Horen, zien, spreken

Nynke MacLean

2011

Een onderzoek naar de optimalisering van het observatiemodel binnen de ambulante psychomotorische therapie bij cliënten met een licht verstandelijke beperking.

Student: Nynke MacLean
Begeleider: Krista van Berkel
Beoordelaar: Ad van der Ven
Datum: Mei 2011

Opleiding: Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie
Chr. Hogeschool Windesheim

Voorwoord

Toen ik begon als stagiaire bij de ambulante vaktherapie van Aveleijn (AVT), was ik nieuwsgierig naar de kennis van de therapeuten. Ik wilde mijzelf bewijzen en wist dat mijn kracht lag in het cognitieve aspect. Toen mijn stagebegeleidster met een verlegenheidsituatie aankwam, was dit dan ook de uitgelezen kans voor mij om daarop in te spelen. Niet overziende welke klus ik op mijn schouders nam, begon ik vol goede moed aan dit onderzoek. Ik was enthousiast, gedreven en een doorzetter. Tijdens het onderzoek begon ik te dromen over computersystemen die hierin zouden kunnen bijdragen en waarmee er iets revolutionairs neergezet kon worden. Maar inmiddels ben ik daarvan terug gekomen. Ik wilde achteraan beginnen, bij het product, maar leerde eerst te kijken naar de voorwaarden. Zo ontdekte ik hoe alles daadwerkelijk in elkaar stak. Mijn aannames en vooronderstellingen bleken niet uit te komen. Naar verwachting zou ik daarover teleurgesteld zijn, maar het tegendeel was waar. Ik ben tevreden over het resultaat. Het heeft mij geholpen realistisch te kijken naar de optimistische blik die ik altijd heb. En zo ben ik gekomen tot dit resultaat, anders dan verwacht, maar het evengoed waard onderzocht te hebben. Voor mij was het de tijd en het lezen waard. Voor u kan ik het niet zeggen, maar desondanks hoop ik dat u toch de tijd neemt het te lezen en uw voordeel ermee te doen.

Dank gaat uit naar degene die mij hebben gesteund en verder geholpen tijdens dit onderzoek. Collega's van Aveleijn, scriptiebegeleidster, mijn vriend en mijn broer. Daarnaast hebben de motiverende woorden van mijn huisgenoot mij ook ondersteunt in het doorzetten om het verslag af te schrijven. Met trots presenteer ik u dan ook dit verslag over het onderzoek. Een onderzoek naar de optimalisering van het observatiemodel binnen de ambulante psychomotorische therapie (verder genoemd als PMT) bij cliënten met een licht verstandelijke beperking.

Samenvatting

Dit verslag betreft een onderzoek naar de optimalisering van het observatiemodel binnen de ambulante psychomotorische therapie bij cliënten met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische, psychisch en/of psychosociale problematiek. Daarbij spelen zowel de theoretische verantwoording als de efficiëntie een rol.
In het onderzoek wordt gekeken naar verschillende aspecten die in de observatie van belang zijn. Dit dient er toe zicht te krijgen op het complete beeld van de cliënt, waarna er al dan niet wordt overgegaan naar behandeling.
Binnen de doelgroep worden de hulpvragen onderverdeeld in tien algemene hulpvragen. Deze algemene hulpvragen zijn de leidraad voor verdere theoretische onderbouwing.
Omdat het onderzoek parallel loopt met praktijkervaring blijkt er een disharmonie te zijn tussen theorie en praktijk. Dit komt door het verschil tussen enkelvoudige problematiek, van waaruit de theorie wordt geschreven, en meervoudige problematiek die zich voordoet bij de doelgroep.
Daarmee is het observatiemodel wel theoretisch te onderbouwen, maar de vraag naar efficiëntie is nauwelijks te beantwoorden door de grote verscheidenheid aan factoren die daar invloed op hebben.

Inhoudsopgave

Voorwoord 2
Samenvatting 3
Inleiding 5
Theoretisch kader 7
Methode 8
Resultaten 9
Discussie 20
Conclusie 21
Aanbevelingen 22
Literatuurlijst 23
Bijlagen 25
Sjabloon verslagen 26
Intakeverslag 26
Behandelverslag 28
Overdenkingen 30
Visie Observatiemodel 30
Achtergrondinformatie 31
Behandeldoelen 31
Thema's 33
Observatievragen 36

Inleiding

In het kader van afstuderen aan de opleiding Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie, werd er onderzoek gedaan naar de mogelijkheid tot ontwikkeling van een efficiënter en ecologisch verantwoord observatiemodel. Binnen de Ambulante Vaktherapie - Aveleijn te Hengelo (wordt verder afgekort als AVT), ontstond er een verlegenheidsituatie. In het najaar van 2010 wordt er onder de therapeuten, in intervisie, ingebracht dat er moeite wordt ervaren omtrent de observatie. De huidige methode van observeren bestaat uit het formuleren van observatievragen vanuit de intake. Aan de hand daarvan zal de observatieperiode worden vormgegeven. Therapeuten merken dat ze deze vragen achteraf formuleren. Conclusie uit deze inbreng is dat iedereen aan het zoeken is en rommelt met observatievragen.

Binnen de huidige observatie bij AVT wordt er al een aantal jaren gewerkt met een observatiemodel, aan de hand van observatievragen, die door de therapeut geformuleerd worden. Voor de doelgroep, cliënten met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische, psychische en/of psychosociale problematiek, geeft het veel ruimte tijdens de observatie. Deze manier van observeren werd destijds ontwikkeld om verslagen specifieker te kunnen schrijven. Echter zijn de observatievragen niet theoretisch onderbouwd, maar op basis van ervaring van de therapeut. De periode van observatie verloopt als volgt: er is een intake, vaak verzorgd door de speciale intaker, met vervolgens vijf sessies observatie, door de therapeut. Na vijf afspraken wordt er een verslag geschreven waarin verschillende observatievragen(3-5) worden beantwoord. Binnen deze vijf keer krijgt de therapeut een breed beeld van de cliënt. Na deze observatie volgt een bespreking aan de hand van het observatieverslag. Dit verslag bestaat uit de aanleiding en algemene hulpvraag, waarna de observatievragen genoemd worden. Deze worden uitgewerkt en er wordt daaruit een conclusie en advies gevormd. Vanuit deze bespreking wordt een behandeling gestart of eventueel van behandeling afgezien. Indien er voor behandeling wordt gekozen zullen er behandeldoelen worden geformuleerd en worden eventuele afspraken genoemd.
De bezuinigingen in de zorg geven echter weinig ruimte om langdurig bezig te zijn met het schrijven van verslagen en het overwegen van de observatievragen.

Problemen die ervaren worden komen voort uit de werkdruk. Daarmee is een effectieve besteding van de beperkte tijd van wezenlijk belang. Problemen worden o.a. ervaren in de formulering van observatievragen en het efficiënt schrijven van observatieverslagen. Daarnaast bestaan er vragen omtrent passende werkvormen binnen de observatie. De therapeuten zijn het er over eens dat het van belang is dat het observatieverslag korter, bondiger en meer gestructureerd moet worden.

Het doel van het onderzoek is het herzien van het huidige observatiemodel binnen AVT, zodat er een efficiënt en ecologisch verantwoord observatiemodel ontstaat, dat werkbaar is voor de vaktherapeuten.

Daarbij is de hoofdvraag als volgt geformuleerd: zou de periode van observatie, binnen de ambulante psychomotorische therapie onder licht verstandelijk beperkten met psychische en/of psychiatrische problematiek, meer theoretisch onderbouwd en daardoor efficiënter kunnen worden?

Dit is onderverdeeld in een aantal deelvragen:
1. Wat zijn de belangrijkste onderwerpen om efficiënt en doelgericht een observatie uit te voeren en daarover te rapporteren in verslag/bespreking?
2. Waar moet rekening mee gehouden worden voor een geschikt nieuw observatiemodel?
3. Op welke manier zou een nieuw observatiemodel bijdragen aan de therapie (kwaliteit/kwantiteit)?

Deze vragen zullen in deze scriptie beantwoord worden en leiden tot productontwikkeling.

