatig vaak altijd	
Bij welke specifieke problematiek wel?	_____	
Bij welke specifieke problematiek niet?	_____	

2. Symbolisch werken

Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)	
Uw beoordeling van deze vorm?	1 2 3 4 5	
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)	
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig regelmatig vaak altijd	
Bij welke specifieke problematiek wel?	_____	
Bij welke specifieke problematiek niet?	_____	

3. Gebruik van praktijkvoorbeelden

Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)	
Uw beoordeling van deze vorm?	1 2 3 4 5	
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)	
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig regelmatig vaak altijd	
Bij welke specifieke problematiek wel?	_____	
Bij welke specifieke problematiek niet?	_____	

4. Parallelprocessen (Tijdens PMT koppeling naar praktijk maken, bijv. vragen naar herkenning)

Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)	
Uw beoordeling van deze vorm?	1 2 3 4 5	
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)	
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig regelmatig vaak altijd	
Bij welke specifieke problematiek wel?	_____	
Bij welke specifieke problematiek niet?	_____	

5. Systeem aan de kant meekijkend(systeem/sociaal netwerk: ouders/begeleiders/partner etc)

Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)					5
Uw beoordeling van deze vorm?	1	2	3	4		
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)					
Bij welke specifieke problematiek wel?						
Bij welke specifieke problematiek niet?						

6. Systeem deelnemend in activiteit en interactie met cliënt - therapeut

Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)				5
Uw beoordeling van deze vorm?	1	2	3	4	
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)				
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig	regelmatig	vaak	altijd	
Bij welke specifieke problematiek wel?					
Bij welke specifieke problematiek niet?					

7. Gespreksvorm met systeem (kennismaking/evaluatie)

Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)					5
Uw beoordeling van deze vorm?	1	2	3	4		
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)					
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig	regelmatig	vaak	altijd		
Bij welke specifieke problematiek wel?						
Bij welke specifieke problematiek niet?						

8. Huiswerkopdrachten

Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)				5	
Uw beoordeling van deze vorm?	1	2	3	4		
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)					
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig	regelmatig	vaak	altijd		
Bij welke specifieke problematiek wel?						
Bij welke specifieke problematiek niet?						

9. Instrueren van sociale netwerk (begeleiding/ambulante hulp/ouders die cliënt in dagelijks leven herinneren en wijzen op wat er binnen pmt geleerd wordt)

Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)				5	
Uw beoordeling van deze vorm?	1	2	3	4		
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)					
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig	regelmatig	vaak	altijd		
Bij welke specifieke problematiek wel?						
Bij welke specifieke problematiek niet?						

10. Een tastbare herinnering aan pmt(iets meegeven; bijv. papier + tekst, symbolisch voorwerp per keer)

Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)					5
Uw beoordeling van deze vorm?	1	2	3	4		
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)					
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig	regelmatig	vaak	altijd		
Bij welke specifieke problematiek wel?						
Bij welke specifieke problematiek niet?						

11. Bezoek (huis/sport/werk etc..) (op bezoek in dagelijkse situatie voor beeldvorming)

Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)				
Uw beoordeling van deze vorm?	1	2	3	4	5
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)				
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig	regelmatig	vaak	altijd	
Bij welke specifieke problematiek wel?					
Bij welke specifieke problematiek niet?					

12. Ondersteuning in de praktijk (letterlijk ondersteunen, bijv. boodschappen doen/reizen als cliënt hierin probleem ondervindt)

Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)				
Uw beoordeling van deze vorm?	1	2	3	4	5
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)				
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig	regelmatig	vaak	altijd	
Bij welke specifieke problematiek wel?					
Bij welke specifieke problematiek niet?					

13. Bel/mail/sms contact met cliënt of contactpersoon(dienend ter bevordering van transfer)

Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)				
Uw beoordeling van deze vorm?	1	2	3	4	5
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)				
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig	regelmatig	vaak	altijd	
Bij welke specifieke problematiek wel?					
Bij welke specifieke problematiek niet?					

