

Problematisch gedrag in de (kinder)fysiotherapiepraktijk



Fontys opleidingscentrum Speciale Onderwijszorg Sittard,
Leerroute: gedragsspecialist

Nicole Maas en Hettie Herber
Sittard, 2010

Problematisch gedrag in de (kinder)fysiotherapiepraktijk

Nicole Maas en Hettie Herber

Meesterstuk in het kader van de opleiding Master SEN
Leerroute: gedragsspecialist
Begeleidend docent: Mayke Reumkens
Fontys opleidingscentrum Speciale Onderwijszorg Sittard,

Sittard, juli 2010

Inhoudsopgave

Voorwoord	6
1. Inleiding	7
1.1 Korte beschrijving onderzoek	7
1.2 Korte beschrijving van persoonlijke leervragen	7
1.2.1 Eigen leervragen met betrekking tot het inhoudelijk domein van het onderzoek	7
1.2.2 Eigen leervragen met betrekking tot het leren onderzoeken en het onderzoekend leren	8
1.3 Korte omschrijving van ieder hoofdstuk	9
2. Vraagstelling onderzoek	10
2.1 Oriëntatie op het onderwerp	10
2.2 Onderzoekbaarheid van het onderwerp	10
2.3 Wat is reeds bekend over het onderwerp	10
2.4 Aanleiding voor het onderzoek	11
2.5 Draagvlak voor het onderzoek	11
2.6 Antwoord op het onderzoek	11
3. Verantwoording van de vraagstelling	12
3.1 Operationalisatie van de vraagstelling	12
3.2 Praktische relevantie van het onderzoek	13
3.3 Theoretische relevantie van het onderzoek	14
3.4 Opbrengst van het onderzoek	14
4. Onderzoeksstrategie en theoretisch kader	15
4.1 Onderzoeksfunctie en onderzoeksstrategie	15
4.2 Theoretisch kader en conceptueel model	16
4.2.1 Theoretisch kader vraagstelling	16
4.2.2 Theoretisch kader theorieën, concepten en modellen	17
4.2.2.1 Inclusie	17
4.2.2.2 Ouderbetrokkenheid	18
4.2.2.3 Onderwijssystemen	18
4.2.2.4 Passend onderwijs	19
4.2.2.5 Handelingsgerichte diagnostiek	19
4.2.2.6 Handelingsgericht werken	20
4.2.2.7 Oplossingsgericht werken	20
4.2.2.8 Begeleidingsmodellen	20
4.2.2.9 Concepten	21
4.2.2.10 Verklaringsmodellen	22
4.3 Toelichting op keuzes en vooronderstellingen	23

5. Methode	24
5.1 Doelgroep van het onderzoek	24
5.2 Deelvragen	24
5.3 Onderzoeksplanning	25
5.4 Data – verzameling	25
5.4.1 Ontwikkeling van de enquête	26
5.4.2 Ontwikkeling van de vragenlijst voor het diepte-interview	27
5.4.2.1 Interviewtechniek	28
5.4.3 Data – verzameling vanuit casuïstieken	28
5.5 Data – analyse	29
5.6 Resultaten van het onderzoek per deelvraag	29
5.7 Interpretatie van de resultaten	33
5.7.1 Betrouwbaarheid	33
5.7.2 Validiteit	34
5.7.2.1 Methodetriangulatie	35
5.7.2.2 Bronnentriangulatie	35
6. Conclusies en aanbevelingen	36
6.1 Conclusies	36
6.1.1 Conclusies centrale onderzoeksvraag	36
6.1.2 Conclusies deelvragen	37
6.1.2.1 Conclusies deelvraag 1	37
6.1.2.2 Conclusies deelvraag 2	37
6.1.2.3 Conclusies deelvraag 3	38
6.2 Aanbevelingen	38
6.2.1 Aanbevelingen ten aanzien van het organisatorisch beleid	38
6.2.2 Aanbevelingen ten aanzien van de individuele onderzoeks- en/of behandelsituatie	40
6.2.3 Aanbevelingen ten aanzien van groepsbehandelingen	44
6.3 Vervolgtraject	46
6.4 Vervolgonderzoek	47
7. Discussie en reflectie	48
7.1 Discussie onderzoek	48
7.1.1 De aanpak van het onderzoek	48
7.1.2 De uitvoerbaarheid van het onderzoek	48
7.1.3 De acceptatie van het onderzoek	49
7.1.4 De effectiviteit van het onderzoek	49
7.1.5 De eigen tevredenheid over het onderzoek	49
7.2 Reflectie op het eigen leerproces van Nicole Maas	50
7.2.1 Inleiding	50
7.2.2 Reflectie op basis van de Dublin Descriptoren	51
7.3 Reflectie op het eigen leerproces van Hettie Herber	53
7.3.1 Inleiding	53
7.3.2 Reflectie op basis van de Dublin Descriptoren	54
8. Samenvatting	57

Literatuurlijst	59
Bijlage 1: Inclusie	61
Bijlage 2: Vragenlijst Index voor inclusie	63
Bijlage 3: Zelfscan	65
Bijlage 4: Schema onderwijzorgsysteem	66
Bijlage 5: Passend onderwijs	70
Bijlage 6: Figuren motivatietheorieën	72
Bijlage 7: Tijdsplanning	73
Bijlage 8: Enquête	75
Bijlage 9: Resultaten enquête	79
Bijlage 10: Interview	95
Bijlage 11: Uitwerking interviews	97
Bijlage 12: Intakeformulier	100
- Begeleidende brief	
- Intakeformulier	
Bijlage 13: Signaleringslijsten en observatieformulieren	109
- Overzicht van signalen die op een stoornis uit het autismespectrum kunnen duiden	
- Signaleringslijst faalangst	
- Signaleringslijst motorische faalangst	
- Tijdsteekproef - formulier	
- Verkorte CTRS-lijst	
- Versterkersmenu	
- Vragenlijst omgevingsfactoren concentratie voor de (kinder)fysiotherapeutische werksetting	
Bijlage 14: Beertjes van Meichenbaum	119
Bijlage 15: Kids' Skills	122
Bijlage 16: Groepsbehandeling	128
Bijlage 17: Teamcoaching	132

Voorwoord

Dit meesterstuk is geschreven in het kader van de Master opleiding Special Educational Needs, leerroute gedragsspecialist aan de Fontys Hogeschool te Sittard en is het resultaat van een praktijkonderzoek dat als afstudeeropdracht door ons is opgezet en uitgevoerd.

Wij zijn beide fysiotherapeut en al geruime tijd werkzaam met kinderen in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk te Brunssum. Steeds meer kinderen die wij zien met bijvoorbeeld motorische problemen, vertonen problematisch gedrag.

Het op een goede manier om kunnen gaan met dit gedrag was voor ons de aanleiding tot het volgen van deze opleiding en diende als uitgangspunt voor ons praktijkonderzoek dat hiervan een onderdeel is.

Het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van het meesterstuk had veel weg van het beklimmen van een berg. De start was in ons geval het formuleren van de centrale onderzoeksvraag. Tijdens de klim naar boven dreigde de expeditie af en toe vast te lopen en de top, in dit geval het overzicht van gedragsbeïnvloedende interventies, was nog heel ver weg en in nevelen gehuld. Soms maakten we enorme stappen vooruit maar geregeld moesten we ook weer stappen terug.

Maar door in overleg met elkaar te blijven, hebben we alle obstakels van de berg kunnen overwinnen en uiteindelijk de top bereikt.

Dit alles was ons niet gelukt zonder de hulp van vele anderen.

Wij willen op deze plek dan ook een woord van dank uitspreken naar onze echtgenoten en kinderen die ons de afgelopen twee jaar hebben gesteund en bijgestaan in het beklimmen van de berg. Ook zij hebben tijdens onze expeditie de nodige ontberingen moeten doorstaan.

Daarnaast willen wij Mayke Reumkens, onze begeleidster bedanken, omdat zij ons tijdens onze expeditie steeds heeft bijgestaan en met raad en daad ondersteund.

Verder bedanken wij onze critical friends, Inge Straaten (docent Fontys OSO), John Jeninga (OU RdMC, docent fontys OSO), Raymond Ostelo (epidemioloog VUMC), Wil Moonen (kinderfysiotherapeut De Bundeling) en alle anderen die ons geholpen en gesteund hebben. Een extra woord van dank willen wij richten aan de docenten van Fontys OSO, omdat zij ons binnen deze opleiding voor het onderwijs, de ruimte gegeven hebben er een meesterstuk gericht op de fysiotherapie van te maken.

Nicole Maas en Hettie Herber

Brunssum, juli 2010

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven waar het door ons uitgevoerde onderzoek over gaat en waarom wij voor dit onderwerp gekozen hebben.

1.1 Korte beschrijving onderzoek

Steeds vaker zien wij kinderen in onze (kinder)fysiotherapiepraktijk die naast motorische problematiek ook problematisch gedrag laten zien. Tijdens de begeleiding van deze kinderen ervaren wij regelmatig handelingsverlegenheid. Dit gegeven vormde de basis voor onze onderzoeksvraag. We wilden onder andere te weten komen of collega (kinder)fysiotherapeuten ook handelingsverlegenheid ervaren tijdens het onderzoek en de behandeling van deze kinderen en hoe zij met het gedrag van deze kinderen omgaan, met andere woorden hoe proberen zij om, ondanks dat er sprake is van problematisch gedrag, de fysiotherapeutische behandeldoelen te bereiken?

Ons uiteindelijke doel was om een overzicht van gedragsbeïnvloedende interventies samen te stellen dat toepasbaar is binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk.

1.2 Korte beschrijving van persoonlijke leervragen

Onze eigen leervragen met betrekking tot het inhoudelijke domein van het onderzoek en onze leervragen met betrekking tot leren onderzoeken en onderzoekend leren worden hier kort beschreven.

1.2.1 Eigen leervragen met betrekking tot het inhoudelijk domein van het onderzoek

Bij aanvang van de Master opleiding Special Educational Needs studierichting gedragspecialist hebben wij doelen geformuleerd voor ons Persoonlijk Ontwikkelingsplan (POP) en ons Persoonlijk Activiteiten Plan (PAP). Deze doelen zijn onder meer bereikt door het uitvoeren van dit praktijkonderzoek. Onze centrale leervraag was hoe wij binnen de (kinder)fysiotherapie met problematisch gedrag van kinderen kunnen omgaan. Deze centrale leervraag is terug te zien in de centrale onderzoeksvraag van dit meesterstuk.

De leerdoelen waar wij binnen onze POP en PAP aan gewerkt hebben, dragen bij aan het beantwoorden van deze centrale leervraag.

Hieronder volgt de beschrijving van de ontwikkelingsdoelen en ontwikkelingsactiviteiten waaraan door ons gewerkt is in het kader van de opleiding. Tevens beschrijven wij de gewenste resultaten en de planning.

Ontwikkelingsdoelen

Wij wilden door het volgen van deze opleiding kennis en inzicht verkrijgen over gedragsstoornissen en gedragsproblemen bij kinderen.

Tevens wilden wij leren hoe we de verkregen kennis, inzichten en concrete interventies met betrekking tot gedragsproblemen en gedragsstoornissen bij kinderen in de (kinder)fysiotherapiepraktijk konden toepassen.

Aanvullend hierop wilden wij pedagogische en didactische vaardigheden ontwikkelen die ons in staat zouden stellen gedragsbeïnvloedende interventies op een goede manier toe te passen in de (kinder)fysiotherapiepraktijk.

Ontwikkelingsactiviteiten

In het kader van de ontwikkelingsactiviteiten hebben wij de colleges binnen de Master opleiding Special Educational Needs studierichting gedragsspecialist, gevolgd. Ook hebben we in het kader van deze opleiding en het meesterstuk een uitgebreide literatuurstudie uitgevoerd.

Binnen de geïntegreerde casuïstieken hebben wij kinderen begeleid volgens de principes van de handelingsgerichte diagnostiek en het handelingsgericht werken.

Het uitvoeren van dit praktijkonderzoek was ook een van de ontwikkelingsactiviteiten.

Gewenste resultaten

De door ons gewenste resultaten zoals deze in onze POP en PAP werden uitgewerkt zijn onder meer het creëren van een optimale (kinder)fysiotherapeutische behandelsituatie waarbinnen, ook bij een kind met problematisch gedrag, de fysiotherapeutische behandeldoelen behaald kunnen worden, als ook het kunnen bieden van ondersteuning en begeleiding aan het kind met problematisch gedrag en zijn omgeving, zoals ouders en school.

Planning

De zes geïntegreerde casuïstieken zijn uitgevoerd in de periode september 2008 tot en met februari 2010.

Het lezen van literatuur heeft plaats gevonden gedurende de gehele opleiding.

Het uitvoeren van het praktijkonderzoek en het analyseren van de data heeft plaatsgevonden in de periode oktober 2008 tot en met december 2009.

Het schrijven van het meesterstuk vond plaats van januari 2010 tot en met juni 2010.

Bewijzen voor behaalde resultaten

Er is een overzicht tot stand gekomen van gedragsbeïnvloedende interventies gericht op de (kinder)fysiotherapeutische werksetting. De resultaten van ons praktijkonderzoek zijn richtinggevend geweest voor dit overzicht.

1.2.2 Eigen leervragen met betrekking tot het leren onderzoeken en onderzoekend leren

Het ontwikkelen en laten zien van een onderzoekende houding is een van de speerpunten binnen Fontys OSO. Wij zijn van mening dat wij in dit meesterstuk laten zien dat wij deze competentie zeker hebben ontwikkeld.

Onze onderzoekende houding heeft zich ontwikkeld door onder andere nieuwsgierig, kritisch, leergierig en gemotiveerd te zijn. Wij zijn zelf en met hulp van onze begeleidster en critical friends op zoek gegaan naar antwoorden op de vragen die wij hadden. Dit hebben wij

onder andere gedaan door veel literatuur te bestuderen en goede, bruikbare informatie te verwerken in ons meesterstuk.

Daarnaast zijn we wekelijks samengekomen om te brainstormen, te discussiëren, van elkaar te leren, elkaar aan te vullen, te ondersteunen en ga zo maar door. Dit samen studeren was eigenlijk een vorm van reflectie op onszelf, op elkaar en op de producten die wij individueel en samen tot stand brachten.