Theoretisch kader

Observatie is binnen de psychomotorische therapie een essentieel onderdeel, zo niet een voorwaard om therapie te geven aan de cliënt (Verheugt-Pleiter (2009)). Binnen de observatie vormt de therapeut zich een beeld van de cliënt met diens problematiek en hulpvraag. 'De vaktherapeut verzamelt, indien nodig, aanvullende gegevens voor diagnostiek en behandeling met behulp van onderzoeksmethoden, zoals vragenlijsten en observatiemethoden, proefinterventies of proefbehandeling.' (profiel van de vaktherapeutische beroepen (2008)). Vanuit de overheid worden vele bezuinigingen aangekondigd in de zorg, wat grote gevolgen kan hebben voor de vaktherapie. Het is daarom van belang dat de psychomotorisch therapeut zich kan verantwoorden over keuzes op basis van theorie. Door Vianen en Meijerink (2008) wordt gesteld dat ruimte voor innovatie sterk ten goede komt aan de kwaliteit van zorg. Vanuit deze wetenschap is er gekeken naar de essentie van de verschillende aspecten binnen de observatie. Er is bij elke specifieke hulpvraag theorie gezocht. Deze is verwerkt in de resultaten, zodat er een compleet beeld gevormd kan worden, passend bij de ontwikkelde schema's.

Omdat er vanuit een verlegenheidsituatie binnen de organisatie wordt gewerkt, is er sprake van de invloed met betrekking tot de visie van de instelling. De huidige visie van Aveleijn is onderhevig aan de nieuwe directeur, in overleg met de andere organen. Waar er bij de vorige directeur voornamelijk gewerkt werd, vanuit de oplossingsgerichte visie, wil de huidige directeur dit behouden, maar ook aanpassen. Daarbij moet begeleiding en behandeling meer aansluiten op de mogelijkheden van de cliënt. Alles draait om de cliënt, zodat deze kan functioneren binnen 'zijn maatschappij'. Daarbij wordt er wel gekeken naar de ontwikkelende kant van de cliënt. Omdat deze visie nog niet exact is uitgewerkt, werd er geacht om verder te denken over de al reeds globaal besproken visie.
Deze visie sluit aan bij de behandeling die AVT biedt, omdat deze gericht is op het begrijpen van eigen gedrag en het leren inzetten van alternatief gedrag. Ook AVT heeft zijn visie niet op papier ontwikkeld. Toch is er een observatiemodel ontwikkeld, dat redelijk kan aansluiten bij de visie van de therapeuten. Dit is ontstaan vanuit ervaring tijdens een jaar stage lopen en regelmatig contact met de therapeuten, betreffende hun visie.
Ondanks dat de visie niet expliciet is beschreven, heeft dit wel invloed op hoe er tijdens de observatie naar de cliënt wordt gekeken. Doordat er naar de cliënt wordt gekeken vanuit ontwikkeling, betekent dit dat er tijdens de observatie ook goed geluisterd moet worden naar wat de cliënt daadwerkelijk aangeeft. Juist omdat de motivatie van essentieel belang is voor eventuele therapie, is het belangrijk om de hulpvraag van de cliënt expliciet te krijgen.

Bij de formulering van een nieuw observatiemodel dient er, naast de visie, ook rekening te worden gehouden met de verschillende vaktherapieën, omdat de afdeling niet alleen uit psychomotorisch therapeuten bestaat, maar ook samenwerkt met de creatieve therapie.

Methode

De methode van dit onderzoek omvatte verschillende fases. Hierbij was er allereerst sprake van een inventarisering vanuit de dossiers/intakes binnen de stagecontext. Daaruit werd er een samenvoeging gemaakt en is men gekomen tot de algemene hulpvragen van de cliënten binnen deze context. Deze inventarisatie hiervan is verwerkt in de bijlage (Bijlage: 'behandeldoelen'; 'thema's; 'observatievragen').

Op basis van de ervaring van de verschillende therapeuten en de informatie van de intaker zijn er algemeen essentiële onderwerpen geformuleerd, die binnen de observatieperiode aan bod dienen te komen. Deze zijn in een kapstok gezet.
Aan de hand van tien geformuleerde algemene hulpvragen is er gekozen om literatuurstudie te verrichten. Deze literatuurstudie zou, samen met de kapstok, kunnen gaan leiden tot de meest essentiële onderwerpen die binnen de observatieperiode aan bod dienen te komen. Deze werden per hulpvraag gecategoriseerd, waarna er een totaal beeld ontstond van wat er diende te worden beschreven in het behandelverslag.
Vanuit deze informatie voor het behandelverslag is er een vertaalslag gemaakt naar thema's binnen de psychomotorische therapie, zodat de therapeuten hier direct mee aan de gang kunnen om het in te passen in hun observaties.

Doordat psychomotorische therapie een vrij jonge vakgroep is (1975), is er al wel naar een groot algemeen deel, maar nog niet naar alle specifieke problematiek, onderzoek gedaan. En is er van daaruit ook weinig beschreven over specifieke observatie bij de hulpvraag. Daarom vroeg het om een vertaalslag te doen van algemene kennis naar psychomotorische thema's. Zo kon er bij de verschillende hulpvragen onderbouwd worden welke thema's er aan bod dienden te komen. In de literatuurlijst is dan ook een grote variatie aan literatuur terug te vinden.
Alle informatie die verzameld is, is toegankelijk voor de therapeuten, die hierin ook mee hebben gedacht en gekeken of ze herkenning vonden in hun cliënten. Deze informatie is verwerkt en in een overzichtelijk model gezet. Omdat dit onderzoek parallel liep met een aantal observaties van cliënten, is er meteen gekeken naar de koppeling van dit theoretisch model naar de praktijk.

Aan de hand van deze informatie is het gekomen tot een advies voor de observatieperiode en het schrijven van het observatieverslag. Deze zijn gepresenteerd aan de vaktherapeuten en leidinggevende.

Resultaten

De verzameling van de resultaten heeft geleid tot een drietal onderdelen binnen de resultaten. Te weten: de algemene voorwaarden voor therapie; een deel voor het schrijven van de observatieverslagen en een deel voor de observatiesessies.

Algemene voorwaarden

Vanuit de veelvuldigheid die tegengekomen werd in de dossiers van de cliënt ontstond de vraag naar een kapstok voor therapie. Hierin werden de essentiële voorwaarden voor therapie onderscheiden. Deze zijn geformuleerd in samenspraak met de therapeuten. Het is van belang dat de therapeut voor de start van een behandeling kennis heeft van deze verschillende zaken. Deze zijn in een schema gezet op drie niveaus. Daarbij dienen de onderste niveaus bovenliggende niveau. Zo kan de therapeut zich een beeld vormen tot eventuele behandeling van de cliënt.

Deze voorwaarden zijn geformuleerd op basis van ervaringen van therapeuten over wat zij zelf zien als de belangrijkste voorwaarden waaronder therapie geboden kan worden. Dit wordt ondersteunt vanuit theorie. Zo noemt Morfouce (2010) dat het voor de therapeut van belang is zicht te krijgen op de sociale vaardigheden. Hierbij wordt aangesloten Emck (1996/2010) en Wiers (2007). Deze en andere aspecten zijn dan ook van belang om helder te krijgen gedurende de observatieperiode. Tijdens het formuleren hiervan werd ontdekt dat er verschillende onderdelen al tijdens de intake achterhaald kunnen worden. Denk daarbij aan de motivatie, last en haalbaarheid. Daarmee is de intake een essentieel onderdeel met toegevoegde waarde binnen de observatie.

Algemene voorwaarden therapie

Cliënt		Hulpvraag		Contact		Motivatie		Behandeladvies		
Beeld-vorming vs. diagnos-tiek	Draag kracht	Concre-tiseren	Haalbaar-heid (SMART)	Sociale vaardig-heden	Contact-groei cliënt-therapeut	Last	Intrinsiek/ Extrensiek	Doelen		Tijd
	Cognitieve vermogens		Behandel mogelijk -heden		Afstand-nabijheid		Afspraken nakomen	Product	Evaluatie	Transfer

Schema algemene voorwaarden therapie

Observatieverslag

Vanuit de verzameling van hulpvragen uit de dossiers is er gekomen tot een grove indeling in tien hulpvragen. Deze worden omvat door weerbaarheid, agressie, rouw, verslaving, trauma, spanning, angst, zelfbeeld, hechting en emotieregulatie. De algemeen geformuleerde hulpvragen ondergingen uitgebreider literair onderzoek. Zoals al eerder genoemd was er niet bij iedere hulpvraag gespecificeerde literatuur aanwezig. Daarom is het nodig geweest om een vertaalslag te maken van algemene informatie bij een hulpvraag naar de psychomotorische therapie.

Weerbaarheid

Zo beschrijft Kool (2000, 2010) het belang van de ruimte bij cliënten die problemen ervaren binnen de weerbaarheid. Daar wordt door andere schrijvers bij aangesloten, waarbij ook het belang van het bewustzijn van het lichaam en gevoelens wordt genoemd. Daarnaast komt het aangeven van grenzen aan bod. Omdat deze aspecten invloed hebben op het zelfvertrouwen, is het van essentieel belang hier zicht op te krijgen binnen de observatie (Kog & Moons, 1999; Fellinger et al, 1999; Andel, 2000; Dijkstra, 2003).