14. PMT in de praktijk (in het dagelijks leven van cliënt) (niet in een therapieruimte maar letterlijk in het dagelijkse situaties van cliënt)

Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)				
Uw beoordeling van deze vorm?	1	2	3	4	5
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)				
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig	regelmatig	vaak	altijd	
Bij welke specifieke problematiek wel?					
Bij welke specifieke problematiek niet?					

Deel II

Hier volgen 5 open vragen, bij de eerste heeft u meerdere invulmogelijkheden.

1. Kent u ook nog andere vormen om de transfer te maken? Zo ja welke? Ook als u ze kent, maar niet gebruikt graag invullen.

Vul de vorme n/manieren van transfer in op de lijn achter a/b/c/d/e/f en beantwoord de vragen op dezelfde manier als deel I.

a. _____				
Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)			
Uw beoordeling van deze vorm?	1	2	3	4
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)			
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig	regelmatig	vaak	altijd
Bij welke specifieke problematiek wel?	_____			
Bij welke specifieke problematiek niet?	_____			
b. _____				
Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)			
Uw beoordeling van deze vorm?	1	2	3	4
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)			
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig	regelmatig	vaak	altijd
Bij welke specifieke problematiek wel?	_____			
Bij welke specifieke problematiek niet?	_____			
c. _____				
Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)			
Uw beoordeling van deze vorm?	1	2	3	4
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)			
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig	regelmatig	vaak	altijd
Bij welke specifieke problematiek wel?	_____			
Bij welke specifieke problematiek niet?	_____			
d. _____				
Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)			
Uw beoordeling van deze vorm?	1	2	3	4
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)			
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig	regelmatig	vaak	altijd
Bij welke specifieke problematiek wel?	_____			
Bij welke specifieke problematiek niet?	_____			
e. _____				
Ervaring met deze vorm?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)			
Uw beoordeling van deze vorm?	1	2	3	4
Gebruikt u deze in de praktijk?	Ja/nee (zo nee, ga naar de volgende vraag)			
Hoeveel gebruikt u deze?	Weinig	regelmatig	vaak	altijd
Bij welke specifieke problematiek wel?	_____			
Bij welke specifieke problematiek niet?	_____			

2. Zijn er bepaalde redenen waarom u een bepaalde transfer vorm niet gebruikt? Zo ja, wilt u de transfervorm noemen en de reden? (Redenen kunnen bijv. zijn: geen tijd/budget etc...)

3. Welke mogelijkheden tot het maken van de transfer ziet u in multidisciplinair werken?

4. Welke combinaties van transfervormen gebruikt u?

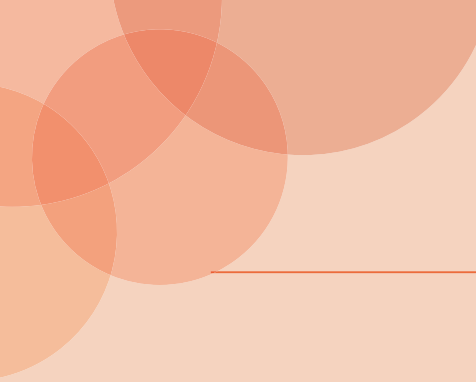
5. Ziet u verder nog mogelijkheden voor het maken van de transfer die u tot nu toe niet heeft kunnen invullen in deze vragenlijst?

Slot

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst. Indien u belang heeft bij de resultaten van dit onderzoek kunt u uw mailadres hieronder invullen. Ik zal dan t.z.t. mijn onderzoeksverslag naar u sturen.

Mailadres: _____

Met vriendelijke groet,
Liza Veldman



Windesheim 

Over de brug, heen en terug!

Tevredenheidsonderzoek naar de werking van vormen van transfer binnen psychomotorische therapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking

Liza Veldman