Onze onderzoekende houding laat zich echter vooral zien in de manier waarop wij de aangereikte formats, opdrachten, lesstof en literatuur steeds weer hebben vertaald naar onze eigen werksetting. Wij hebben bijvoorbeeld een aantal pedagogische en didactische methodes die binnen het onderwijs gebruikt worden, vertaald naar en toegepast in de (kinder)fysiotherapeutische werksetting.

1.3 Korte omschrijving van ieder hoofdstuk

Hoofdstuk 1 omvat de inleiding waarin vooral onze persoonlijke leervragen met betrekking tot dit meesterstuk en onze onderzoekende houding beschreven worden.

Tevens wordt kort de inhoud van ieder hoofdstuk belicht.

In hoofdstuk 2 wordt de oriëntatiefase van het onderzoek beschreven. Onder meer de oriëntatie op het onderwerp, de onderzoekbaarheid van het onderwerp, de aanleiding voor het onderzoek en het draagvlak voor het onderzoek worden uitgewerkt.

In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksvraag geoperationaliseerd en wordt de praktische en theoretische relevantie van het onderzoek beschreven.

In hoofdstuk 4 beschrijven wij de onderzoeksfunctie, de onderzoeksstrategie en het theoretisch kader van ons onderzoek. Het theoretisch kader van de vraagstelling, maar ook van de in dit meesterstuk gebruikte theorieën, concepten en modellen, worden uitgewerkt. Inclusie wordt uitvoerig beschreven.

In hoofdstuk 5 gaan wij in op de methode van ons onderzoek. De doelgroep van het onderzoek wordt geformuleerd, deelvragen staan vermeld en de onderzoeksplanning is hier weergegeven. De data- verzameling en de data-analyse van het onderzoek worden in dit hoofdstuk beschreven. De resultaten en de interpretatie van de resultaten worden vermeld. Tevens komen in dit hoofdstuk de betrouwbaarheid en de validiteit van ons onderzoek aan bod.

In hoofdstuk 6 vermelden wij de belangrijkste conclusies van ons onderzoek. Wij beschrijven de interpretatie van de onderzoeksresultaten en we maken afwegingen op basis van deze resultaten. Ook geven we antwoord op de centrale onderzoeksvraag en op de geformuleerde deelvragen. Dit leidt tot een overzicht van gedragsbeïnvloedende interventies waarin aanbevelingen ten aanzien van het organisatorisch beleid, de individuele onderzoek- en/of behandelsituatie en aanbevelingen ten aanzien van groepsbehandelingen, uitgewerkt worden.

In hoofdstuk 7 wordt het onderzoek bediscussieerd en staat reflectie centraal. Er wordt gereflecteerd op: de aanpak van het onderzoek, de uitvoerbaarheid, de acceptatie, de effectiviteit en de eigen tevredenheid over het onderzoek.

Er wordt tevens gereflecteerd op het eigen leerproces.

Een korte samenvatting van het gehele onderzoek is te lezen in hoofdstuk 8.

2. Vraagstelling onderzoek

In dit hoofdstuk beschrijven wij de oriëntatiefase van het onderzoek.

2.1 Oriëntatie op het onderwerp

De belangrijkste vraag waar ons onderzoek antwoord op zou moeten gaan geven is de volgende:

Hoe begeleid ik binnen de (kinder)fysiotherapeutische werksetting een kind dat gedragsproblemen vertoont naar de zone van naaste motorische ontwikkeling?

Voorafgaand aan het formuleren van de onderzoeksvraag hebben we oriënterende gesprekken gevoerd met verschillende mensen, onder wie dhr. John Jeninga en verschillende collegae om te bespreken of dat wat we wilden onderzoeken goed te formuleren zou zijn in een onderzoekbare vraag.

Een uitvoerig gesprek heeft plaatsgevonden met collega Wil Moonen, werkzaam als kinderfysiotherapeut en verbonden aan onze praktijk. Samen hebben wij gesproken over de problemen waar we tegenaan lopen tijdens de fysiotherapeutische behandeling van kinderen die naast hun motorische problemen ook problematisch gedrag laten zien. Het onvoldoende kennis hebben van problematisch gedrag speelt daarbij een rol. De vraag hoe wordt er omgegaan met problematisch gedrag en is de aanpak gebaseerd op ervaring of theoretische onderbouwing, is volgens ons een interessante vraag om te onderzoeken bij collega (kinder) fysiotherapeuten.

2.2 Onderzoekbaarheid van het onderwerp

De conclusie is dat het onderwerp onderzoekbaar is.

Er is namelijk in de oriëntatiefase een concrete formulering van de onderzoeksvraag ontstaan die verder wordt uitgewerkt in hoofdstuk 3.

Het onderzoeksresultaat zal leiden tot verdieping van de kennis die door ons is opgedaan in onze vooropleiding (opleiding fysiotherapie) en de door ons tot nu toe gevolgde cursussen en studies in de behandeling/begeleiding van kinderen.

2.3 Wat is reeds bekend over het onderwerp

Er is veel informatie te vinden over gedrag van kinderen in al zijn facetten en in vele contexten. Over het algemeen zijn er echter bij (kinder)fysiotherapeuten nog veel vragen en onzekerheden over het omgaan met problematisch gedrag van kinderen binnen hun werk.

Over het onderwerp 'gedrag bij kinderen' zijn de afgelopen jaren verschillende studieavonden georganiseerd door de Regionale Vereniging van Fysiotherapeuten voor Kinderen (RVFK). Tijdens deze bijeenkomsten werden inzichten, die in aanmerking komen voor toepassing binnen de kinderfysiotherapie, gepresenteerd door deskundigen. Dit zijn meestal kinder- en jeugdpsychologen en orthopedagogen. Wij hebben geregeld

deelgenomen aan deze studieavonden waarvan ook hand-outs beschikbaar zijn. Tot nu toe missen wij echter in veel gevallen de vertaalslag van deze inzichten naar concrete fysiotherapeutische handelingsadviezen.

2.4 Aanleiding voor het onderzoek

De directe aanleiding voor het onderzoek is onze eigen hulpvraag ten aanzien van de problemen die we ervaren tijdens de (kinder)fysiotherapeutische begeleiding (onderzoek en behandeling) van kinderen met problematisch gedrag. Bijvoorbeeld het externaliserende gedrag van een kind met autisme en ADHD waarbij het bereiken van het fysiotherapeutisch behandeldoel, namelijk het verbeteren van de schrijfvaardigheid, bemoeilijkt wordt. Een ander voorbeeld is de motivatieproblemen die kunnen ontstaan bij chronisch zieke kinderen die langdurig fysiotherapeutische behandeling nodig hebben.

2.5 Draagvlak voor het onderzoek

Een interessante vraag is of onze eigen hulpvraag ook de hulpvraag van collegae is. Door informeel contact met collega (kinder)fysiotherapeuten kregen wij de indruk dat zij dezelfde problemen ervaren. Zij lopen tegen dezelfde problematiek aan en zitten ook verlegen om meer tips en adviezen omtrent de begeleiding van kinderen met gedragsproblemen binnen onze specifieke werksetting namelijk de (kinder)fysiotherapie. We rekenen op medewerking van directe collegae tijdens het onderzoek en op veel respons van collega (kinder)fysiotherapeuten uit andere praktijken zodat we het probleem in eerste instantie in kaart kunnen brengen en van daaruit verder kunnen werken aan het verhelderen en beantwoorden van de onderzoeksvraag.

2.6 Antwoord op het onderzoek

Na het uitvoeren van het onderzoek zou het ideale antwoord op de onderzoeksvraag zijn: Een overzicht van gedragsbeïnvloedende interventies die effectief in te zetten zijn in de (kinder)fysiotherapeutische praktijk. De bedoeling is dat deze interventies gaan leiden tot een afname van problematisch gedrag dat een remmende werking heeft op de effecten van de fysiotherapeutische behandeling. Dit zal tot gevolg hebben dat fysiotherapeutische behandeldoelen sneller en beter zullen worden bereikt. Zie de aanbevelingen in hoofdstuk 6.

3. Verantwoording van de vraagstelling

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksvraag geoperationaliseerd en de relevantie van het onderzoek beschreven.

3.1 Operationalisatie van de vraagstelling

Het ontwikkelen van de vraagstelling was een cyclisch proces. De aanvankelijke vraagstelling was het inventariseren en in kaart brengen van gedragsproblemen binnen de (kinder)fysiotherapie, waarna we tips en handvatten wilden ontwikkelen ter ondersteuning van ons eigen handelen binnen de (kinder)fysiotherapeutische begeleiding van kinderen met problematisch gedrag. Door ons te oriënteren op deze vraag kwamen wij tot de volgende definitieve onderzoeksvraag waarbij de zelfstandige en bijvoeglijke naamwoorden vet gedrukt zijn en de werkwoorden cursief:

Hoe *begeleid* ik binnen de **(kinder)fysiotherapeutische werksetting**, een **kind** dat **gedragsproblemen** *vertoont* naar **de zone van naaste motorische ontwikkeling**.

Hieronder volgt de operationalisatie van de verschillende onderdelen van de vraagstelling:

Begeleiden: Het hanteren van een dusdanige aanpak tijdens het onderzoek en de behandeling van het kind dat de ontwikkelingstaak waarvoor het kind zichzelf geplaatst ziet (Jeninga, 2008), namelijk het komen tot een zo optimaal mogelijke motorische ontwikkeling, opgelost kan worden.

(Kinder)fysiotherapeutische werksetting: Het onderzoek- en behandeltraject uitgevoerd door fysiotherapeuten die werken met kinderen, met als doel: “Het stimuleren van de optimale ontwikkeling van het kind bij motorische en functionele problemen in de ontwikkeling. In al zijn aspecten/domeinen wordt het bewegend functioneren als ingang/aangrijpingspunt genomen.” (Groothuis, 2010).

Kind: Kinderen binnen de leeftijd van het primair onderwijs, 4 tot 12 jaar.

Gedragsproblemen: Al het gedrag dat een kind laat zien en wat als problematisch ervaren wordt door de behandelend (kinder)fysiotherapeut.

Te denken valt hierbij onder andere aan oppositioneel gedrag van het kind op het moment dat hij ¹, tijdens de fysiotherapeutische behandeling, voor motorische taken komt te staan die hij (nog) niet beheerst. Dit oppositionele gedrag kan voortkomen uit een meer omvattende sociale en emotionele problematiek, welke in zijn geheel van invloed kan zijn op de motivatie en het leren van het kind (Jeninga, 2008).

Zie ook de voorbeelden zoals beschreven in paragraaf 3.2 en 3.3.

¹ Wij gebruiken de mannelijke persoon als het gaat om het kind. Dit kunnen zowel meisjes als jongens zijn.

Vertonen: Het concrete gedrag dat een kind laat zien tijdens de (kinder)fysiotherapeutische onderzoek- en behandelsituatie.

De zone van naaste motorische ontwikkeling: Fase van motorische ontwikkeling die je nog niet bereikt hebt, maar die wel binnen je bereik ligt.

Een voorbeeld is het nog niet beheersen van adequate evenwichtsreacties die gevraagd worden voor een complexe vaardigheid zoals fietsen op straat, op een leeftijd die binnen de 'normale' range valt. Uitgaande van deze definitie worden evenwichtsreacties die vereist zijn voor minder complexe vaardigheden wel beheerst. Fietsen is een complexe vaardigheid omdat er adequate evenwichtsreacties gevraagd worden in een situatie waarbij er een beroep gedaan wordt op meerdere systemen tegelijk, bijvoorbeeld het kind moet plannen waar hij naartoe gaat, zorgen dat hij de stoeprand niet raakt én het overige verkeer in de gaten houden.

In het eerste gedeelte van ons onderzoek willen wij inventariseren welke gedragsstoornissen en gedragsproblemen bij kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar in de (kinder)fysiotherapie praktijk gezien worden, in welke mate er mogelijk sprake is van handelingsverlegenheid en op welke wijze er met het gedrag van deze kinderen wordt omgegaan. Het resultaat hiervan zal richtinggevend zijn voor de ontwikkeling van gedragsbeïnvloedende interventies die in het tweede gedeelte van ons onderzoek worden uitgewerkt.

De zone van naaste motorische ontwikkeling wordt door ons buiten beschouwing gelaten in dit onderzoek.

3.2 Praktische relevantie van het onderzoek

Wij worden in toenemende mate geconfronteerd met kinderen die, naast problemen die behandelbaar zijn binnen de (kinder)fysiotherapie, ook te maken hebben met gedragsproblemen c.q. gedragsstoornissen.

Deze problemen kunnen het behalen van de fysiotherapeutische behandeldoelen in de weg staan. Het kind kan bijvoorbeeld tijdens de fysiotherapeutische behandeling, waarbij er onvoldoende aandacht is voor en inzicht in het gedragsprobleem, (ernstig) gestresst raken. Een ander voorbeeld is het tegelijkertijd voorkomen van meerdere risicofactoren voor probleemgedrag bij een kind, zoals het hebben van een lichamelijke handicap en autisme. De (kinder)fysiotherapeut zal zijn fysiotherapeutische behandeldoelen met betrekking tot de lichamelijke handicap willen behalen. Vaak ontwikkelen fysiotherapeutische behandelingen bij kinderen zich min of meer spontaan. De fysiotherapeut biedt oefenstof aan en er ontstaat een soort samenspel waarbij ook het kind zijn inbreng heeft. De fysiotherapeut biedt op enig moment een nieuwe uitdaging aan die aansluit bij het behandeldoel én de ontwikkeling binnen de behandeling op dat moment. Bij kinderen met autisme is er vaak sprake van een tekort aan sociale of emotionele wederkerigheid (Verhulst, 2002) waardoor er geen adequaat samenspel ontstaat. De kans is in dat geval groter dat er vanuit het behandelplan van de fysiotherapeut oefeningen worden aangereikt die niet aansluiten bij de beleavingswereld van het kind. Ook is het mogelijk dat de oefenstof in een té symbolische vorm wordt aangereikt of het is voor het kind te onduidelijk wat er van hem verwacht wordt. Het is ook mogelijk dat dit kind steeds dezelfde oefeningen wil doen waardoor het moeilijk

wordt de fysiotherapeutische behandeldoelen te behalen, het is namelijk vaak nodig de oefenstof in opbouwende graad van moeilijkheid aan te bieden.