Agressie

Er is een parallel zichtbaar tussen het bewustzijn van gevoelens, zowel bij weerbaarheid als bij agressie. Zo noemt Ykema (2009) in zijn ontwikkelde methodiek, Rots & Water, hoe moeilijk het is om gevoelens en ervaringen te verwoorden, maar dat deze een enorme impact hebben. Daarbij wordt door Kudding & Partners (2006) genoemd dat de cliënt met agressieproblematiek de spanningsopbouw dient te signaleren. Zo kan er geobserveerd worden of de cliënt alternatieven kan inzetten tot beheersing, controle en ontspanning van de agressie (Redl & Wineman, 1977; Muller, 2006; Dam, 2009; Leenders, 2010).

Rouw

Bij een cliënt met een hulpvraag omtrent rouw is het van belang zicht te krijgen op de interne stressoren (Feijen, 2005). Binnen de observatie zou de therapeut inzicht dienen te verkrijgen in het bewustzijn van de cliënt. Daarbij is het van belang te achterhalen of de cliënt zijn gevoelens kan herkennen, accepteren en uiten en op welke wijze de cliënt hiermee omgaat (Gils, 2000).

Verslaving

Binnen verslavingsproblematiek stelt Mataheru (2008) dat de omgang met grenzen een aandachtspunt is. Daartoe is het van belang zicht te krijgen op de spanning en bijkomende lichaamsbewustzijn, de zelfinschatting, de sociale invloeden en de controle (Arendshorst, 2002; Elsenaar et al, 2007; Jeffrey et al, 2008; Koeter & Ooyen, 2009). Wiers (2007) stelt dat bij het aanpakken van verslavingsproblematiek de motivatie van groot belang is, vanwege de lichamelijke of geestelijke verslaving.

Trauma

De behandeling van een trauma vraagt om het belang van voorkennis, omdat er sprake is van een gevoelige en passende aanpak. Trauma vraagt om hantering van gevoelens en daarmee is het van belang dat de therapeut zich bij de cliënt hier een beeld van vormt (Mittendorff & Muller, 2004; Egberink et al, 2008). Hoe de cliënt is in contact met anderen, vertelt veel over

de verwerkingsfase (Linden et al, 2002; Arendshorst, 2002). Daarin zijn last, vertrouwen, autonomie en lichamelijk contact belangrijke aspecten (Linden et al, 2002; Cohen et al, 2008; Morfouace, 2010).

Spanning
De mate waarin de cliënt spanning ervaart kan inzichtelijk worden, door het gebruik van een spanningsmeter (Boer & Biemond). De cliënt kan zicht krijgen op zijn lichaamssignalen en de acceptatie van gevoelens (Emck, 1998). Daarbij is de controle en de uiting van zijn gevoelens van belang (Andriessen & Kaaskoper, 2003; Jeffrey, 2008). Wanneer de therapeut dit helder krijgt, kan eventuele behandeling goed afgestemd worden.

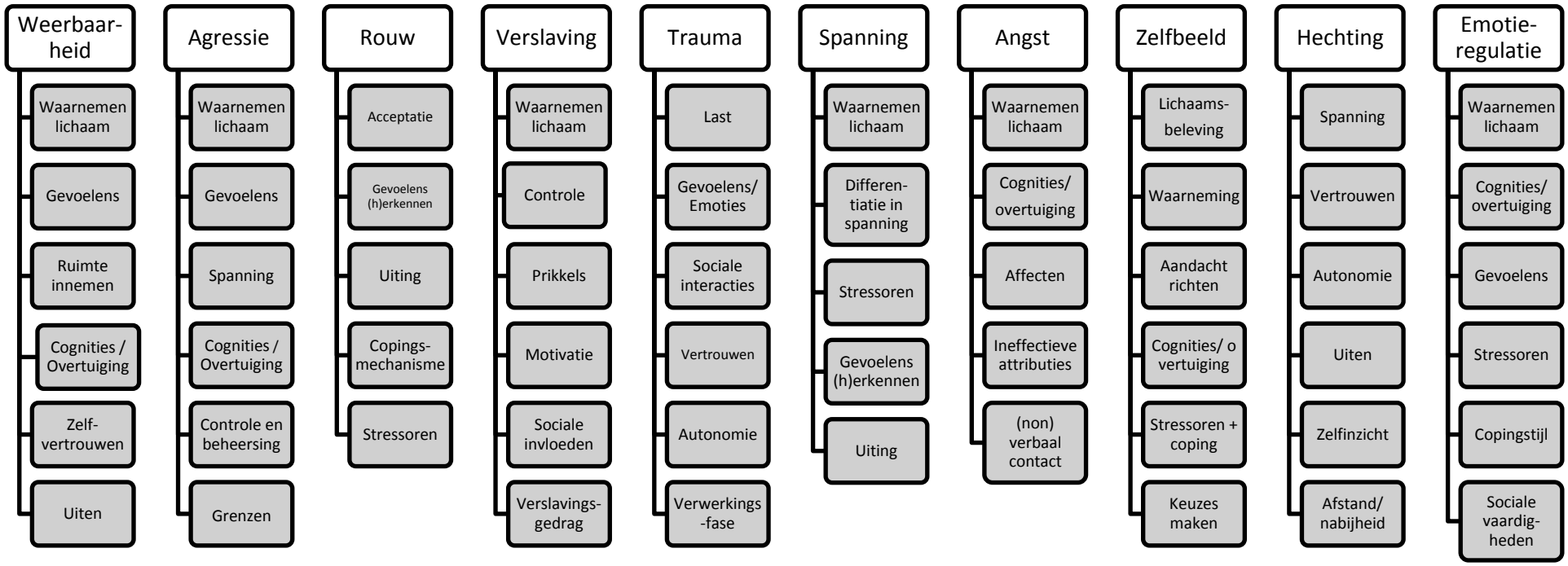
Angst
Wanneer er sprake is van angst en in welke mate er sprake is van angst, houdt verband met verkeerde cognities en ineffectieve attributies (Jeffrey, 2008). Hierin zien we een parallel met trauma, waarin ook het vertrouwen genoemd wordt (Wiesme, 2008). Hoe de cliënt omgaat met zijn angst en spanning en de wijze van contact, is belangrijk om inzichtelijk te krijgen (Emmelkamp, 1995; Emck, 1996). Zo kan de angst op juiste wijze behandeld worden.

Zelfbeeld
Roemen (2010) en Diekstra (1999) noemen het belang van overtuigingen en de invloed die hierop uitgeoefend kan worden voor behandeling van een problematisch zelfbeeld. Ook Heerlingen (2007) noemt het belang van cognities, wanneer hij spreekt over suïcidaal gedrag. Daarbij legt hij de nadruk op de stressoren, maar daarnaast ook de coping hierbij. Naast deze cognities is de waarneming en de lichaamsbeleving van belang (Rekkers & Schoenmaker, 2002). Daarnaast wordt er genoemd door Kalisvaart (2010) dat het goed is om bij de cliënt te observeren in hoeverre deze in staat is om keuzes te maken.

Hechting
Wanneer er sprake is van hechtingsproblematiek, zijn er parallellen met andere hulpvragen. Spanning, vertrouwen, autonomie, gevoelens, nabijheid en zelfinzicht worden daarbij genoemd (Vaesen, 2004; Govaerts, 2007). Daarbij is het van belang dat er tijdens de behandeling van deze cliënt niet/nauwelijks wisseling is van therapeuten om de cliënt een positieve ervaring te geven.

Emotieregulatie
De hulpvraag 'emotieregulatie' heeft zowel overeenkomsten met de hulpvragen 'agressie' als met 'zelfbeeld'. Daarbij wordt door Arendhorst (2002) het vertekend denken genoemd. Dit en andere stressoren beïnvloeden de copingstijl van de cliënt (Jeffrey, 2008; Kraak, 2010). Daarnaast is de bewustwording van gevoelens en het lichaam van belang (Weijers & Penning, 2003; St. GGZ Groningen, 1998). Tot slot noemt Emck (2010) ook bij deze doelgroep het belang van sociale interacties. De manier waarop de cliënt hiermee omgaat, dient in de observatie naar voren te komen.

Dit theoretisch onderzoek is samengevat en heeft geleid tot het onderstaande schema. Dit schema omvat de belangrijkste subjecten die dienen te worden beschreven in het observatieverslag. Zo kan er een, zo volledig mogelijke, weergave worden gegeven voor eventuele behandeling van de cliënt.


Weerbaar-heid
Waarnemen lichaam
Gevoelens
Ruimte innemen
Cognities / Overtuiging
Zelf-vertrouwen
Uiten
Agressie
Waarnemen lichaam
Gevoelens
Spanning
Cognities / Overtuiging
Controle en beheersing
Grenzen
Rouw
Acceptatie
Gevoelens (h)erkennen
Uiting
Copings-mechanisme
Stressoren
Verslaving
Waarnemen lichaam
Controle
Prikkels
Motivatie
Sociale invloeden
Verslavings-gedrag
Trauma
Last
Gevoelens/ Emoties
Sociale interacties
Vertrouwen
Autonomie
Verwerkings -fase
Spanning
Waarnemen lichaam
Differen-tiatie in spanning
Stressoren
Gevoelens (h)erkennen
Uiting
Angst
Waarnemen lichaam
Cognities/ overtuiging
Affecten
Ineffectieve attributies
(non) verbaal contact
Zelfbeeld
Lichaams-beleving
Waarneming
Aandacht richten
Cognities/ o vertuiging
Stressoren + coping
Keuzes maken
Hechting
Spanning
Vertrouwen
Autonomie
Uiten
Zelfinzicht
Afstand/ nabijheid
Emotie-regulatie
Waarnemen lichaam
Cognities/ overtuiging
Gevoelens
Stressoren
Copingstijl
Sociale vaardig-heden

Het opstellen van een nieuw sjabloon voor het observatieverslag was onderhevig aan eisen vanuit de instelling. Hier is de tijdelijke ondersteuner voor innovatie mee bezig geweest. Door de eisen voor het nieuwe sjabloon ten opzichte van het ouder sjabloon bleek het nieuwe sjabloon niet werkbaar te zijn voor de therapeuten. Waar het oude sjabloon de therapeut ruimte bood een samenhangend verhaal te schrijven, werd in het nieuwe sjabloon gevraagd dit onder te verdelen in kopjes. Dit bleek nagenoeg onmogelijk omdat daarmee het verband nauwelijks terug te halen was. Het schrijven van het verslag, kost de therapeuten meer tijd dan dat het ze opleverde, om het geheel te scheiden in kopjes. Vanuit deze constatering is in het kader van deze scriptie gekeken of er een sjabloon opgesteld zou kunnen worden dat zowel voldeed aan de eisen van de instelling als aan de werkbaarheid voor de therapeuten. Door deze samenwerking op te zoeken, bleek dit meer draagvlak te hebben onder de therapeuten. De proefversie hiervoor (zie bijlage: sjabloon verslagen – '*Observatieverslag')* wordt momenteel onderzocht of het voldoet aan de instellingseisen.

Observatiesessies

Door deze observaties te benoemen is er een nauwkeurige inschatting te maken voor behandeling van de cliënt. Daarbij is er nog een onderscheid tussen wat er beschreven dient te worden in het observatieverslag van de cliënt en welke thema's er in de specifieke psychomotorische therapie sessie worden behandeld. Hiervoor is een vertaalslag nodig geweest om algemene bewoording in psychomotorische thema's te zetten. Deze is daarbij onderbouwd vanuit de literatuur.

Weerbaarheid

Andel (2000) schrijft in de module 'Baas over mijn eigen lijf' over het bewustzijn van ja-/nee-gevoelens. In het kader van weerbaarheid noemen Kog & Moons (1999) de lichaamssignalen. Met betrekking tot weerbaarheid noemt Dijkstra (2003) het thema 'zelfvertrouwen'. Het blijkt dat het binnen de PMT van essentieel belang is bewust te zijn van gevoelens/emoties en dat deze worden geuit (Fellinger et al, 1999; Kool & Krot, 2010).

Agressie

Een thema dat bij agressie belangrijk is om naar voren te krijgen in de PMT-ruimte, is de spanning en bijkomende grenzen (Kudding, 2006; Dam, 2009). Hoe de cliënt daarmee omgaat met betrekking tot controle, beheersing en ontspanning (Redl & Wineman, 1977; Leenders, 2010) dient door de therapeut geobserveerd te worden. Binnen agressie zien we wederom het belang van het bewustzijn van gevoelens/emoties (Ykema, 2009).

Rouw

Gils (2000) sluit aan bij thema's die te vertalen zijn naar de PMT ruimte. Zo noemt hij het belang van het accepteren en uiten van de gevoelens die in de therapie aan bod komen. Daarnaast is een thema wat in de zaal naar voren dient te komen: copingmechanisme bij 'winst & verlies' en bij de omgang met stress (Feijen, 2005).

Verslaving

Zoals eerder in dit verslag genoemd, is het binnen de hulpvraag 'verslaving' essentieel dat het thema 'lichaamsbewustzijn' aan bod komt. Aangezien cliënten deze lichaamssignalen hebben onderdrukt gedurende hun verslaving (Arendhorst, 2002). Mataheru (2008) haalt het thema 'grenzen' aan, die zowel verbinding heeft met spanning als controle en zelfinschatting (Elsenaar, 2007; Koeten & Ooyen, 2009)

Trauma

Dat vertrouwen en autonomie verband met elkaar houden, benoemt Mourface (2010) over behandeling bij seksueel trauma. De therapeut dient deze thema's dan ook aan te halen binnen de zaal. Egberink et al (2008) noemen dat er ruimte moet zijn voor gevoelens en dat deze ook geuit kunnen worden. Tevens noemt van der Linden (2002) het thema 'lichamelijk contact' als belangrijk item voor behandeling.

Spanning
Boer & Biemond stellen dat de omgang met spanningssignalen een belangrijk thema is om te observeren bij spanningsklachten. Daar voegt Emck (1998) nog de herkenning en erkenning van gevoelens aan toe. Andriessen & Kaaskoper (2003) noemen bij burn-out klachten het thema 'controle'. Dit thema dient dan ook binnen de PMT ruimte naar voren te komen.

Angst
Binnen de hulpvraag 'angst' komen de thema's 'lichaamssignalen' en 'waarneming & interpretatie' naar voren (Jeffrey, 2008). Daarnaast blijken vertrouwen, spanning en het uiten van deze spanning belangrijke onderwerpen te zijn, die binnen de PMT ruimte naar voren dienen te komen (Emmelkamp, 1995; Wiersme, 2008).

Zelfbeeld
Kalisvaart (2010) haalt de thema's 'lichaamservaringen' en 'keuzes maken' aan bij een laag zelfbeeld. Dit lage zelfbeeld heeft ook invloed op de gedachten en waarneming (Rekkers & Schoenmaker, 2002). Van daaruit zijn ook 'complimenten & kritiek geven/ontvangen' en 'overtuigingen' thema's voor tijdens de observatie.

Hechting
Hechting heeft verband met veel onderwerpen die eerder in dit verslag genoemd zijn. Zowel Govaerts (2007) als Vaesen (2004) noemen het thema 'afstand/nabijheid'. Daarnaast noemt Vaesen de thema's 'spanning, autonomie en vertrouwen'. Bij hechting is het van belang dat deze thema's naar voren komen.

Emotieregulatie
Er wordt door St. GGZ Groningen (1998) gesteld dat lichaamssignalen en het herkennen van gevoelens aangehaald worden bij de VERS (Vaardigheidstraining Emotionele Regulatie Stoornis). Door Arendshorst (2002) wordt tevens het belang genoemd van zicht krijgen op het 'waarnemen & interpreteren'. Daarnaast lenen de werkvormen binnen de PMT zich bij uitstek ervoor om zicht te krijgen op het copingmechanisme van de cliënt (Jeffrey, 2008).

Bij deze thema's zijn tevens voorbeelden van werkvormen genoemd in het 'schema t.b.v. observatiesessies'. Deze zouden aansluiten bij het thema, zodat de therapeuten deze regelrecht kunnen implementeren in de therapiesessie. In onderstaand schema zijn de vijf/zes onderwerpen omgezet naar vijf PMT-thema's die in de vijf observatiesessies aangesneden kunnen worden.