Door geen of niet voldoende rekening te houden met de gedragsstoornissen en de vereiste aanpak niet te integreren in de fysiotherapeutische behandeling kan het kind met woede of angst reageren (Verhulst, 2002). Dit kan uiteindelijk weer leiden tot motivatieproblemen hetgeen een negatieve invloed heeft op het behalen van de behandeldoelen.

Met andere woorden, geen, onvoldoende of verkeerde anticipatie op het (gedrags)probleem van het kind kan zeer veel invloed hebben op het al dan niet slagen van de fysiotherapeutische interventie.

3.3 Theoretische relevantie van het onderzoek

Er is binnen de (kinder)fysiotherapie al veel kennis aanwezig over de gedragsstoornissen die een directe link hebben met motoriek, bijvoorbeeld PDD-NOS. Hiervan is bekend dat er een duidelijke relatie bestaat met het hebben van een houderige motoriek.

Ons inziens is er minder kennis over het omgaan met problematisch gedrag als het gaat om gedragsproblemen/gedragsstoornissen die als co-morbiditeit aanwezig zijn bij fysieke beperkingen en/of problemen in de motorische ontwikkeling bijvoorbeeld een kind met Cerebrale Parese die ook gediagnosticeerd is met een oppositionele gedragsstoornis.

Tevens krijgen we regelmatig te maken met gedragsproblemen die indirect van aard zijn zoals overprikkeldheid, vermoeidheid, frustratie en dergelijke bij een kind met Cerebrale Parese of kinderen waarbij het motorisch probleem een gevolg is van een gedragsprobleem, bijvoorbeeld een kind met problemen op het gebied van de schrijfmotoriek waarbij aandacht- en concentratieproblemen een grote rol spelen.

Door het vergroten van de aanwezige kennis over gedrag en het vergroten van de mate waarin effectieve gedragsinterventies ingezet worden, hopen we dat het mogelijk wordt al in een vroege fase het kind op een juiste manier te begeleiden en de omgeving af te stemmen op de ondersteuningsbehoeften van het kind. Dit kan door middel van het geven van adviezen aan ouders en leerkrachten maar zeker ook door met hen in gesprek te gaan om samen de omgeving van het kind op één lijn te krijgen. Indien nodig hoort ook het inschakelen van externe, professionele hulp hierbij.

Het inzetten van theorieën, concepten en modellen die afkomstig zijn uit het onderwijs en door ons vertaald worden naar onze fysiotherapeutische werksetting draagt ons inziens op hele kleine schaal bij aan de kennisontwikkeling van de (kinder)fysiotherapeut op het gebied van de gedragsproblematiek. Zie hoofdstuk 4 voor verdere uitwerking.

3.4 Opbrengst van het onderzoek

Wij verwachten dat bovenstaande aspecten die voor ons van belang zijn ook van belang kunnen zijn voor collega (kinder)fysiotherapeuten en dat de problemen waar wij tegenaan lopen, namelijk handelingsverlegenheid met betrekking tot problematisch gedrag, ook gelden voor veel andere collegae.

Wij denken dat het in kaart brengen van het binnen de (kinder)fysiotherapeutische werksetting voorkomende problematisch gedrag en de hieruit voortvloeiende effectieve gedragsinterventies, zouden kunnen leiden tot een verbetering van de praktijksituatie.

4. Onderzoeksstrategie en theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de vraagstelling functioneel gemaakt. De aard van het onderzoek, de onderzoeksstrategie, het theoretisch kader en de conceptuele modellen worden uitgewerkt.

4.1 Onderzoeksfunctie en onderzoeksstrategie

Zoals reeds beschreven in hoofdstuk 2 was onze eigen hulpvraag de aanleiding voor dit onderzoek. Het onderzoek moet dus een bijdrage leveren aan het oplossen van de problemen waar we in onze werksituatie tegenaan lopen. Het moet leiden tot verbetering van onze eigen praktijk en het moet eventueel ook door anderen te gebruiken zijn. Kort gezegd: de functie van ons onderzoek is het systematisch uitbreiden van de praktijktheorie. Hierop richt zich ontwerpgericht onderzoek.

Kallenberg e.a. (2007, p. 161) zeggen over ontwerpgericht onderzoek: “Het onderzoek moet nieuwe kennis genereren die overdraagbaar is, dat wil zeggen door anderen te gebruiken.”

Ons onderzoek behelst de volgende fasen: middels een enquête, aangevuld met enkele diepte-interviews, hebben wij onder andere geïnventariseerd welk problematisch gedrag bij kinderen, in de leeftijd van 4 tot 12 jaar, in de (kinder)fysiotherapiepraktijk gezien wordt, in welke mate er mogelijk sprake is van handelingsverlegenheid bij de behandelaar en op welke wijze er met het gedrag van deze kinderen wordt omgegaan. Door de informatie verkregen uit de enquête en de interviews te koppelen aan de kennis die we opgedaan hebben door het volgen van deze opleiding, literatuurstudie en het werken aan de casuïstieken, hebben we een overzicht gemaakt van gedragsbeïnvloedende interventies die effectief in te zetten is in de (kinder)fysiotherapiepraktijk.

De gevolgde onderzoeksstrategie is die van een ontwerpgericht onderzoek waarbij we gestart zijn met een actieonderzoek, hetgeen nodig was om tot inzichten te komen die richting gaven aan het tweede deel van het onderzoek. Harinck (2007) zegt: bij actieonderzoek verzamelt men gericht informatie over het handelen. Dit leidt tot reflectie op het eigen handelen en zo nodig tot het bijsturen daarvan. Actieonderzoek gebeurt meestal in dialoog met collegae en/of vakgenoten.

Het eerste deel van ons onderzoek, de enquête en de diepte-interviews, is dus vooral actiegericht, het tweede deel, het maken van het overzicht van gedragsbeïnvloedende interventies, is ontwerpgericht onderzoek (Kallenberg e.a., 2007).

Een andere onderzoeksmethode die we voorafgaand aan het meesterstuk hebben uitgevoerd maar die wel een bijdrage levert aan het uiteindelijke resultaat is de casestudy. Deze heeft plaats gevonden in de vorm van onze geïntegreerde casuïstieken, deze vormen een van de bouwstenen voor de onderbouwing van ons overzicht van gedragsbeïnvloedende interventies.

Bij een casestudy leg je een verzameling van gegevens aan die zich richt op één specifiek geval (Kallenberg e.a., 2007). De resultaten van een casestudy hebben geen algemene geldigheid. Kallenberg e.a. (2007) geven echter wel aan dat het mogelijk is door nauwgezet

onderzoek op het spoor te komen van inzichten waarvan je mag verwachten dat ze ook gelden voor vergelijkbare gevallen.

Vanuit dit oogpunt gaan wij ervan uit dat wij de casestudies aanvullend mogen gebruiken als onderbouwing van onze interventies. Zij hebben vooral een rol gespeeld in het ontwikkelen van onze realisatiekennis.

4.2 Theoretisch kader en conceptueel model

In deze paragraaf wordt het theoretisch kader uitgewerkt. Dit geldt zowel voor de gebruikte termen in de centrale onderzoeksvraag, als voor de in het onderzoek gebruikte theorieën, concepten en modellen.

4.2.1 Theoretisch kader vraagstelling

In paragraaf 3.1 werden de belangrijkste termen en begrippen uit de definitieve vraagstelling geoperationaliseerd.

Hieronder volgt hetgeen uit de literatuur of uit andere bronnen bekend is over enkele in onze vraagstelling gebruikte termen.

- Gedragsproblemen

Bij het opstellen van de enquêtevragen liepen wij tegen problemen aan met betrekking tot deze term. De manier waarop wij deze geoperationaliseerd hadden leidde tot ontevredenheid over de betekenis van deze term. Want wat doe je dan met de gedragsstoornissen, vallen deze er buiten? En wat doe je met de kinderen die gedragsproblemen hebben die (nog) niet gediagnosticeerd zijn? Om alle onduidelijkheden weg te nemen hebben wij er voor gekozen om in het verdere verloop van ons onderzoek de term problematisch gedrag als verzamelnaam te gebruiken en de term gedragsproblemen te reserveren voor het problematisch gedrag waarbij (nog) geen diagnose gesteld is en de oorzaak van de problematiek (waarschijnlijk) meer in de omgeving ligt. De term gedragsstoornissen staat voor de gediagnosticeerde problemen waarbij de oorzaak voor het problematisch functioneren vooral in de aanleg van het kind ligt.

- De zone van naaste motorische ontwikkeling

Deze term is gebaseerd op Vygotsky's concept namelijk De zone van naaste ontwikkeling.

Dit concept staat onder andere beschreven op een site van de KU Leuven en heeft betrekking op de prestaties en activiteiten die de lerende weliswaar nog niet zelfstandig kan uitvoeren maar deze persoon slaagt daarin wel met de nodige ondersteuning van en interactie met een meer bekwaam persoon. Deze zone zit dus boven het feitelijke ontwikkelingsniveau van de lerende. Lev Vygotski was een Russisch psycholoog, filosoof en kunstenaar die vooral bezig was met de relatie tussen denken en taal. Hij is vooral bekend geworden door zijn onderzoek met kinderen.

- (kinder)fysiotherapeutische werksetting

Bij het operationaliseren van deze term hebben wij gebruik gemaakt van een deel van de definitie van kinderfysiotherapie zoals deze door de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en jeugdgezondheidszorg (NVFK) wordt gehanteerd en zoals hij beschreven wordt op de site www.ftng.nl.

Omdat wij ons in ons onderzoek niet alleen op geregistreeerde kinderfysiotherapeuten richten maar ook op fysiotherapeuten die niet geregistreerd zijn maar toch met kinderen werken, zijn wij zo vrij geweest de werksetting, die voor beiden hetzelfde is, ook op dezelfde manier te omschrijven.

4.2.2 Theoretisch kader theorieën, concepten en modellen

In de volgende paragrafen volgt een beschrijving van de theorieën, concepten en modellen waar wij binnen ons onderzoek van zijn uitgegaan.

Deze zijn voor een deel afkomstig uit het onderwijs en worden in de literatuur ook in deze setting gedefinieerd. Wij hebben voor dit meesterstuk deze theorieën, concepten en modellen binnen onze werksetting geplaatst en gekeken naar wat ze voor ons betekenen. Vervolgens hebben we ze voor zover ze op onze situatie van toepassing zijn beschreven en de link met ons onderzoek gelegd.

4.2.2.1 Inclusie

Er zijn veel verschillende meningen over wat het begrip inclusie precies inhoudt.

Volgens de Index voor inclusie (Booth & Ainscow, 2007) is het: "...een continu proces om het leren en participeren van alle leerlingen te versterken." Ook wordt vermeld: "Inclusie gaat uit van de erkenning van de verschillen tussen leerlingen."

Inclusie binnen de context van deze Master SEN opleiding is vooral bedoeld als inclusief onderwijs. Onze visie als fysiotherapeut op het begrip inclusie is gebaseerd op de letterlijke betekenis namelijk ingesloten zijn, erbij horen. De manier waarop wordt uitstekend weergegeven in vooral het eerste deel van de definitie van Ruijsenaars zoals deze beschreven staat op de site van Syndroom van Down op school. Deze site is gemaakt in opdracht van de Universiteit Utrecht (2006) voor de cursus 'Gedrag- en gedragsproblemen op school': "Inclusie betreft het gezamenlijk bevorderen van het wel en wee van alle kinderen, jeugdigen en alle mensen. De grondslag van deze manier van denken wordt daarvoor gevormd door het besef dat de mensheid een gezin vormt."

Gekeken naar de manier waarop wij als fysiotherapiepraktijk vorm geven aan hetgeen vooral in het eerste gedeelte van bovenstaande definitie wordt verwoord, is het handelen door directie en medewerkers van De Bundeling per definitie gebaseerd op de inclusiegedachte. De link van inclusie met ons onderzoek is dat het overzicht van gedragsbeïnvloedende interventies dat in het tweede gedeelte van ons onderzoek wordt gerealiseerd, een bijdrage zal leveren aan het verder ontwikkelen van een inclusieve praktijk door het uitbreiden van de praktijktheorie.

In bijlage 1 wordt de mate van inclusie beschreven zoals die binnen onze fysiotherapiepraktijk wordt gerealiseerd. Hiervoor hebben wij de vragenlijst van de Index voor inclusie gebruikt (Booth & Ainscow, 2007) (zie bijlage 2).

4.2.2.2 Ouderbetrokkenheid

Onze relatie met de ouders of verzorgers van een kind dat zij voor onderzoek en/of behandeling aan ons toevertrouwen, is van het grootste belang.

Om onze praktijk binnen het fasemodel zoals deze beschreven wordt in het Handboek ouders in de school (De Vries & De Boer, 2007) te plaatsen, hebben wij gebruik gemaakt van de zelfscan om te bekijken in welke fase de praktijk zich bevindt (zie bijlage 3). Deze hebben wij door vijf mensen laten invullen: een van de praktijkeigenaren, een willekeurige ouder, de administratief medewerkster en twee medewerkers (fysiotherapeuten). De uitkomsten werden ingevuld in de scorelijst waarna het volgende duidelijk werd:

Onze praktijk kan binnen het fasemodel omschreven worden als een relatiegerichte omgeving.

De voorwaarden van de informatiegerichte en de structuurgerichte omgeving zijn aanwezig: iedereen streeft naar een optimale relatie met de ouders. De behandelaar kent het kind, indien mogelijk de ouders en is op de hoogte van belangrijke informatie over de thuis- en gezinssituatie.

Ouders of verzorgers worden betrokken bij het stimuleren en motiveren van hun kind met betrekking tot de therapie, maar ook met betrekking tot het thuis opvolgen van adviezen of het doen van huiswerk oefeningen.

Toch zijn er ook duidelijke kenmerken van een participatiegerichte omgeving aanwezig: De behandelaars zien en ervaren ouders als belangrijke partners. Echter het struikelblok naar een volledige participatiegerichte omgeving is het betrekken van ouders bij beleidsvraagstukken van de praktijk als geheel. Dit gebeurt niet. Op het niveau van het beleid van de behandelcyclus van het kind worden ouders wél als belangrijke partner gezien. Hierin wordt onder andere de eigen verantwoordelijkheid van de ouders duidelijk gemaakt.

De link met ons onderzoek ligt vooral in het feit dat er in het overzicht van gedragsbeïnvloedende interventies aandacht besteed wordt aan het verbeteren van het contact met de ouders of verzorgers door het nog meer bewust structureel inplannen van gesprekken waarbij het kind niet altijd aanwezig hoeft te zijn en wij er zelfs van overtuigd zijn dat het in veel gevallen zelfs wenselijk is om geregeld gesprekken in te plannen zonder dat het kind erbij aanwezig is. Deze overtuiging komt voort uit leerwinst opgedaan door het werken aan de casuïstieken ten behoeve van deze opleiding.

4.2.2.3 Onderwijzorgsystemen

Het INK-model is een kwaliteitssysteem waarbinnen vier organisatietypen onderscheiden worden, deze zijn door de expertgroep Kwaliteit van zorg, vertaald naar vier typen leerlingenzorg binnen scholen. Voor de ontwikkeling van de leerlingenzorg is vooral de cyclus signaleren, diagnosticeren, handelen, monitoren en evalueren van belang. Om te bepalen onder welk type leerlingenzorg (lees: patiëntenzorg) onze praktijk valt, hebben wij een schema (zie bijlage 4) ingevuld waarbij per onderdeel van de cyclus bekeken wordt binnen welk zorgsysteem de invulling hiervan valt.

Onze werkplek, een praktijk voor (kinder)fysiotherapie valt zowel binnen het type I als het type II zorgsysteem.

Type I: incidentele zorg

Het één op één bijspijkeren van kinderen die niet of onvoldoende in staat zijn op eigen kracht te functioneren, in ons geval gaat het hierbij meestal om de motorische ontwikkeling.

Type II: georganiseerde zorg

De gegeven zorg is samenhangend en transparant georganiseerd en volgt de zorgcyclus: signaleren (in het geval dat mensen ons zonder tussenkomst van een arts visiteren) – diagnosticeren – handelen – monitoren - evalueren.

Het totale kind staat centraal. Binnen onze praktijk is er sprake van een zorgteam. Onderling overleg en doorverwijzing naar elkaar kan, indien dat nodig is, gemakkelijk plaatsvinden.

Er wordt voor ieder kind een individueel behandelplan opgesteld dat regelmatig wordt bijgesteld.

Alle gegevens worden bewaard in een dossier dat voor de betreffende behandelaar en de patiënt (of zijn ouders/verzorgers) inzichtelijk is.

De toekomst van de fysiotherapie ligt meer op het vlak van de geïntegreerde zorg en de ketenzorg. Hierbij zien wij de geïntegreerde zorg vooral als het werken met meerdere eerstelijns zorgverleners bij elkaar, bijvoorbeeld in zorgcentra. Hierbij moet dan wel sprake zijn van vergaande samenwerking in de zin van onderlinge doorverwijzing, overlegstructuren en het samen ontwikkelen van beleid met betrekking tot interne en externe procedures.

De ontwikkeling hiervan is op macroniveau reeds in volle gang.

De link van de onderwijszorgsystemen met ons onderzoek is duidelijk, het spreekt voor zich dat samenwerking met andere disciplines, zeker als het gaat om kinderen met meerdere zorgbehoeften, heel belangrijk is. Door het specialiseren tot gedragsspecialist binnen deze Master SEN opleiding is er bijvoorbeeld een start gemaakt met intensievere samenwerking met een instelling voor ambulante en geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen, jeugdigen en kinderen met psychische en psychiatrische problemen. De gedragsbeïnvloedende interventies zullen vooral op zorgniveau I toegepast worden. Maar het praktijkbreed implementeren speelt zich vooral af op zorgniveau II.

4.2.2.4 Passend onderwijs

In 2005 en 2006 presenteerde de toenmalige minister van onderwijs Van der Hoeven, onder de noemer Passend Onderwijs, voorstellen om het integratieproces van leerlingen met een beperking of met special educational needs, van nieuwe impulsen te voorzien (Schuman, 2007). In bijlage 5 wordt vanuit de (kinder)fysiotherapeutische werksetting gekeken naar het concept Passend onderwijs.

4.2.2.5 Handelingsgerichte diagnostiek

Het praktijkmodel Handelingsgerichte Diagnostiek (HGD) sluit aan bij onze ideeën over het besluitvormingsproces omtrent het onderkennen en analyseren van problematisch gedrag binnen de (kinder)fysiotherapeutische werksetting en het zoeken naar mogelijke verklaringen met als doel het oplossen van de problemen die zich binnen deze setting voordoen. Pameijer en Beukering (2007) beschrijven de vijf fasen die binnen de HGD

systematisch doorlopen worden. In hoofdstuk 6 wordt beschreven hoe deze fasen vorm krijgen binnen ons fysiotherapeutisch handelen.

4.2.2.6 Handelingsgericht werken

De uitgangspunten van het Handelingsgericht Werken (HGW) staan centraal in het overzicht van gedragsbeïnvloedende interventies: zorgbehoeften van het kind staan centraal, de werkwijze is systematisch, transparant en doelgericht, alle betrokken actoren rond het kind werken constructief samen en er wordt vooral gekeken naar de positieve aspecten van zowel het kind als zijn omgeving.

Hoe deze uitgangspunten concreet verwerkt worden staat beschreven in hoofdstuk 6.

4.2.2.7 Oplossingsgericht werken

De oplossingsgerichte benadering wordt door John Jeninga (2008) uitgebreid beschreven. Deze therapeutische benadering is zeer geschikt voor de begeleiding van kinderen met problematisch gedrag. Het toepassen hiervan binnen ons fysiotherapeutisch handelen veranderde wezenlijk de communicatie met de kinderen en andere betrokkenen zoals de ouders. Interventies zoals het zoeken naar uitzonderingen en het stellen van de wondervraag blijken goede instrumenten om in te zetten als het gaat om het bewerkstelligen van gedragsverandering en/of het oplossen van problemen. Zie hoofdstuk 6.

4.2.2.8 Begeleidingsmodellen

- Er zijn verschillende begeleidingsmodellen. Zeer toepasbaar binnen onze werksetting is de cognitieve benadering van problematisch gedrag. Een voorbeeld hiervan is de Rationeel Emotieve Therapie (RET). Hierbij ligt de nadruk op het herstructureren van het denken (Jeninga, 2008). De RET wordt door ons toegepast als er sprake is van irrationele cognities die het behalen van fysiotherapeutische behandeldoelen in de weg staan. Een voorbeeld hiervan is faalangst. Faalangst kan ontstaan door het intern attribueren van faalervaringen. Irrationele cognities, niet helpende gedachten, kunnen hieraan ten grondslag liggen. Het G-denken (Ard Nieuwenbroek, 1998) dat wordt ingezet als middel tegen faalangst is gebaseerd op dezelfde ideeën. Zie paragraaf 6.2.2.

- Het werken met kinderen met Autisme Spectrum Stoornissen (ASS) vraagt een speciale aanpak. Bij de uitwerking hiervan hebben wij ons gebaseerd op het model van de Puzzel van 5 (De Bruin, 2004). Deze sluit goed aan bij de behoeften van het kind met ASS. Deze puzzel is een overzicht waardoor de samenhang binnen een dag of week duidelijk wordt. Het centrale stuk in de puzzel is Wat (dit is hetgeen het kind moet doen). De vier stukken eromheen zijn: Hoe, Waar, Wanneer en Wie. Deze stukken moeten de in elkaar passende informatie voor het kind bevatten en de samenhang verduidelijken. Zie paragraaf 6.2.2.

- Consultatieve leerlingbegeleiding (CLB).

Dit is een individuele begeleidingsvorm waarbij de leerling begeleid wordt middels het begeleiden van de leerkracht. Voor onze fysiotherapeutische werksetting houdt dat in dat het kind (de patiënt) begeleidt wordt middels het begeleiden van de behandelend fysiotherapeut. Het begeleidingstraject bestaat uit vijf fasen: de introductie, de probleemidentificatie, de probleemanalyse, het opstellen en uitvoeren van interventies en de evaluatie.

De gedragsspecialist in de organisatie treedt hierbij op als coach en expert waarbij in overleg met de behandelend fysiotherapeut tot een oplossing gekomen wordt. De gedragsspecialist heeft hierbij een expliciete inbreng. Het werkprobleem van de behandelaar staat in deze methode centraal waarbij het uitgangspunt is dat gedragsproblemen binnen de behandeling het resultaat zijn van een misinteractie tussen behandel- en kindfactoren. De oplossingen zijn gericht op het repareren van deze misinteracties.

Het is binnen deze methode belangrijk om de oplossingen te richten op de directe factoren. Dat wil zeggen factoren die door de behandelaar te beïnvloeden zijn. Bijvoorbeeld het pedagogisch handelen van de behandelend fysiotherapeut en de organisatie van de behandeling. Directe factoren van het kind kunnen zijn: de taakaanpak, de werkhouding en het strategiegebruik. Zie ook paragraaf 6.3.

Deze vorm van begeleiding zal vooralsnog vooral ingezet worden binnen onze eigen praktijk.

4.2.2.9 Concepten

In deze paragraaf worden de concepten kort benoemd die verder uitgewerkt worden in de aanbevelingen in paragraaf 6.2.

- ABC-observatie

De ABC-observatie is een goede manier om zicht te krijgen op het concrete gedrag, wat is hetgeen dat het gedrag mogelijk oproept en wat zijn de gevolgen van het gedrag (Jeninga, 2008). Deze methode is binnen onze interventies in te zetten als tool binnen de begeleiding van een collega, maar is ook zeer goed inzetbaar om bijvoorbeeld ons eigen handelen of de behandelsituatie te observeren, bijvoorbeeld wanneer er behoefte is om de oorzaak voor het ontstaan van problematisch gedrag binnen de behandeling te achterhalen.

- Meichenbaum

Bij de aanpak van werkhoudingproblemen zoals we die beschrijven in het kader van gedragsbeïnvloedende interventies gericht op kinderen met Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) maken wij gebruik van de methode Meichenbaum zoals deze staat omschreven in het boek: "Kinderen met aandachts- en werkhoudingsproblemen" van Caat Timmerman (1999).

- Kids' Skills

De Finse psychiater en psychotherapeut Ben Furman (2009) ontwikkelde deze methode waarbij kinderen leren om problemen op eigen kracht op te lossen. Hij gaat hierbij uit van de kracht van het kind dat in staat is om vaardigheden te leren die hem of haar verder helpen. Furman ontwikkelde hiervoor een stappenplan dat zeer goed toepasbaar bleek binnen onze praktijk.

Deze methode sluit naadloos aan op recente ontwikkelingen binnen de kinderfysiotherapie waarin sterk hulpvraaggericht gewerkt wordt en het behandelen op vaardighedenniveau een belangrijke plaats inneemt.

- Aanbevelingen ten aanzien van groepsbehandelingen bij het jongere kind

Onderbouwing is tot stand gekomen door literatuurstudie over groepsdynamica (Johnson & Johnson, 2008) en klassenmanagement (Jeninga, 2008 en Leenders, 1994) waarna deze theoretische kennis aangevuld met kennis opgedaan in de lessen, middels een casestudy in de vorm van een casus voor de Master SEN opleiding tot gedragsspecialist, in de (kinder)fysiotherapeutische werksetting geïmplementeerd werd. Hierdoor hebben wij de praktijktheorie van de groepsbehandelingen van de (kinder)fysiotherapeut op dit vlak aanzienlijk uitgebreid. Het ontwikkelen van een mogelijke groepsaanpak, toegespitst op de (kinder)fysiotherapeutische werksetting, gebaseerd op theorieën die algemeen gelden voor het ontwikkelen van een goed pedagogisch klimaat, is ons inziens duidelijk van meerwaarde voor een beroepsgroep die, zoals in paragraaf 5.6 verder wordt uitgewerkt, zijn handelen ten aanzien van kinderen met problematisch gedrag voornamelijk baseert op ervaring.

4.2.2.10 Verklaringsmodellen

Motivatietheorieën

Bij de aanpak van motivatieproblemen zoals uitgewerkt wordt in hoofdstuk 6 baseren wij ons op de onderstaande motivatietheorieën. Deze staan uitgebreid omschreven op de site Motivatieproblemen op school (Groeneveld, 2005).

- **Attributietheorie**

De attributietheorie verklaart motivatieproblemen vanuit het idee dat een kind heeft van de oorzaken van het behalen van succes of het falen en heeft daarom invloed op de manier waarop het kind in de toekomst zal proberen een taak tot een goed einde te brengen (Gredler, 2001 in Groeneveld, 2005). Zie figuur 1 in bijlage 6.

- **Sociale Cognitieve Theorie**

Deze theorie is gebaseerd op de manier waarop mensen kennis vergaren, regels, vaardigheden, strategieën leren en daar gevoelens en gedachten over ontwikkelen door interactie en observatie van anderen. “modelling” (overnemen van gedrag) speelt hierbij een grote rol.

Het is een onbewust proces en komt het meest voor als het model veel gemeen heeft met de patiënt.

- **Intrinsieke en Extrinsieke Motivatie**

Intrinsieke motivatie is motivatie om activiteiten te verrichten omdat de activiteit op zich aanspreekt, bijvoorbeeld als je de opdracht leuk vindt ben je meer gemotiveerd om deze uit te voeren.

Extrinsieke motivatie is motivatie om iets te doen omdat de uitkomst gewenst is, bijvoorbeeld een beloning, dit kan er echter toe leiden dat de gemakkelijkste weg wordt gekozen omdat alleen het resultaat telt.

- **Doel - oriëntatie Theorie**

Vanuit de doel-oriëntatietheorie worden motivatieproblemen op de volgende manier verklaard: Iemand die prestatie gericht is en een hoog vertrouwen heeft in eigen kwaliteiten heeft weinig kans op motivatie problemen.

Iemand die prestatie gericht is en een laag vertrouwen heeft in eigen kwaliteiten heeft veel kans op motivatieproblemen, deze persoon zal bijvoorbeeld een uitdaging vermijden. Iemand die meer gericht is op het leerproces heeft minder kans op motivatieproblemen. Het te behalen doel speelt dan namelijk geen grote rol. (Pintrich en Schunck, 2002 in Groeneveld, 2005). Zie figuur 2 in bijlage 6.