Schema t.b.v. observatiesessies

Hulpvraag	PMT - Thema	Vb. Activiteit
Weer-baarheid	1. Lichaamssignalen 2. Gevoelens herkennen (ja/nee gevoel + basisemoties) 3. Ruimte innemen (Leiden / volgen) 4. Grenzen (stop/nee zeggen) 5. Zelfvertrouwen	1. Hulk-bal 2. Bankenvoetbal 3. Samenwerkings-opdracht 4. Over hoogte heen 5. (Blind) bank springen
Agressie	1. Lichaamssignalen 2. Gevoelens herkennen (ja/nee gevoel+basisemoties) 3. Spanning & frustratie (spanningsmeter) 4. Controle (hulp vragen) 5. Grenzen	1. Slootje springen 2. Ringhockey 1-1 3. Blokken strijd (tegengestelde opdracht) 4. Oplossingsgerichte werkvorm 5. Trapeze springen
Rouw	1. Acceptatie (verwerkingfase) 2. Gevoelens (h)erkennen (ja/nee gevoel + basisemoties) 3. Copingsmechanisme (winst & verlies) 4. Uiten (D/V/H) 5. Stress	1. Kwaliteitenspel 2. Emotiekaartje koppelen aan activiteit 3. Kegelen 4. Badminton 5. Verstopspel
Ver-slaving	1. Lichaamsbewustzijn 2. Controle 3. Grenzen 4. Spanning 5. Zelfinschatting	1. Ballon zitten 2. Controlled approach op muur 3. Stokkenwissel 4. Hoepels draaien 5. Basketbal mikken
Trauma	1. Gevoelens (h)erkennen (ja/nee gevoel + basisemoties) 2. Vertrouwen 3. Autonomie 4. Uiten (D/V/H) 5. Lichamelijk contact	1. 21'en 2. Blind parcours 3. Ruimte verdedigen 4. Wie scoort = keep 5. Chinees boksen + worstelen

Hulpvraag	PMT - Thema	Activiteit
Spanning	1. Lichaamssignalen 2. Spanning (spanningsmeter) 3. Gevoelens (h)erkennen (ja/nee gevoel + basisemoties) 4. Uiten (D/V/H) 5. Controle (hulp vragen, alternatieven bedenken)	1. Chinees worstelen 2. Blokkentoren bouwen 3. Wedstrijdje nee-gevoelens herkennen 4. Lijnbal 5. Ballenbak leeg
Angst	1. Lichaamssignalen 2. Waarneming & interpretatie 3. Uiten (D/V/H) 4. Vertrouwen 5. Spanning	1. Touwtrekken 2. Hints 3. Materialenroof 4. Katapult schieten 5. Estafette
Zelfbeeld	1. Lichaamssignalen 2. Lichaamsbeleving 3. Complimenten & kritiek geven/ontvangen 4. Overtuigingen 5. Keuzes maken	1. Balanceren 2. Spiegeloefening 3. Kwaliteitenspel 4. Oplossingsgerichte werkvorm 5. Eigen activiteit kiezen
Hechting	1. Spanning 2. Vertrouwen 3. Autonomie 4. Afstand/nabijheid 5. Uiten (D/V/H)	1. Leiden/volgen met stok 2. Goalbal 3. Brug bouwen 4. Chinees boksen 5. Paaltjes voetbal
Emotie regulatie	1. Lichaamssignalen 2. Gevoelens herkennen (ja/nee gevoel + basisemoties) 3. Waarnemen & interpreteren 4. Uiten (D/V/H) 5. Coping (winst & verlies)	1. Elkaar passeren-bank 2. Touw uit de knoop 3. Hints 4. Tafeltennis 1-1 5. Mens-erger-je-niet basketbal

PMT-thema's bij hulpvragen

Naar aanleiding van de bovenstaande schema's die betrekking hebben op zowel het observatieverslag als de observatiesessies, zou de therapeut een complete beeldvorming van de cliënt moeten kunnen beschrijven.

Terwijl dit onderzoek liep, werd er bij sommige cliënten in de observatie al gekeken naar de implementatie van de observatiethema's. Hierin was dit soms mogelijk, maar werd er ook afgeweken van de aangegeven thema's, omdat de cliënt geen enkelvoudige problematiek had. Al bij het eerste onderzoek in de dossiers kwam de diversiteit en complexiteit van de problematiek bij de cliënten naar boven. Door deze complexiteit bleek het niet mogelijk om het precies voorgeschreven programma te volgen, maar was een combinatie van meerder thema's uit de verschillende hulpvragen gewenst.

Discussie

In de resultaten kwam naar voren dat er veel verschillende aspecten zijn die de therapeut dient te observeren tijdens de observatieperiode. Niet alle aspecten hoeven een prominent thema in de therapiesessies te hebben. Daarbij is de intake van belang om informatie te filteren. Zo kan er gekozen worden wat de algemene hulpvraag is van de cliënt. Voor de observatiesessies die hierop volgen zijn er thema's geformuleerd die naar de psychomotorische therapie sessies te vertalen zijn, om tot daarbij passende werkvormen te komen. Dit zou de therapeut tijd kunnen besparen in het overwegen, over welke thema's er binnen de observatie aan bod zouden moeten komen.

Het bleek dat er een algemene lijn uitgezet kan worden, vanuit de theorie. Echter is het met de complexiteit van de doelgroep en problematiek onmogelijk om een éénduidige observatielijn uit te zetten. Er moet te vaak worden afgeweken van de voorgeschreven thema's omdat er geen sprake is van enkelvoudige problematiek is, maar van meervoudige problematiek. Het vraagt expertise van de therapeut om de observatie daarom aan te laten sluiten bij de cliënt, om zo een helder beeld van de cliënt te krijgen. In de literatuur wordt er nauwelijks gesproken over meervoudige problematiek, en daarbij komende complexiteit. Daarom kan de literatuur slechts gezien worden als richtlijn, maar niet als absolute.

Doordat er in het onderzoek een grote doelgroep met veel verschillende hulpvragen werd genomen, is dit enerzijds de kwaliteit van het onderzoek om zo volledig mogelijke informatie te geven. Aan de andere kant is er dan ook dusdanig veel informatie te vinden dat het teveel tijd kost om voor elke hulpvraag nauwkeurig af te wegen wat nu de belangrijkste zaken zijn. Daarom zijn er vanuit praktijkervaring aannames gedaan en is dit getoetst aan de hand van bijpassende literatuur. Het zou hierbij waardevol zijn om aan de hand van praktijkervaring het nieuwe observatiemodel uit te proberen. En door de verschillende therapeuten bij te laten houden waar ze tegenaan lopen, welke onderdelen ze missen en waar volgens hen de kracht ligt. Op deze manier zou er kunnen worden nagegaan of het observatiemodel voldoet of dat er eventueel aanpassingen moeten komen.

Effectiviteitsmeting kan worden gedaan door de tijdswinst te berekenen over een langdurige periode. Echter betreft het dit onderzoek een beperkte tijd, waardoor deze effectmeting niet paste binnen dit onderzoek. Daarom is gekozen om de efficiëntie als ondergeschikt te nemen en de theoretische onderbouwing en ecologische verantwoording als belangrijkste onderwerpen aan te snijden.

De theorie is voornamelijk gekomen vanuit algemene literatuur betreffende de psychologie. Wanneer dit onderzoek nogmaals uitgevoerd zou worden zou het goed zijn om onderzoek te doen vanuit meer PMT-specifieke literatuur. Hierdoor zou er tussen observatie en behandeling een nauwe aansluiting kunnen worden bewerkstelligt.

Conclusie

De methode van onderzoek is met name gebaseerd op theorie en daarmee op algemeen geldende onderdelen. Door de complexiteit van de doelgroep (licht verstandelijke beperking met bijkomende psychiatrische, psychisch en/of psychosociale problematiek) zijn deze theorieën een richtlijn, maar geen vaststaand gegeven wat direct geïmplementeerd kan worden in deze doelgroep.

De verschillende thema's die aan bod komen tijdens de observatie, zijn nu theoretisch onderbouwd. Met de bezuinigingen in het vooruitzicht, maar ook de huidige situatie omtrent de vaktherapie, is er nu een duidelijke grond van waar uit de therapeuten kunnen bewijzen dat hetgeen er in observatie wordt gedaan, behoort tot behandeling.