- Expectancy - Value Model

Dit model benadrukt dat de verwachtingen die kinderen hebben van de uitkomst van de taak en van het eigen kunnen belangrijk zijn voor hun taakoriëntatie en motivatie om de taak te verrichten (Pintrich en Schunk, 2002 in Groeneveld, 2005). In dit model is de waardering van de taak belangrijk en de pluspunten moeten opwegen tegen de minpunten.

4.3 Toelichting op keuzes en vooronderstellingen

De keuzes die we maken voor ons overzicht van gedragsbeïnvloedende interventies zijn gebaseerd op de resultaten van de enquête en de diepte-interviews. We hebben onder andere gekeken naar de gebieden waar uitbreiding van de praktijktheorie nodig is, met betrekking tot problematisch gedrag binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk. We verwachten daarom dat de door ons beschreven interventies een antwoord geven op onze aangepaste onderzoeksvraag namelijk: “Hoe begeleid ik binnen de (kinder)fysiotherapeutische werksetting, een kind dat problematisch gedrag vertoont naar de zone van naaste motorische ontwikkeling.”

Onze vooronderstelling dat de door ons beschreven interventies geschikt en toepasbaar zijn binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk is gebaseerd op literatuuronderzoek, verwerking van de gebruikte theorieën, modellen en concepten in de geïntegreerde casuïstieken binnen de Master SEN opleiding, door deze te toetsen aan recente ontwikkelingen binnen de kinderfysiotherapie en door ervaringen te vergelijken met die van critical friends. De theoretische onderbouwing staat beschreven in paragraaf 4.2.

5. Methode

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe wij het onderzoek hebben uitgevoerd, hoe we de gegevens hebben verzameld en geanalyseerd en wat het resultaat is van ons onderzoek.

5.1 Doelgroep van het onderzoek

Wij doen in ons onderzoek uitspraken over twee doelgroepen.

De eerste doelgroep bestaat uit fysiotherapeuten die met kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar werken en allen lid zijn van de Regionale Vereniging van Fysiotherapeuten voor Kinderen (RVFK). In deze groep is sprake van een grote variatie in kenmerken. Er is door ons in eerste instantie geen selectie toegepast op bijvoorbeeld werkervaring, arbeidscontext of andere criteria.

Wij zijn pas in de enquête de respondenten gaan selecteren:

- Zij moesten werkzaam zijn met kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar.
- Zij moesten kinderen van 4 tot 12 jaar behandelen die in het contact met de behandelaar problematisch gedrag laten zien.

De tweede doelgroep zijn de kinderen met problematisch gedrag waarbij het vaakst handelingsverlegenheid ervaren wordt door de leden van de eerste doelgroep, aangevuld met problematisch gedrag waarbij wij zelf geregeld handelingsverlegenheid ervaren. Concreet zijn dit kinderen van 4 tot 12 jaar met ASS, ADHD, faalangst en motivatieproblemen.

5.2 Deelvragen

In hoofdstuk 2 is de vraagstelling van ons onderzoek uitvoerig beschreven. Wij herhalen hier de centrale onderzoeksvraag die, met betrekking tot de term problematisch gedrag, is aangepast (zie paragraaf 4.2.1):

Hoe begeleid ik binnen de (kinder)fysiotherapeutische werksetting een kind dat problematisch gedrag vertoont naar de zone van naaste motorische ontwikkeling?

Om onze vraagstelling te kunnen beantwoorden is het van belang deelvragen te formuleren en te onderzoeken.

Hier volgen de deelvragen:

1. Bij welk problematisch gedrag, bij kinderen van 4 tot 12 jaar die gezien worden binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk, wordt door de behandelaar het vaakst handelingsverlegenheid ervaren?
2. Waarop is de aanpak van problematisch gedrag, bij kinderen van 4 tot 12 jaar binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk, ten tijde van ons onderzoek gebaseerd?
3. Welke gedragsbeïnvloedende interventies, gericht op het problematisch gedrag dat voortkomt uit het beantwoorden van de eerste deelvraag, zijn toepasbaar binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk?

De eerste twee deelvragen worden beantwoord door de resultaten van een door ons opgestelde en uitgevoerde enquête. Tevens krijgen wij antwoorden door interviews die, in aanvulling op onze dataverzameling, onder een vijftal geënquêteerden zijn afgenomen. De antwoorden op deze twee deelvragen vormen de basis voor de derde deelvraag die beantwoord wordt door literatuurstudie en het toepassen van gedragsbeïnvloedende interventies binnen onze casuïstieken.

5.3 Onderzoeksplanning

Wij zijn ons onderzoek gestart in september 2008 met het opstellen van de centrale onderzoeksvraag. In de daarop volgende periode hebben we de enquête ontwikkeld en uitgevoerd. De gegevens van de enquête zijn verzameld en verwerkt in de periode april – juli 2009 in statistiekprogramma SPSS en rekenprogramma Excel.

In mei 2009 hebben we de interviewvragen opgesteld. De interviews zijn in de periode september - november 2009 uitgevoerd en de verwerking van deze gegevens vond plaats in december 2009.

In januari 2010 zijn we gestart met het schrijven van het meesterstuk.

Parallel aan deze activiteiten zijn door ons de casuïstieken uitgevoerd. Het werken aan de zes casuïstieken heeft plaatsgevonden vanaf oktober 2008 tot en met februari 2010. Voor een uitgebreid verslag van de tijdsplanning verwijzen wij naar bijlage 7.

5.4 Data - verzameling

Hieronder volgt een uitwerking van de deelvragen.

De eerste twee deelvragen doen een uitspraak over de hierboven reeds beschreven eerste doelgroep.

De antwoorden hebben wij verkregen door onderzoek te doen met behulp van een enquête aangevuld met diepte-interviews. Wij hebben voor deze methoden gekozen omdat het voor het beantwoorden van de vragen nodig is op een objectieve manier gegevens te verzamelen. Tevens is de enquête een onderzoeksinstrument waarmee je een grote groep mensen kunt bereiken. Het werken met vragenlijsten (enquêtes) is een vorm van kwantitatief onderzoek dat concreet meetbare gegevens oplevert (Kallenberg e.a., 2007). Wij voldoen door te kiezen voor een grote onderzoeksgroep tevens aan de voorwaarde zoals die beschreven is door Kallenberg e.a. (2007) dat het beschikken over een grote gegevensverzameling belangrijk is om betrouwbare uitspraken te kunnen doen.

De derde deelvraag doet uitspraken over de reeds beschreven tweede doelgroep, namelijk de kinderen met problematisch gedrag waarbij het vaakst handelingsverlegenheid ervaren wordt door de eerste doelgroep, aangevuld met problematisch gedrag waar wij ook zelf geregeld handelingsverlegenheid bij ervaren.

De antwoorden op deze deelvraag worden verkregen door de resultaten van de enquête en de interviews aan te vullen met gegevens verkregen uit de casuïstieken. Tevens speelt literatuuronderzoek een belangrijke rol. Dit staat aan de basis van de interventies zoals deze voor een groot deel al werden toegepast binnen onze casuïstieken. De onderbouwing van de antwoorden op deze derde deelvraag, namelijk een overzicht van gedragsbeïnvloedende interventies, is dus heel breed, omdat naast de onderbouwing vanuit de literatuur de

interventies ook reeds onderzocht zijn op toepasbaarheid binnen onze fysiotherapiepraktijk door onze casuïstieken.

5.4.1 Ontwikkeling van de enquête

We hebben er voor gekozen om zelf een enquête te ontwikkelen omdat er geen voor onze doeleinden geschikt meetinstrument voorhanden was.

We zijn gestart met brainstormen met elkaar en met een directe collega uit onze praktijk over de informatie die de enquête ons zou moeten opleveren. Daarnaast hebben we literatuur bestudeerd en internet geraadpleegd over hoe je een enquête moet opstellen (Kallenberg e.a., 2007). Hieruit is een eerste opzet ontstaan.

Deze eerste enquête was een verzameling van vragen die voor ons van belang leken in de beantwoording van onze centrale onderzoeksvraag. Na het opstellen van deze vragen zijn we de vragen gaan clusteren in groepen van vragen die enig verband met elkaar hadden. Bijvoorbeeld algemene vragen met betrekking tot werkervaring, werkplek en het aantal uren dat iemand werkzaam is met kinderen die gedragsproblemen laten zien. Deze enquête hebben we laten beoordelen door collegae, critical friends en onze LOL-begeleidster. De feedback die we kregen op zowel inhoud als lay-out hebben we verwerkt waardoor een nieuwe versie van de enquête ontstond. Bruikbare feedback kwam van een vriend die werkzaam is als epidemioloog aan het EMGO - instituut te Amsterdam. Hij gaf onder andere aan dat we heldere en eenduidige vragen moesten stellen om gegevens achteraf beter te kunnen verwerken. Een concrete tip was bijvoorbeeld dat herhaling van het benoemen van de groep waarover je binnen de enquête uitspraken wil doen, van wezenlijk belang is, omdat het een bekend gegeven is dat respondenten tijdens het invullen van een enquête regelmatig vergeten om welke doelgroep het gaat. Ook het operationaliseren van termen in de tekst van de enquête is belangrijk en was door ons nog onvoldoende uitgevoerd. Al deze aanpassingen leverde een verbetering van de enquête op.

Zoals reeds beschreven in paragraaf 4.2.1 kwamen wij door het operationaliseren van de term gedragsproblemen tot de conclusie dat onze centrale onderzoeksvraag aangepast moest worden. We kozen voor de term problematisch gedrag. Vanaf dat moment in ons onderzoek werkten wij verder met de veranderde onderzoeksvraag.

Na het steeds weer bijstellen en herschrijven van de enquête is uiteindelijk een versie tot stand gekomen die we als pilot hebben laten invullen door zes collegae in onze praktijk. Na deze pilot hebben we nog een belangrijk aspect in de enquête kunnen bijstellen. De leeftijdscategorie van de kinderen waar het in ons onderzoek over gaat bleek onduidelijk geformuleerd. Wij hebben de leeftijdscategorie duidelijker vermeld en regelmatig herhaald, zo ontstond uiteindelijk de definitieve versie van onze enquête (zie bijlage 8).

Deze bestond uit 28 vragen, onderverdeeld in gesloten vragen waarbij keuze alternatieven zijn aangereikt en enkele open vragen. We hebben de vragen geclusterd in 5 secties:

1. Vragen over de persoonlijke werksituatie.
2. Vragen over het in kaart brengen van problematisch gedrag bij kinderen en de (kinder)fysiotherapeutische werksetting waarin de respondenten deze problemen tegenkomen.
3. Vragen over welke gedragsstoornissen er worden gezien en of er sprake is van handelingsverlegenheid.

4. Vragen over welke gedragsproblemen er worden gezien en of er sprake is van handelingsverlegenheid.
5. Vragen over het gebruik van meetinstrumenten om het gedrag van een kind in kaart te brengen binnen de fysiotherapie praktijk en vragen over aanvullende zaken zoals de behoefte aan tips en tools onder de geënquêteerden.

We hebben gekozen voor het programma Formdesk voor het maken en digitaal versturen van de enquête. Wij verwachtten meer respons te krijgen als de onderzoeksgroep zo min mogelijk handelingen zou hoeven te verrichten. Om een zo groot mogelijk aantal fysiotherapeuten te bereiken hebben we de RVFK benaderd met de vraag of we gebruik mochten maken van hun ledenbestand. Dit werd door het bestuur van de RVFK goedgekeurd.

Er is door hen een mail gestuurd naar de 175 leden van de vereniging met daarin een link naar onze enquête. Deze kon anoniem worden teruggestuurd. De link die werd gebruikt was: http://fd8.formdesk.com/maas2/kopie_van_kopie_van_form_2.

18 Maart was de definitieve versie van de enquête klaar en na heel wat ICT problemen is hij 8 april 2009 verstuurd. Na 2 weken hadden 32 respondenten gereageerd waarna wij besloten op 22 april 2009 een herinneringsmail te sturen. Hierdoor steeg het aantal respondenten uiteindelijk naar een totaal van 61 op de sluitingsdatum 6 mei 2009.

5.4.2 Ontwikkeling van de vragenlijst voor het diepte-interview

Voor ons diepte-interview was het belangrijk om duidelijke vragen op papier te zetten. Het interview moest een verdieping van de datagegevens van onze enquête opleveren. Het was van belang om duidelijk te formuleren waar we meer over wilden weten. We hebben samen vragen opgesteld en in drie groepen verdeeld. Ook nu hebben we bruikbare feedback van een directe collega en van onze LOL-begeleidster gekregen en kunnen verwerken. De vragenlijst is daarna door ons inhoudelijk bijgesteld. Op 30 september 2009 hebben we een mail gestuurd naar de collegae die door ons geïnterviewd zouden worden met als bijlage de vragenlijst. Door de vragenlijst vooraf toe te sturen kon men zich beter op het interview voorbereiden.

Het diepte-interview is met 5 collegae afgenomen. We hebben bij het selecteren van de te interviewen collegae gebruik gemaakt van de beoordelingssteekproef. Wij wilden dat deze collegae voldeden aan bepaalde kenmerken. Hun werksituatie moest zoveel mogelijk aansluiten bij die van onszelf, ze moesten werkzaam zijn in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk en ze moesten werken met kinderen met gedragsstoornissen en/of gedragsproblemen en handelingsverlegenheid ervaren tijdens het werken met deze kinderen. Daarna zijn de interviews gepland en in de periode oktober - november 2009 uitgevoerd.

De interviews zijn individueel afgenomen met de door ons van tevoren opgestelde vragenlijst en vastgelegd op video om zo min mogelijk informatie verloren te laten gaan. De vragenlijst die gebruikt is tijdens het diepte-interview bestond uit 13 vragen onderverdeeld in 3 secties (zie voor de verzonden vragenlijst bijlage 10):

1. Vragen over organisatorische zaken.
2. Vragen met betrekking tot handelingsverlegenheid.
3. Vragen met betrekking tot de aanpak van problematisch gedrag.