Het onderzoek heeft de deelvragen kunnen beantwoorden. Naar aanleiding van de vraag ' wat de belangrijkste onderwerpen zijn om efficiënt en doelgericht een therapie uit te voeren en te rapporteren in het verslag' is er onderzoek gedaan. Dit heeft bestaan uit ten dele het onderzoek vanuit de dossiers die aanwezig waren binnen AVT. Daarnaast is er een theoretisch onderzoek gedaan, dat verwerkt is in de schema's ('schema algemene voorwaarden therapie'; 'onderwerpen in observatieverslag'; 'PMT-thema's bij hulpvragen'). Deze schema's geven antwoord op deze vraag.
Uit het onderzoek blijkt verder dat er met verschillende aspecten rekening gehouden dient te worden bij het formeren van een nieuw observatiemodel. Daarin zijn de visie vanuit de organisatie en de visie van de afdeling van belang. Ook dient er rekening te worden gehouden met de samenstelling van de afdeling, zowel qua vakgroep als persoonlijke eigenschappen. Tevens is de doelgroep een leidende factor geweest in de keuze voor de observatiethema's.
Het ontwikkelde observatiemodel zou kunnen bijdragen aan een betere kwaliteit van de therapie omdat het onderbouwd is vanuit de literatuur. Daarmee is de verantwoording naar gedragswetenschappers en andere betrokkenen duidelijker en getuigt van weloverwogen keuzes gemaakt door de therapeut. Het draagt maar ten dele bij aan de effectiviteit. De therapeut kan meer houvast vinden aan de observatiethema's die opgesteld zijn per algemene hulpvraag. Echter vraagt het nog steeds veel overdenking van de therapeut om de observatie af te stemmen op de cliënt en diens hulpvraag. De therapeut krijgt er zelfs de taak bij om kritisch te blijven kijken naar het observatiemodel. Dit doet een appèl op het reflecterend vermogen van de therapeut. Dit model ziet af de observatievragen en gebruikt observatiethema's. Het scheelt de therapeuten daardoor tijd om correct geformuleerde observatievragen te bedenken. Op deze wijze is er een minimale bijdrage aan het effectief werken.

Aanbevelingen

Vanuit de uitkomst van het onderzoek wil ik de aanbevelingen doen om te blijven zoeken naar een meer efficiënte manier van met name de verslaglegging van de observatie. Zeker met de toekomst voor ogen denk ik dat de computer hier veel uitkomsten bij kan bieden, door een mogelijke koppeling tussen rapportagesysteem en verslaglegging. Waardoor dit tijd zou besparen bij de verslaglegging. Wat wellicht zou kunnen helpen om de therapeuten efficiënter te laten verslag leggen, is een standaardsjabloon, waarbij deze over een langere periode aangehouden wordt, zodat de therapeuten wennen aan de manier van verslaglegging. Daarbij is het van belang dat therapeuten wel meegaan met de huidige ontwikkelingen. Echter dient er rekening te moeten worden gehouden met de bijkomende onrust die vernieuwing teweeg kan brengen.

Tevens wil ik de aanbeveling doen om af te zien van het model met de observatievragen, omdat deze ineffeciënt werkt en meer een verplichting is voor de therapeuten dan een helpende vorm om het verslagleggen efficiënter te maken. Daarom zou ik willen pleiten voor een nieuwe manier van verslaglegging, namelijk aan de hand van observatiethema's. Daarbij hoeft de therapeut niet lang na te denken over de formulering van de observatievraag, maar noemt de therapeut het thema onder een kopje, en vult daarbij zijn of haar observaties in. Dit alles vormt zich tot één geheel. Wanneer de gedragswetenschapper, begeleiding of omgeving daar vragen over heeft, kan de therapeut ze doorverwijzen naar de literatuurlijst uit het observatiemodel.
Er zijn nieuwe sjablonen ontwikkeld voor het beschrijven van de verslagen (zie bijlage: 'sjabloon verslagen'). Het zou daarin waardevol zijn om deze ook direct toe te passen. Naast dit onderzoek zou een effectmeting van toegevoegde waarde zijn bij het observatiemodel. De samenvoeging van de effectmeting met het theoretisch onderzoek, zou het observatiemodel kracht bij doen zetten.

Literatuurlijst

- Andel, C. (2000) *Weerbaarheid. Baas over mijn eigen lijf.* Nunspeet: Stichting Philadelphia zorg.
- Arendshorst, D. (2002) *Psychische problemen de baas*. Den Haag: Consumentenbond
- Boer, S. de, Biemond, L. *Hoe ga je om met spanningssignalen. Voor gerontopsychiatrische cliënten en anderen met spanningsklachten.* Zwolle
- Cohen, J., Mannarino, A., Deblinger, E. (2008) *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten. Met de methode Traumagerichte Cofnitieve Gedragstherapie.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Dam, A. van e.a. (2009) *Niet meer door het lint.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Diekstra, R. (1999) *Ik kan denken/voelen wat ik wil*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Dijkstra, P. (2003)*Verlegen. Meer zelfvertrouwen leren.* Utrecht: Het Spectrum
- Elsenaar, I. e.a. (2007) *Terugvalmanagment bij verslaving* in: 'Verslaving'- Volume 3,number2
- Egberink, A., Mulder, M., Kortum, J. (2008) *Samen misbruik de baas. Lotgenotengroep voor vrouwen met een verstandelijke beperking.* Utrecht: Movisie
- Emck, C. (1996) Een diagnostische procedure voor psychomotorische therapie. In: Lange, J. de (red) (2005). *Een vak apart. Artikelen over psychomotorische therapie.* Utrecht: 't Web – Netwerk rondom Bewegen.
- Emck, C. (en meer). *Opvallend, onhandig, onbesuisd of onzeker?* In: J. de Lange (red.) (2010) Psychomotorische Therapie *lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ.* Amsterdam: Boom
- Emck, C. (1998) *Stress management training voor jongeren met psychotische stoornissen. Een handleiding voor trainers en therapeuten.* Leuven: Acco Andriessen, S., Kaaskoper, M. (2003) *De registratie richtlijn beroepsgebonden burnout/overspanning onder de loep.* Corvu 28Jeffrey, S. e.a. (2008) *Psychiatrie, een inleiding*. Benelux: Pearson Education Arendshorst, D. (2002) *Psychische problemen de baas*. Den Haag: Consumentenbond
- Emmelkamp, P. e.a. (1995) *Angst, fobieën en dwang. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Feijen, R.M. (2005) *Rouwverwerking bij kinderen op verschillende leeftijden.* Tilburg: Universiteit – Departement Kinder- en Jeugdpsychologie
- Fellinger, P., Maliepaard, G., Tummers, H. (1999) *Psycho-motorische assertiviteitsmodule. Een geprotocolleerde, individuele therapie met effectmeting.* Assen: NVPMT
- Gils, T. van (2000) *Verlies & Rouw. Confrontatie bij rouw.* Baarn: Nelissen
- Govaerts, J.M. (2007) *Hechtingsproblemen in gezinnen. Integratie van de hechtingstheorie in het systeemtherapeutisch model.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Heeringen, C. van (red.) (2007) *Handboek suïcidaal gedrag.* Utrecht: de Tijdstroom
- Vianen, G., Meijerink, R. (2008) http://www.stg.nl/dynamic/media/1/files/Publicaties/2712-Notitie-Innovatie-samen-waarderen-def.pdf (15-4-2011)
- Jeffrey, S. e.a. (2008) *Psychiatrie, een inleiding*. Benelux: Pearson Education
- Kalisvaart, H. *Mijn lichaam zegt me (n)iets* In: J. de Lange (red.) (2010) Psychomotorische Therapie *lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ.* Amsterdam: Boom