Het verzamelen en verwerken van de interviewdata heeft veel tijd in beslag genomen. Dit werd onder andere veroorzaakt door het feit dat de collegae die door ons zijn geïnterviewd verspreid door heel Limburg wonen en door het drukke bestaan van iedereen was de planning van de interviews niet altijd gemakkelijk. Verder is het zo dat interviews veel ongestructureerde gegevens opleveren die niet kwantificeerbaar, telbaar zijn, hetgeen de verwerking bemoeilijkt.

5.4.2.1 Interviewtechniek

Tijdens de interviews is door ons gebruik gemaakt van open vragen. Dit is nogal arbeidsintensief omdat je pratend de visie van je gesprekspartner op een bepaalde kwestie wilt achterhalen. Het kost veel tijd om de dataverzameling op orde te brengen en de uitkomsten van het interview te verwerken. We hebben daarom gekozen voor een niet al te grote onderzoeksgroep.

Zowel bij de voorbereiding als de uitvoering van de interviews hebben we rekening gehouden met een aantal zaken zoals die door Kallenberg e.a. (2007) worden aangegeven, bijvoorbeeld: wij hadden vooraf een duidelijk omschreven doel, door een selectie toe te passen op de geïnterviewden wisten we nagenoeg zeker dat zij ons de informatie konden bieden die wij zochten, wij hebben ons van tevoren inhoudelijk op het interview voorbereid. Door gebruik te maken van een van tevoren opgestelde vragenlijst verliep het gesprek gestructureerd en wisten we zeker dat alle onderwerpen aan bod zouden komen waardoor de resultaten van de verschillende interviews beter te vergelijken waren.

We zijn ons er van bewust dat de invloed van de onderzoeker bij deze onderzoeksvorm groot kan zijn (Kallenberg e.a., 2007). Wij leiden het gesprek en hebben tijdens het gesprek ook een eigen inbreng. Je kunt niet voorspellen in welke mate je eigen aanwezigheid of je vraagstelling de antwoorden die je krijgt beïnvloed. Ten slotte zijn wij ook degene die de conclusies trekken waarbij ook altijd iets van onze eigen opvattingen zal meeklinken. Wij zijn ons terdege bewust van het feit dat er in de conclusies en de resultaten dus altijd een subjectief element aanwezig is.

Bij het afnemen van een interview is het van belang dat er voldoende aandacht wordt besteed aan het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de geïnterviewde. Tijdens het interview moeten alle personen zich op hun gemak voelen. Hierdoor verloopt een interview beter en wordt de openheid van de geïnterviewde vergroot. Het wordt dan een collegiaal gesprek onder professionals.

Het opnemen van de gesprekken op video zorgde ervoor dat we in alle rust de interviews konden afluisteren en de gegevens konden verwerken.

5.4.3 Data - verzameling vanuit casuïstieken

De gedragsbeïnvloedende interventies die ontwikkeld worden in het tweede gedeelte van ons onderzoek zijn onder andere gebaseerd op informatie verkregen uit casestudies in de vorm van de geïntegreerde casuïstieken die door ons zijn uitgevoerd in het kader van de Master SEN opleiding tot gedragsspecialist.

5.5 Data-analyse

De gegevens verkregen uit de enquête zijn door ons met hulp van een docent van fontys OSO verwerkt in SPSS. Met SPSS kunnen gangbare statistische procedures worden toegepast op grote gegevensbestanden en kunnen de resultaten op diverse manieren in tabellen en grafieken worden gepresenteerd (De Vocht, 2005). Alle vragen en antwoorden van de enquête zijn gecodeerd en er is een codeboek aangemaakt. Daarna zijn de data uit de enquête vanuit Formdesk overgezet in SPSS. Door met SPSS te werken konden we vragen uit de enquête aan elkaar koppelen. De grafieken, die het antwoord op een vraag of vragen in beeld brengen, zijn in Excel gemaakt omdat je in dit programma op een eenvoudigere manier grafieken zelf kunt bewerken dan in SPSS. Dit alles heeft veel tijd in beslag genomen omdat het werken met SPSS en Excel voor ons geheel onbekend was.

De gegevens uit de diepte interviews konden door ons goed geanalyseerd worden omdat deze op video werden opgenomen. De interviews zijn na afloop door ons uitgeschreven waarna ze werden samengevat en conclusies konden worden getrokken. Hierdoor ontstond een overzichtelijk geheel van uitspraken die gedaan zijn door de geïnterviewde collegae.

De data-analyse vanuit de casestudies wordt in dit onderzoek niet verder uitgewerkt omdat dit reeds uitgebreid gedaan en beschreven is in de uitgewerkte geïntegreerde casuïstieken.

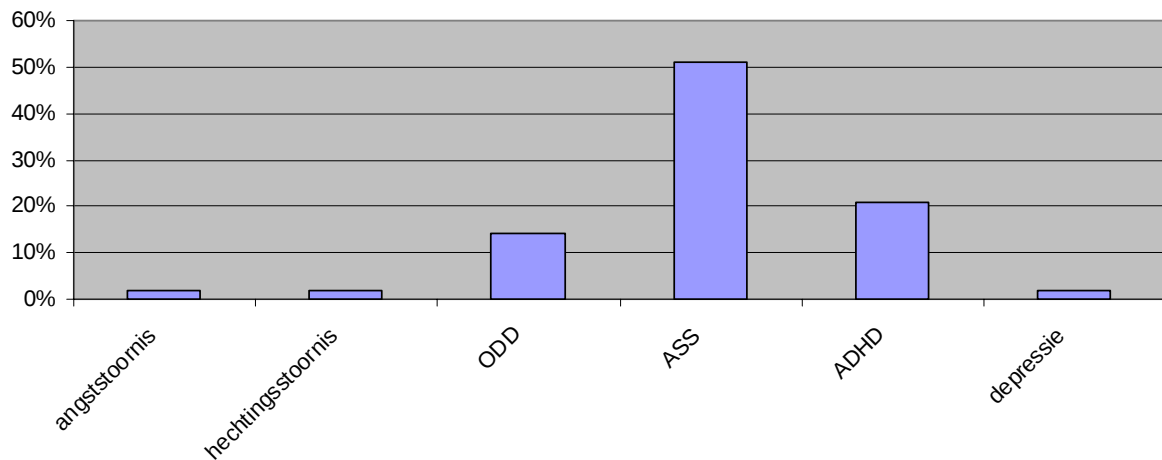
5.6 Resultaten van het onderzoek per deelvraag

De resultaten van de enquête en de diepte interviews met betrekking tot de drie deelvragen, zoals beschreven in paragraaf 5.2, zijn verwerkt in figuur 5.1, 5.2, 5.3 en 5.4 en in een korte samenvatting van de conclusies uit de interviews.

Eerste deelvraag: Bij welk problematisch gedrag bij kinderen van 4 tot 12 jaar die gezien worden binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk, wordt door de behandelaar het vaakst handelingsverlegenheid ervaren?

De respondenten van de enquête ervaren het vaakst handelingsverlegenheid bij de gedragsstoornissen ASS en ADHD. Zie figuur 5.1.

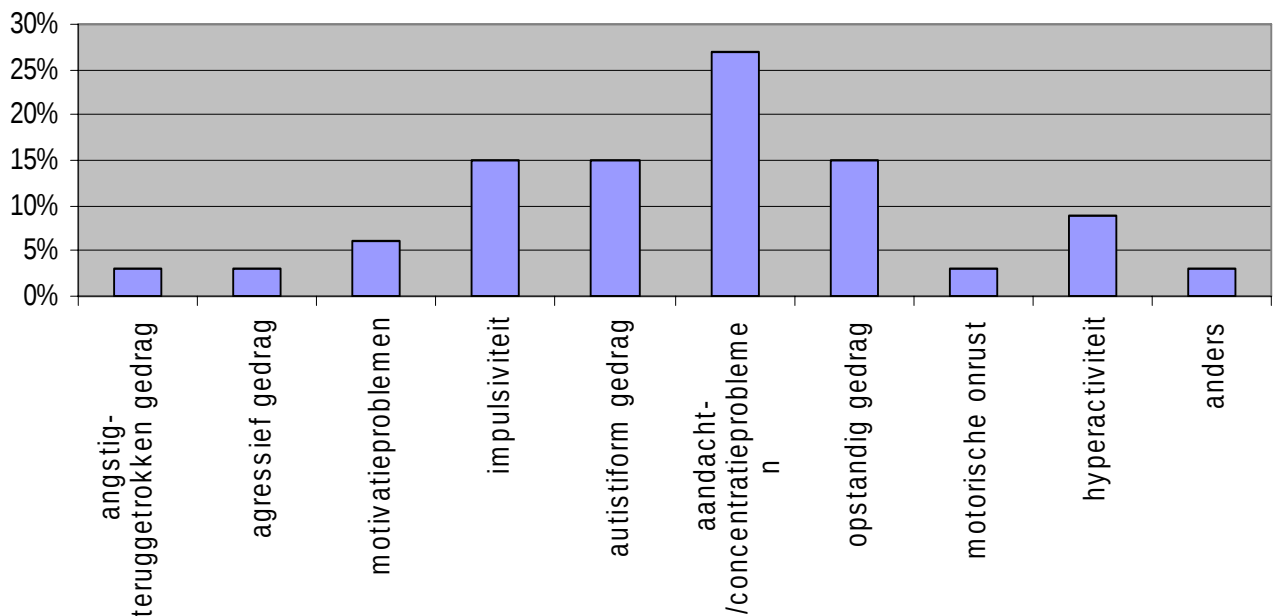
Gedragstoornissen waarbij het vaakst handelingsverlegenheid ervaren wordt



Figuur 5.1 Gedragstoornissen waarbij het vaakst handelingsverlegenheid ervaren wordt.

De respondenten van de enquête ervaren het vaakst handelingsverlegenheid bij de gedragsproblemen: aandacht- en concentratieproblemen, impulsiviteit, autistiform gedrag, opstandig gedrag en hyperactiviteit. Zie figuur 5.2.

Gedragsproblemen waarbij het vaakst handelingsverlegenheid ervaren wordt

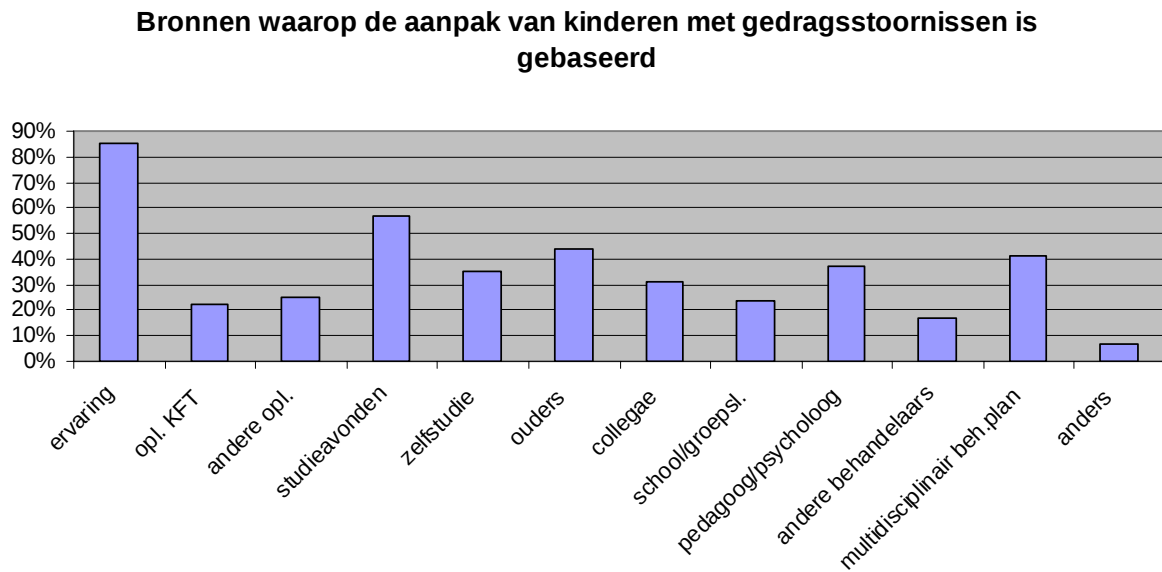


Figuur 5.2 Gedragsproblemen waarbij het vaakst handelingsverlegenheid ervaren wordt.

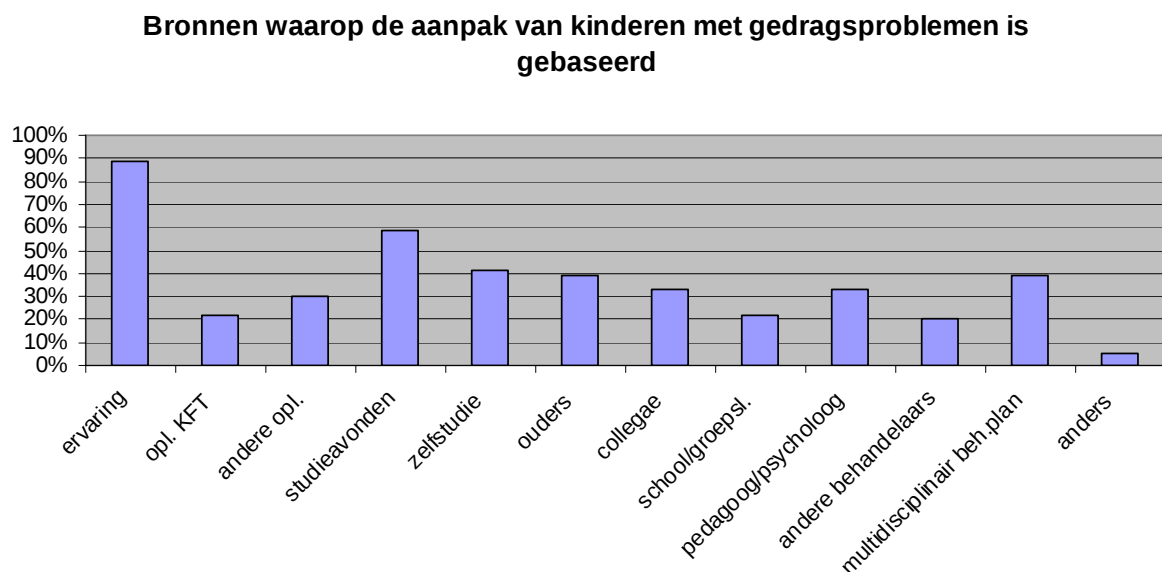
Tweede deelvraag: Waarop is de aanpak van problematisch gedrag, bij kinderen van 4 tot 12 jaar binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk, ten tijde van het onderzoek gebaseerd?

Uit de enquête blijkt dat de respondenten hun aanpak van problematisch gedrag bij kinderen niet zo zeer baseren op informatie aangereikt in opleidingen, maar vooral op ervaring, informatie aangereikt op studieavonden, informatie aangereikt door de ouders van het kind en de informatie van een multidisciplinair behandelplan.

Het maakt in de aanpak van problematisch gedrag geen verschil of het gaat om gedragsstoornissen of gedragsproblemen. Zie figuur 5.3 en 5.4.



Figuur 5.3 Bronnen waarop de aanpak van kinderen met gedragsstoornissen is gebaseerd.



Figuur 5.4 Bronnen waarop de aanpak van kinderen met gedragsproblemen is gebaseerd.

Voor een uitgebreide beschrijving van alle resultaten van de enquête zie bijlage 9.

De resultaten van de interviews in relatie tot de tweede en derde deelvraag worden weergegeven in een korte samenvatting van de conclusies van de diepte-interviews:

Hieronder volgt een uitwerking van de antwoorden op de tweede deelvraag: Waarop is de aanpak van problematisch gedrag, bij kinderen van 4 tot 12 jaar binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk, ten tijde van ons onderzoek gebaseerd?, zoals deze afgeleid kunnen worden uit de interviews. We kunnen concluderen dat er op organisatorisch gebied geen specifiek beleid gevoerd wordt in de praktijken waarin de geïnterviewden werkzaam zijn. Er wordt problematisch gedrag gesignaleerd en op beschrijvende wijze weergegeven in rapportages zonder conclusies aan het desbetreffende gedrag te verbinden. Het gedrag wordt niet of nauwelijks in kaart gebracht met behulp van meetinstrumenten. Er bestaat onder de geïnterviewden wel de behoefte aan het inzetten van meetinstrumenten om het gedrag van een kind in kaart te brengen. Zij geven ook duidelijke verbeterpunten in de praktijkvoering aan. Deze zijn door ons gebruikt en verwerkt in de gedragsbeïnvloedende interventies zoals vermeld in hoofdstuk 6.

Hieronder volgt een uitwerking van de antwoorden op de derde deelvraag: Welke gedragsbeïnvloedende interventies, gericht op het problematisch gedrag dat voortkomt uit het beantwoorden van de eerste deelvraag, zijn toepasbaar binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk?

De aanpak van problematisch gedrag binnen de fysiotherapiepraktijk is vooral gebaseerd op de ervaring van de desbetreffende behandelaar, aangevuld met kennis opgedaan tijdens studieavonden en kennis die verkregen wordt door in gesprek te gaan met andere collegae en met ouders. Het is opvallend dat de opleiding kinderfysiotherapie volgens de meeste geïnterviewden niet voldoende aandacht besteedt aan het omgaan met problematisch gedrag.

Er wordt door geen van de geïnterviewden gebruik gemaakt van concrete hypothese formulering met betrekking tot problematisch gedrag.

Tijdens de interviews komt duidelijk naar voren dat er weinig tot geen concrete methoden gebruikt worden om met problematisch gedrag om te gaan. Er worden wel hulpmiddelen ingezet zoals pictogrammen, een time-timer, beloningssystemen en dergelijke.

Een belangrijke conclusie uit de interviews is dat er een duidelijke behoefte bestaat aan een vertaalslag vanuit de theorie naar de fysiotherapiepraktijk met betrekking tot het omgaan met problematisch gedrag.

Voor een uitgebreide beschrijving van de samenvatting van de conclusies van de diepte-interviews verwijzen wij naar bijlage 11.

De onderzoeken verricht in de geïntegreerde casuïstieken binnen de Master SEN opleiding tot gedragspecialist dragen bij aan het ontwikkelen van een overzicht van gedragsbeïnvloedende interventies. Ook dit is een onderdeel van het antwoord op de derde deelvraag. De onderzoeken binnen de casuïstieken, worden in het kader van dit afstudeeronderzoek niet verder uitgewerkt.

5.7 Interpretatie van de resultaten

In de volgende paragrafen wordt de betrouwbaarheid, de validiteit en de triangulatie beschreven.

5.7.1 Betrouwbaarheid

“Met betrouwbaarheid wordt verwezen naar de herhaalbaarheid, de nauwkeurigheid van een meting.” (Harinck, 2008, p.63).

Enquête

Wij zijn van mening dat de enquête voldoende nauwkeurig door ons is uitgevoerd omdat wij voldoen aan een aantal criteria voor betrouwbaar onderzoek zoals deze gesteld worden door Kallenberg e.a. (2007) in het boek “Ontwikkeling door onderzoek”. Wij hebben de enquête regelmatig voorgelegd aan collegae en critical friends, waarbij feedback een belangrijke rol heeft gespeeld bij de totstandkoming van een heldere, nauwkeurige en consistente vragenlijst. Het uitvoeren van een pilot heeft geleid tot aanpassingen en het verder verbeteren van de vraagstellingen.

Wij verwachten dat deze enquête representatief is voor alle (kinder)fysiotherapeuten in Nederland omdat wij gekozen hebben voor een grote onderzoeksgroep die in samenstelling overeenkomt met die van de totale groep fysiotherapeuten die met kinderen werken.

Het inzetten van een enquête als methode om gegevens te verkrijgen draagt ook bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek omdat de vragen van tevoren nauwkeurig, schriftelijk zijn vastgelegd en zodanig geformuleerd dat ze slechts op één manier te interpreteren zijn. Tevens hebben alle respondenten de vragen in dezelfde volgorde in exact dezelfde bewoordingen aangeboden gekregen. De resultaten uit een enquête zijn gemakkelijk te vergelijken waardoor deze manier van onderzoek heeft bijgedragen aan het verkrijgen van nauwkeurige informatie.

De mogelijkheid om de data te verwerken in programma's als Formdesk, SPSS en Excel draagt ook bij aan de nauwkeurigheid van het onderzoek, omdat de kans op toevalsfouten in de verwerking van de gegevens vrijwel nihil is.

Interview

Wij hebben er voor gekozen de gegevens uit de enquête aan te vullen met gegevens verkregen uit diepte-interviews. Wij zijn ons er van bewust dat deze methode minder vergelijkbare gegevens oplevert maar door te kiezen voor de vorm van het Gestructureerde interview (Kallenberg e.a., 2007) hebben wij toch geprobeerd de betrouwbaarheid zo groot mogelijk te houden. Ook nu werden de vragen vooraf opgesteld en kreeg iedere geïnterviewde dezelfde vragen voorgelegd, hetgeen de objectiviteit ten goede komt.

De vragenlijst die gebruikt is tijdens het diepte-interview was onderverdeeld in drie secties, dit zorgde voor een heldere duidelijke structuur tijdens de gesprekken.

Het laten meedenken van onze begeleidster en critical friends bij de ontwikkeling van de vragen heeft geleid tot het aanscherpen en bijstellen van de vragen.

De interviews zijn door ons opgenomen op video. De informatie die door de geïnterviewden is gegeven gaat op deze manier niet verloren en blijft op ieder moment van afspelen van de video-opname gelijk. Bij het terugzien van de video-opname kon alle informatie, zonder invloed van omstandigheden tijdens het interview, door ons worden verwerkt. Door de interviews met twee personen af te nemen en met twee personen te verwerken worden persoonlijke interpretaties van antwoorden verminderd.

Tijdens de interviews hebben wij de enquête gegevens van de geïnterviewde naast de antwoorden op de vragenlijst gehouden. Dit leidde tot verduidelijking, verheldering en eenduidigheid van de antwoorden.

Wat betreft de uitwerking van de interviewgegevens hebben we geprobeerd om relevante gegevens heel nauwkeurig samen te vatten.

5.7.2 Validiteit

“De validiteit van een onderzoek is de mate waarin het onderzoek aan zijn doel beantwoordt.” (Kallenberg e.a., 2007, p. 205). Een onderzoek is valide indien er triangulatie is toegepast.

Dat wil zeggen dat er gebruik is gemaakt van minimaal drie gegevensbronnen ter beantwoording van de centrale onderzoeksvraag.

Wij maken in deze paragraaf onderscheid tussen interne en externe validiteit (Kallenberg e.a., 2007). Ons onderzoek is intern valide omdat het voldoet aan de triangulatievereiste. Wij hebben namelijk gebruik gemaakt van methodetriangulatie en bronnentriangulatie bij het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag.

Door deze triangulatie zijn wij gekomen tot een adequate en geloofwaardige analyse van het onderzoek. In de paragrafen 5.7.2.1 en 5.7.2.2 wordt dit verder uitgewerkt.

Ons onderzoek is extern valide omdat de onderzoeksgroep representatief was voor de totale populatie fysiotherapeuten die met kinderen werken. Wij hebben namelijk gekozen voor een grote onderzoeksgroep die in samenstelling overeenkomt met die van de totale groep fysiotherapeuten die met kinderen werken.

Externe validiteit wordt versterkt door het gebruik van theoretische generalisatie (Kallenberg e.a., 2007). Het resultaat van ons onderzoek namelijk het overzicht van gedragsbeïnvloedende interventies wordt vanuit de literatuur onderbouwd, omdat het aannemelijk is dat interventies die bewezen werkzaam zijn in schoolse en thuissituaties, ook werkzaam zijn binnen de (kinder)fysiotherapeutische werksetting. Een voorbeeld is het structureren van de omgeving middels het hanteren van bijvoorbeeld pictogrammen en een time-timer. Als deze middelen goed werken op school en in de thuissituatie waarom dan niet binnen de fysiotherapeutische behandeling?

Vanwege onze geringe voorkennis over gedragsbeïnvloedende interventies kunnen wij stellen dat wij zeer weinig tot geen invloed hebben kunnen uitoefenen op het eindresultaat van het onderzoek. De onderzochte situatie is dus zonder enig persoonlijk belang geanalyseerd. Dit verhoogt de externe validiteit.

5.7.2.1 Methodetriangulatie

We hebben in ons onderzoek gebruik gemaakt van de volgende onderzoeksmethoden:

1. Bevragen van (kinder)fysiotherapeuten met behulp van een door ons opgestelde enquête.
2. Bevragen van (kinder)fysiotherapeuten met behulp van een diepte-interview.
3. Analyse van literatuur (zie paragraaf 4.2.2).
4. Analyse van geïntegreerde casuïstieken waarin verkend en geanalyseerd wordt welke aspecten in de begeleiding van kinderen met problematisch gedrag binnen de fysiotherapeutische werksetting, van belang zijn.

Enquête

In de enquête hebben wij gedetailleerd uitgewerkt wat wij te weten wilden komen met betrekking tot de onderzoeksvraag.

Alle aspecten die voor ons onderzoek relevant waren kwamen in de enquête voor. We hebben vragen gesteld over zowel de handelingsverlegenheid tijdens het begeleiden van kinderen met problematisch gedrag, als ook over de aanpak.

De begrippen die voorkomen in onze enquête zoals handelingsverlegenheid, zijn door ons voorafgaand aan de vragen waarop dit begrip betrekking had, geoperationaliseerd. Hierdoor werd voor eenieder duidelijk wat we hieronder verstaan.

Wij hebben de enquête tijdens de fase van ontwikkeling laten beoordelen door critical friends en laten invullen door collega fysiotherapeuten waarbij wij hen onder andere de vraag hebben gesteld of de bedoeling van de enquête duidelijk was. Deze collegae, waaronder wij de pilot hebben uitgevoerd, zijn representatief voor de doelgroep.

Interview

Door elk interview met twee personen af te nemen en te bekijken is, om de validiteit te vergroten, nog een vorm van triangulatie toegepast.

Verder zijn de interviews op dezelfde manier tot stand gekomen en uitgevoerd zoals reeds beschreven bij de enquête. Dus ook hier hebben wij geprobeerd zo valide mogelijk te werk te gaan.

5.7.2.2 Bronnentriangulatie

Wij achten de onderzoeksresultaten valide omdat wij na het vergelijken van de gegevens uit de volgende drie bronnen konden concluderen dat deze met elkaar in overeenstemming waren.

De informatiebronnen voor het beantwoorden van de eerste twee deelvragen en de centrale onderzoeksvraag zijn:

- De collegae die deelnamen aan de pilot
- De 61 respondenten van de enquête, allen lid van de RVFK.
- De 5 collegae onder wie de diepte-interviews zijn afgenomen.

De volgende bronnen hebben ons de informatie verschaft die nodig was voor het beantwoorden van de derde deelvraag en de centrale onderzoeksvraag:

- De geïntegreerde casuïstieken.
- De critical friends en LOL-begeleidster.
- De literatuur die door ons is bestudeerd.

6. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk beschrijven wij de belangrijkste conclusies van ons onderzoek. Wij beschrijven de interpretatie van de onderzoeksresultaten en we maken afwegingen op basis van deze resultaten, ook geven we antwoord op de centrale onderzoeksvraag en op de geformuleerde deelvragen.

6.1 Conclusies

In deze paragraaf worden de belangrijkste uitkomsten/resultaten van ons onderzoek samengevat.

We kunnen concluderen dat wij niet de enige zijn die handelingsverlegenheid ervaren tijdens het onderzoeken en behandelen van kinderen die problematisch gedrag vertonen maar dat collega (kinder)fysiotherapeuten deze handelingsverlegenheid ook ervaren.

De uitkomsten van het onderzoek zijn echter in eerste instantie van belang voor ons eigen handelen. Dat betekent dat het onderzoek heeft geleid tot een verbetering van onze eigen praktijksituatie, bijvoorbeeld op het gebied van de communicatie met kinderen.

Indien de gedragsbeïnvloedende interventies, zoals die vermeld staan in paragraaf 6.2 waarin de aanbevelingen beschreven worden, door collegae worden ingezet kan dit ook bij hen tot verbetering van het eigen handelen leiden.