- Koeter, M., Ooyen, M. van (2009) *Verslavingszorg in justiteel kader: Drang en dwang* in: 'Verslaving'- Volume 5, number 3
- Kog, M., Moons, J. (1999) *Een doos vol gevoelens. Handleiding.* Leuven: Centrum voor ErvaringsGericht Onderwijs – V.Z.W.
- Kool, J., Krot, H. *Weerbare kinderen, betrokken ouders.* In: J. de Lange (red.) (2010) Psychomotorische Therapie *lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ.* Amsterdam: Boom
- Kool, J. (2000) *Ho, tot hier en niet verder…! Training in sociale weerbaarheid voor kinderen van 7 tot 12 jaar en hun ouders.* Leuven: Akko
- Kraak, K. *Psychomotorische therapie in de multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen.* In: J. de Lange (red.) (2010) Psychomotorische Therapie *lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ.* Amsterdam: Boom
- Kudding & Partners (2006)*Training persoonlijke weerbaarheid*. Monnickendam: Kudding & Partners BV
- Leenders – van den Berkmortel, M. (en meer)*. Agressieregulatie in de verslavingszorg.* In: J. de Lange (red.) (2010) Psychomotorische Therapie *lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ.* Amsterdam: Boom
- Linden, P. van der e.a. (2002) *Het erkende lichaam. Over lichaamsgerichte therapie voor jongens en mannen die seksueel misbruikt zijn.* Transact
- Mataheru, A. (2008) *Psychomotorische therapie in de verslavingszorg* in: 'Verslaving'- Volume 4, number 4
- Mittendorff, C., Muller, E. (2004) *Ik ben er kapot van. Over psychotrauma en de verwerking van schokkende gebeurtenissen.* Amsterdam: Boom
- Morfouace, M. *Behandeling van seksueel misbruik van kinderen met een verstandelijke handicap.* In: J. de Lange (red.) (2010) Psychomotorische Therapie *lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ.* Amsterdam: Boom
- Muller, F. (2006) *Theorie en methodieke verbale agressiepreventie en –hantering*. Monnickendam: Kudding & Partners BV
- Redl, F., Wineman, D. (1977)*De behandeling van het agressieve kind.* Utrecht: Bijleveld
- Rekkers, M., Schoemaker, E. (red) (2002) *Gewichtige lichamen. Lichaamsbeleving en eetstoornissen.* Leuven: Acco Roemen - van Haren, M. *Anders denken en doen.* In: J. de Lange (red.) (2010) Psychomotorische Therapie *lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ.* Amsterdam: Boom
- St. GGz Groningen, st. Adhesie Deventer (1998) *VERS – Vaardigheidstraining Emotionele Regulatie Stoornis*
- Vaesen, G. (2004) *Als hechten moeilijk is. De rode draad uit het verleden.* Apeldoorn: Garant
- Vergheugt-Pleiter, J.E. (2009) in: *Mentaliseren in kindertherapie.* Assen: Koninklijke van Gorcum
- Weijers A., Penning, P. (2003) *Het leven duurt een leven lang. Een boek om kinderen en jongeren te helpen bij een verlies.* Nijmegen: Weijers
- Wiers, R. (2007) *Slaaf van het onbewuste. Over emotie, bewustzijn en verslaving.* Amsterdam: Bert Bakker
- Wiesme, J. e.a. (2008) *De effectiviteit van virtual reality exposure therapy voor hoogtevrees in de klinische praktijk.*
- Ykema, F. (2009) *Het Rots en Water perspectief. Een psychofysieke training voor jongens. Basisboek.* Amsterdam: Uitgeverij SWP B.V.

Bijlagen

Inhoudsopgave

Sjabloon verslagen 26

Intakeverslag 26

Behandelverslag 28

Overdenkingen 30

Visie Observatiemodel 30

Achtergrondinformatie 31

Behandeldoelen 31

Thema's 33

Observatievragen 36

Sjabloon verslagen

Intakeverslag

INTAKEVERSLAG CT/PMT
Datum:
Intaker:
Naam cliënt:
Geboortedatum:
Verwijzer:
Contactpersoon:
Aanwezig:

net iets inkorten, zodat de hele tabel op je pagina past

HULPVRAAG:
.....
.....
.....
.....
.....

REDEN VAN AANMELDING:
Cliënt (last/beleving, stressoren, probleemhantering)
.....
.....
Verwijzer/omgeving (context, frequentie, aard, gevolgen, incidenten)
.....
.....
.....

BEELDVORMING
Lichamelijke condities (beperkingen, verzorging, uiterlijk)
.....
.....
Mentale condities (cognitief, sociaal/emotioneel, diagnose)
.....
.....
Contact (verbaal/non-verbaal, lichaamstaal)
.....
.....

HULPVERLENINGSVERLEDEN
.....
.....

SOCIAAL NETWERK
Woonsituatie/dagbesteding/sociale contacten
.....
.....

BESCHERMENDE FACTOREN
.....
.....

OVERIG
.....
.....

HYPOTHESE PROBLEEMSTELLING
Doelen, verwachtingen cliënt
.....
.....
Doelen, verwachtingen therapeut
.....
.....

THERAPIE:	
Motivatie:	*(cijfer)*
Voorkeur PMT/CT:	*PMT/CT*
Voorkeur man/vrouw:	*Man/Vrouw*
Product:	*Individueel/groep*

Behandelverslag

FORMULIER

Formulieronderwerp

OBSERVATIEVERSLAG AMBULANTE VAKTHERAPIE AVELEIJN

ALGEMENE GEGEVENS	
Naam cliënt	: N.N.
Geboortedatum	: ../../20..
Contactpersoon	: N.N.
Verwijzer	: N.N.
Naam behandelaar	: N.N.
Observatieperiode:	: ../../20.. - ../../20..
Datum observatiebespreking:	: ../../20..

HULPVRAAG:

Hier wordt de hulpvraag van de cliënt ingevuld, komend uit het aanmeldformulier. Eventueel aanvullende hulpvraag vanuit de intake.

OBSERVATIETHEMA'S:

Hier worden de observatiethema's ingevuld komende uit het observatiemodel. Deze worden door de therapeut zorgvuldig geselecteerd aansluitend bij de hulpvraag van de cliënt.

Er is geobserveerd op de volgende thema's passend bij de hulpvraag:

-
-
-
-
-

BESCHRIJVING OBSERVATIE:

Hier wordt het verloop van de observatie beschreven. In deze beschrijving neemt de therapeut de observatiethema's mee, en de daarbij geformuleerde conclusies.

Formulieronderwerp

OBSERVATIEVERSLAG AMBULANTE VAKTHERAPIE AVELEIJN

CONCLUSIE EN ADVIES
Hier schrijft de therapeut de conclusie en behandelmogelijkheden vanuit de beeldvorming van de cliënt tijdens de observatieperiode.

BEHANDELDOELEN:
De therapeut formuleert hier behandeldoelen indien er wordt gekozen voor behandeling
1.
2
3
4
5

AFSPRAKEN OBSERVATIEBESPREKING
Vanuit de observatiebespreking worden eventuele bijzonderheden en/of afspraken hier genoemd.

KOPIE AAN:
Hier wordt vermeld aan wie het verslag gestuurd dient te worden.

Overdenkingen

Visie Observatiemodel

De cliënt komt binnen met een hulpvraag. Er gaat iets niet goed, waardoor de cliënt of omgeving last ervaart. Deze hulpvraag is thema gerelateerd. Binnen dit thema doen zich verschillende deelgebieden voor. In de observatie wordt onderzocht op welke deelgebieden last wordt ervaren aan de hand van observatievragen. Hieruit volgt waar de grondslag ligt voor de hulpvraag. Vanuit daar kan er een behandeldoel worden geformuleerd en kan behandeling worden vorm gegeven.

Hulpvraag

(Er gaat iets niet goed)

Thema
(wordt bepaald in de intake)

Deelgebieden

(wordt bepaald in observatie)

- Er wordt last ervaren
- Onderzoeksvragen

Oorzaak/Grondslag

Behandeldoel

Behandeling

Achtergrondinformatie

Behandeldoelen

Onderstaande behandeldoelen zijn geformuleerd in de verschillende dossiers en samengevoegd tot de volgende kernwoorden.

Denken, voelen, handelen
Inzicht
Integratie

Gevoelens
Bewustwording - Ja/Nee gevoel - Basisemoties (Meter)
Aangeven (met hulp) -Verbaal/Nonverbaal
Aanleren gedragsalternatieven
Emoties -Herkennen - Accepteren - Relativeren - Uitbereiden - Mee omgaan * Wisselende emoties (VERS) * Benoemen * Hanteren (Frustratie, teleurstelling)

Zelfbeeld
Eigenheid -Ontwikkelen * Standpunten ontdekken en woorden aan geven
Keuzes maken
Voor jezelf opkomen
Inzicht in eigen gedrag
Minder hoge eisen stellen
Zelfvertrouwen -Vergroten -Zelfacceptatie - Ontwikkelen * Sterke kanten ontdekken * Trots zijn

Lichaamssignalen
Herkennen
Benoemen
Uitbreiden

Grenzen
Fysiek
Herkennen van lichaamssignalen -Herkennen - Benoemen - Uitbreiden
Aangeven (met hulp)
Bewaken

Verleden
Verwerken van trauma -Hier en nu - Ordenen en afsluiten
Aandacht en gevoelens

Bewegingsactiviteit
Positief effect
Aangaan

Sociale omgeving
Makkelijk vrienden maken
Vrienden onderhouden
Verbeteren relatie
Leren omgaan met onduidelijkheid
Leren omgaan met verandering
Afstand/Nabijheid - Zicht op moeite - Veiligheid ervaren

Beperking
Accepteren
Mogelijkheden onderzoeken

Contact
Opbouwen vertrouwensrelatie
Positief ervaring
Afstemmen
Hulp vragen en aanvaarden

Spanning
Inzicht in fases
Grip krijgen op
Spanningsmeter
Signaleringsplan
Copingmechanisme aanleren

Angst
Verkennen
Verwerking

Weerbaarheid
Vergroten

Ontspanning
Rust krijgen in zichzelf

Psycho-educatie
Interactie
Communicatie -Invloed van houding
Interpretatie
Seksualiteit - Beeldvorming - Verschillen

Rouwverwerking

Copingmechanisme
Denken, dan pas doen
Nieuwe copingmechanisme ontdekken

Cognities
Negatieve cognities herkennen
Opbouwen positieve cognities
Uitbreiden van vaardigheden

Thema's

Binnen de reeds aanwezige producten (vormen van therapie), werd uitgezocht wat thema's zijn en welke doelen hierbij horen.

Naam	Doelen	Thema's
Werk aan eigen winkel	• Ego versterking. • Weerbaarder worden. • Hanteren van eigen en andermans gevoelens. • Leren over en omgaan met veranderende levensfases.	- eigen ruimte, - competentie, - grenzen, - assertiviteit, - omgaan met kritiek, - lichaamsbeleving, - relatievorming.

Naam	Doelen	Thema's
Weerbaarheidsgroep	• Dat hij/zij zich sterker gaat voelen en tegen andere mensen durft te zeggen wat hij/zij wil of niet wil • Dat hij/zij dat dan ook vol kan houden • Dat hij/zij beter zijn eigen kracht kent en durft te gebruiken • Dat hij/zij eigen grenzen beter kan voelen en aangeven • Dat hij/zij beter in staat is situaties te herkennen die 'niet goed' voor hem zijn (nee-gevoel)	- kennismaken - ruimte innemen, kracht - omgaan met angsten/ emoties - contact, relaties met vrienden/vriendinnen - bewust worden van eigen lijf, wat is prettig/onprettig - aanraken, veiligheid, grenzen, vertrouwen - nee zeggen, op eigen benen staan - aanvallen, verdedigen, afreageren

Naam	Doelen	Thema's
Samenspelgroep	• Vergroten van sociale vaardigheden (vb. overleggen, omgaan met conflicten, contact maken) • Vergroten van het zelfvertrouwen (vb. trots zijn op jezelf, ontdekken van eigen mogelijkheden, beperkingen en wensen) • Vergroten van weerbaarheid (vb. opkomen voor jezelf, herkennen van nee gevoel)	

Naam	Doelen	Thema's
Jeugdgroep	• Vergroten van sociale vaardigheden (vb. overleggen, omgaan met conflicten, contact maken, herkennen van je eigen en andermans emoties) • Vergroten van het zelfvertrouwen (vb. ontdekken van eigen mogelijkheden/ beperkingen en aangeven van eigen wensen) • Vergroten van weerbaarheid (vb. opkomen voor jezelf, herkennen van grenzen, herkennen van lichaamssignalen)	

Naam	Doelen	Thema's
Emotieregulatie groep	• Bewust worden van eigen gevoelens. • Deze gevoelens op sociaal aanvaarde wijze leren hanteren	

Naam	Doelen	Thema's
Individuele therapie	• Verminderen of wegnemen van de klachten. • Vergroten van de draagkracht, egoversterking.	

Naam	Doelen	Thema's
Op eigen wijze	• Ego versterking. • Weerbaarder worden. • Hanteren van eigen en andermans gevoelens. • Leren over en omgaan met veranderende seksualiteit.	- eigen ruimte, - competentie, - grenzen, - assertiviteit, - omgaan met kritiek, - lichaamsbeleving, - relatievorming - seksualiteit.

Naam	Doelen	Thema's
Stop-denk-doe	▪ Accepteren van een voorgestructureerde omgeving ▪ Leren gebruik maken van deze structuur en merken dat dingen daardoor beter lukken ▪ Leren herkennen van de prikkels die leiden tot druk gedrag ▪ Leren stil te staan bij de eigen lichaamssignalen bij spanning en rust ▪ Leren zelf te handelen in de volgorde "Stop-Denk-Doe" ▪ Ontwikkelen van een positiever zelfbeeld ▪ Verbeteren van het omgaan met de problemen a.g.v. de ADHD, vooral in het contact met leeftijdsgenootjes	- eigen plek, - grenzen, - eigen kracht, - emoties en gevoelens, - relaties en samenwerken, - lichaamsbeleving, - intimiteit.

Naam	Doelen	Thema's
Lotgenoten	• delen van ervaringen, herkenning en erkenning van eigen problematiek • hanteren van eigen en andermans gevoelens • leren kennen van jezelf, herkennen van eigen valkuilen • verkrijgen van inzicht, vertrouwen en vaardigheden rondom contact maken met anderen • leren voelen en aangeven van eigen grenzen, weerbaarder worden • ontwikkelen positiever zelfbeeld. • controle krijgen over jezelf en je reacties	

Observatievragen

Algemeen

1. Is het mogelijk om tot activiteiten met cliënt te komen?
2. Is er sprake van langdurige overvraging?
3. Op welke gebieden sluit PMT aan bij de cliënt, en waarin niet?
4. Op welke manier en waarom zou je PMT aan de cliënt bieden (groep/individueel)?
5. Kan de groep een bijdrage leveren aan de hulpvraag van cliënt? Wordt de hulpvraag binnen de groep herkend?
6. Is cliënt in staat afspraken na te komen?
7. Staat de cliënt open voor therapie/therapeut?
8. Is de cliënt gemotiveerd voor therapie?
9. Wat geeft de cliënt zelf aan als hulpvraag/werkdoel? Heeft de cliënt daar zicht op?
10. Wat is er nodig om een vertrouwde werkbasis te ontwikkelen tussen cliënt en therapeut?
11. Kan er een ontwikkeling in gang gezet worden/ is de cliënt leerbaar
12. Welke manieren van overdracht zijn nodig om de transfer te bewerkstelligen tussen therapie-situatie en dagelijks leven?

Zelfbeeld

13. Wat zijn overtuigingen over zichzelf, idee krijgen m.b.t. vermogen tot leren/ontwikkelen (met oog op uitbreiden van copingvaardigheden).
14. Heeft cliënt een mening, visie of ideeën over zaken?
15. Is er een acceptatie probleem betreffende de beperking van zijn hand? Herkenning/erkenning?
16. Meer inzicht in stoornis.
17. *Hoe is het zelfbeeld/zelfvertrouwen/identiteitsontwikkeling?*
18. Waarin ervaart de cliënt moeite bij het opkomen voor zichzelf?
19. Op welke wijze kunnen we cliënt ondersteunen om meer zelfacceptatie te ontwikkelen?

Oplossing

20. Hoe pakt cliënt een ingewikkelde opdracht aan (met kijk op impulsieve gedrag – STOP-DENK-DOE)?
21. Is cliënt in staat oplossingen te bedenken en hulp te vragen?

Sociaal

22. Heeft cliënt voldoende sociale vaardigheden?
23. Hoe zit het met het sociale netwerk van de cliënt?
24. Op welke wijze gaat de cliënt om met afstand/nabijheid?

Emoties

25. Is de cliënt in staat om eigen/andermans emoties herkennen en deze te definiëren
26. Is de cliënt in staat om eigen emoties te uiten (verbaal/non-verbaal)? (d.m.v. Ja/Nee gevoelens en/of spanningsmeter)

Grenzen

27. Is de cliënt in staat om eigen/andermans grenzen te herkennen?
28. Is de cliënt in staat om eigen/andermans grenzen te uiten?
29. Is de cliënt in staat lichaamssignalen te herkennen en deze te definieren? Op welke wijze (aanwijzen, benoemen).

Trauma

30. In hoeverre ervaart cliënt last door verleden/g ebeurtenis?
31. Inschatting maken van de draagkracht en mogelijkheden voor verwerking en op welk niveau?

Seksualiteit

32. bekijken op welke manier cliënt seksuele voorlichting kan volgen en opnemen.

Veiligheid

33. Op welke manier is de cliënt in staat om voor zijn eigen en de veiligheid van anderen te zorgen?

Communicatie

34. Welke communicatieve vaardigheden bezit de cliënt?

Overig

35. Welke copingsstrategie hanteert client?
36. Hoe zijn de cognitieve vermogens van cliënt?
37. Is er mogelijk sprake van een persoonlijkheidsstoornis?
38. Is er verbinding te leggen tussen zijn ratio en beleving (w.b. zijn angst)
39. Wat betekent geremdheid voor cliënt?
40. Welke signalen van de problematiek zijn binnen de observatie zichtbaar?
41. Zicht krijgen op patroon van Denken-Voelen-Handelen.
42. Wat voor activiteiten doen cliënt goed, waar krijgt ze energie van, wat kan haar piekeren of sombere stemming doorbreken?