6.1.1 Conclusies centrale onderzoeksvraag

Het antwoord op de centrale onderzoeksvraag: Hoe begeleid ik binnen de (kinder)fysiotherapeutische werksetting een kind dat problematisch gedrag vertoont naar de zone van naaste motorische ontwikkeling, is niet eenvoudig te geven vanuit de huidige kennis en kunde binnen de (kinder)fysiotherapie. Uit het onderzoek komt naar voren dat collega (kinder)fysiotherapeuten weinig tot geen specifieke methoden hanteren om met problematisch gedrag van kinderen om te gaan. Wel wordt in beperkte mate gebruik gemaakt van hulpmiddelen die het gedrag van een kind in positieve zin kunnen beïnvloeden. Dit gegeven bevestigde ons vermoeden dat er weinig concrete methoden en hulpmiddelen beschikbaar zijn voor de (kinder)fysiotherapeut over hoe om te gaan met problematisch gedrag bij kinderen in de fysiotherapeutische werksetting. (Kinder)fysiotherapeuten zijn over het algemeen niet bekend met gedragsbeïnvloedende interventies die ingezet kunnen worden tijdens het fysiotherapeutisch begeleiden van een kind. Dit heeft tot gevolg dat de kennis die er is, over het algemeen een eigen interpretatie van algemene kennis over het omgaan met kinderen met problematisch gedrag is, waarbij de concrete aanpak gebaseerd is op de ervaring die men heeft.

Concrete interventies, voor het omgaan met kinderen met problematisch gedrag, die het antwoord vormen op onze centrale onderzoeksvraag, zijn onder andere tot stand gekomen door het inzetten van methoden uit het onderwijs die ons binnen de Master SEN opleiding tot gedragspecialist werden aangereikt of die wij ons eigen gemaakt hebben door zelfstudie. Een aantal methoden bleek namelijk ook prima inzetbaar binnen de (kinder)fysiotherapeutische werksetting.

De gegevens die verzameld zijn uit de enquête zijn in overeenstemming met de resultaten uit de interviews er is dus geen sprake van tegenstrijdigheid. Dit betekent dat de interviews ons kwalitatieve gegevens opleverden die ons extra informatie gaven over de vragen die we in de enquête hebben gesteld, zoals de mogelijkheid van het inzetten van methoden en /of hulpmiddelen ter beïnvloeding van het gedrag van een kind en welke methoden en/of hulpmiddelen dit dan zijn. Ook de vraag naar handelingsverlegenheid in de enquête, kon in de interviews verder worden verhelderd en uitgediept.

6.1.2 Conclusies deelvragen

In de volgende paragrafen worden de conclusies per deelvraag uitgewerkt.

6.1.2.1 Conclusies deelvraag 1

Eerste deelvraag: Bij welk problematisch gedrag bij kinderen van 4 tot 12 jaar die gezien worden binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk, wordt door de behandelaar het vaakst handelingsverlegenheid ervaren?

De respondenten ervaren het vaakst handelingsverlegenheid bij de gedragsstoornissen ASS en ADHD en bij de gedragsproblemen: aandacht- en concentratieproblemen, impulsiviteit, autistiform gedrag en opstandig gedrag. Zie figuur 5.1 en figuur 5.2.

(Kinder)fysiotherapeuten zijn, zoals uit ons onderzoek blijkt, onvoldoende geschoold in hoe om te gaan met problematisch gedrag. De opleiding tot kinderfysiotherapeut geeft blijkbaar geen of onvoldoende informatie over interventies die men kan toepassen tijdens de begeleiding van een kind met problematisch gedrag. Deze conclusie is gebaseerd op de resultaten van de enquêtevragen die betrekking hebben op de aanpak van kinderen met problematisch gedrag. Zie paragraaf 5.6 en bijlage 9.

6.1.2.2 Conclusies deelvraag 2

Tweede deelvraag: Waarop is de aanpak van problematisch gedrag, bij kinderen van 4 tot 12 jaar binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk, ten tijde van ons onderzoek gebaseerd?

We kunnen concluderen dat de aanpak van problematisch gedrag voornamelijk gebaseerd is op ervaring van de (kinder)fysiotherapeuten en in mindere mate op informatie aangereikt in opleidingen of tijdens studieavonden. Het maakt in de aanpak van problematisch gedrag geen verschil of het gaat om gedragsstoornissen of gedragsproblemen. Voor een grafische weergave van de onderzoeksresultaten verwijzen wij naar de figuren 5.3 en 5.4.

Tevens kunnen wij concluderen dat geen gebruik wordt gemaakt van methoden die men kan gebruiken ter beïnvloeding van problematisch gedrag zoals die bijvoorbeeld in het onderwijs ingezet worden.

Er wordt over het algemeen op organisatorisch gebied geen specifiek beleid gevoerd in fysiotherapiepraktijken. Wij zijn van mening dat de handelingsgerichte diagnostiek binnen het fysiotherapeutisch handelen onvoldoende afgestemd is op het in kaart brengen van en het omgaan met problematisch gedrag van kinderen. Er worden bijvoorbeeld niet of nauwelijks meetinstrumenten ingezet om het gedrag van een kind in kaart te brengen. Er

wordt wel problematisch gedrag gesignaleerd en op beschrijvende wijze weergegeven in rapportages, meestal zonder conclusies aan het desbetreffende gedrag te verbinden. Een belangrijke conclusie uit het onderzoek is dat er een duidelijke behoefte bestaat aan een vertaalslag vanuit de theorie naar de fysiotherapiepraktijk met betrekking tot het omgaan met problematisch gedrag. Dit houdt in dat men behoefte heeft aan gedragsbeïnvloedende interventies die men kan toepassen in de (kinder)fysiotherapiepraktijk.

6.1.2.3 Conclusies deelvraag 3

Derde deelvraag: Welke gedragsbeïnvloedende interventies, gericht op het problematisch gedrag dat voortkomt uit het beantwoorden van de eerste deelvraag, zijn toepasbaar binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk?

De gedragsbeïnvloedende interventies die door ons zijn uitgewerkt richten zich met name op de gedragsstoornissen waarbij de meeste handelingverlegenheid ervaren wordt door de respondenten van de enquête, namelijk ASS en ADHD.

De interventies gericht op deze gedragsstoornissen zijn over het algemeen ook toepasbaar bij de gedragsproblemen waarbij het vaakst handelingsverlegenheid ervaren wordt namelijk aandacht- en concentratieproblemen, impulsiviteit, autistiform gedrag en opstandig gedrag. De gedragsbeïnvloedende interventies worden in paragraaf 6.2 beschreven.

6.2 Aanbevelingen

In de volgende paragrafen doen wij aanbevelingen die tot stand zijn gekomen na interpretatie van de resultaten van het onderzoek (zie hoofdstuk 5). Wij maken hierbij onderscheid in aanbevelingen ten aanzien van de aanpak van problematisch gedrag op organisatorisch gebied binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk, aanbevelingen ten aanzien van de individuele onderzoek- en/of behandelsituatie en aanbevelingen ten aanzien van groepsbehandelingen.

6.2.1 Aanbevelingen ten aanzien van het organisatorisch beleid

Door de handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer & Beukering, 2007) te implementeren in onze geïntegreerde casuïstieken hebben wij ervaren dat het heel belangrijk is al in een vroege fase in te steken op het problematisch gedrag van kinderen. Binnen de handelingsgerichte diagnostiek bestaat de mogelijkheid om middels het doorlopen van verschillende fasen het problematisch gedrag van kinderen in kaart te brengen en beleid hiervoor te ontwikkelen en indien nodig aan te passen.

Wij hebben, gebaseerd op de handelingsgerichte diagnostiek, een beleid ontwikkeld voor onze eigen praktijk.

Intakefase:

In de praktijk waar wij werkzaam zijn wordt door ons, nadat ouders/verzorgers hun kind hebben aangemeld voor therapie, een intakeformulier toegestuurd waarop naast algemene vragen ook vragen worden gesteld omtrent het gedrag van een kind. Het formulier dat door ons ontwikkeld is en gebruikt wordt, is bijgevoegd als bijlage 12. Wanneer dit formulier

teruggestuurd is wordt beoordeeld welke behandelaar het meest deskundig is in het behandelen van de specifieke problematiek van het betreffende kind. Indien blijkt dat een kind problematisch gedrag laat zien wordt het kind ingepland bij een van de gedragspecialisten in de praktijk. Tevens kan de afweging gemaakt worden om de anamnese, dit is het eerste contact waarbij onder andere de hulpvraag in kaart wordt gebracht, met de ouders/verzorgers zonder aanwezigheid van het kind af te nemen.

Strategiefase:

Naast het formuleren van een fysiotherapeutische hypothese kan het wenselijk zijn een hypothese ten aanzien van het gedrag van een kind te formuleren. Dit leidt tot een verbetering van het methodisch handelen ten aanzien van gedrag. Vermeld dient te worden dat vooral het kijken naar positieve aspecten van het kind van wezenlijk belang is. Het oplossingsgericht werken (Jeninga, 2008), veel meer dan het probleemgericht werken, zorgt voor een verandering in de benadering van het kind waarbij het gedrag van een kind in positieve zin beïnvloed wordt.

Het oplossingsgericht werken vindt zijn oorsprong in de communicatie met het kind en zijn ouders/verzorgers. In de communicatie met het kind maken wij gebruik van oplossingsgerichte gesprekstechnieken. Bijvoorbeeld het zoeken naar uitzonderingen en het stellen van de 'wondervraag' blijken goed inzetbare instrumenten te zijn, als het gaat om het bewerkstelligen van gedragsverandering en/of het oplossen van problemen.

In deze fase is het verzamelen van informatie van andere begeleiders/zorgverleners van het kind belangrijk. Met behulp van deze informatie kan door de behandelend (kinder)fysiotherapeut een completer beeld gevormd worden waardoor adequater met het gedrag van het kind kan worden omgegaan.

Onderzoeksfase:

In de onderzoeksfase kunnen meetinstrumenten/signaleringslijsten ingezet worden ter onderbouwing van de hypothese zoals die geformuleerd wordt in de strategiefase.

In onze eigen praktijk brengen wij in de onderzoeksfase, indien nodig, het gedrag van een kind in kaart door gebruik te maken van meetinstrumenten. De meetinstrumenten die door ons gebruikt worden zijn de Sociaal Emotionele Vragenlijst (SEV) (Van der Ploeg & Scholte, 2007) en de Sensory Profile – NL (Dunn, 1999). De SEV wordt door ons gebruikt als signaleringslijst. Deze vragenlijst brengt het gedrag van het kind in kaart op de volgende gebieden: Aandachtstekort met hyperactiviteit, autistisch gedrag, sociaal probleemgedrag en angstig en stemmingsverstoord gedrag. De Sensory Profile – NL is een vragenlijst die de sensorische prikkelverwerking van het kind in kaart brengt. Door de uitkomsten van beide vragenlijsten naast elkaar te leggen en te vergelijken kan achterhaald worden waar het probleemgebied van het kind ligt. Vervolgens kan hiermee rekening gehouden worden tijdens de behandeling van het kind.

Wij maken ook gebruik van aanvullende signaleringslijsten en observatieformulieren (Jeninga, 2008) die eventueel met hulp van de ouders worden ingevuld en/of afgenomen. Dit zijn onder andere: Signaleringslijst faalangst, Verkorte CTRS - lijst, Overzichtslijst van signalen die op een stoornis uit het autisme spectrum kunnen wijzen, Vragenlijst omgevingsfactoren concentratie (door ons aangepast voor de (kinder)fysiotherapeutische werksetting), Versterkersmenu en de Tijdsteekproef (bijlage 13).

Behandelfase:

Tijdens de behandelfase is het belangrijk structureel tijd in te plannen om samen met ouders en/of kind naar het behandelplan en de behandeldoelen te kijken en deze te formuleren.

Hierbij is inspraak, vooral van het kind, heel belangrijk. Net als in de strategiefase is ook nu

het oplossingsgericht werken een grote verbetering van het fysiotherapeutisch begeleiden van een kind. Het sleutelwoord is dus communicatie.

6.2.2 Aanbevelingen ten aanzien van de individuele onderzoek- en/of behandelsituatie.

Indien voorafgaand aan het fysiotherapeutisch onderzoek duidelijkheid bestaat over de aanwezigheid van al dan niet gediagnosticeerd problematisch gedrag is het mogelijk hier vanaf het eerste patiëntencontact rekening mee te houden. Het werken vanuit de handelingsgerichte diagnostiek maakt deze vroege interventie mogelijk. Het hierboven genoemde intakeformulier speelt hierbij een belangrijke rol.

Hieronder worden door ons de gedragsbeïnvloedende interventies beschreven die ingezet kunnen worden in de fysiotherapiepraktijk gericht op het verbeteren van het gedrag van het individuele kind.

Wij hebben ons, bij de aanbevelingen, onder andere gebaseerd op de resultaten van ons onderzoek. De gedragsbeïnvloedende interventies richten zich met name op de gedragsproblemen en -stoornissen waarbij de meeste handelingverlegenheid ervaren wordt. Verder wordt het overzicht aangevuld met interventies gericht op faalangst en motivatieproblemen omdat wij dit zelf als veel voorkomende problematiek ervaren. Tevens hebben wij de methode Kids' Skills toegevoegd, omdat dit een zeer toepasbare methode is bij het aanleren van (motorische) vaardigheden, die aansluit bij recente ontwikkelingen binnen de fysiotherapie waarbij er steeds meer aandacht is voor de cognitieve benadering en het insteken op vaardighedenniveau.

De interventies gericht op de in paragraaf 6.1.2.1 genoemde gedragsstoornissen ASS en ADHD zijn eveneens toepasbaar voor de gedragsproblemen waarbij het vaakst handelingsverlegenheid ervaren wordt, namelijk aandacht- en concentratieproblemen, impulsiviteit en autistiform gedrag. Hiervoor zullen dus geen aparte gedragsbeïnvloedende interventies uitgewerkt worden.

Wij hebben er tevens voor gekozen om geen aparte aanpak te beschrijven voor opstandig gedrag, omdat wij van mening zijn dat door het toepassen van de in paragraaf 6.2 genoemde interventies opstandig gedrag voorkomen kan worden. Door deze interventies is een nog betere afstemming op het kind mogelijk.

Autisme Spectrum Stoornis (ASS)

Tijdens het behandelen van een kind met ASS is het geven van structuur, duidelijkheid en voorspelbaarheid van groot belang. Gebeurt dit niet of onvoldoende kan dat storend gedrag van het kind tot gevolg hebben. De hersenen van een kind met ASS kunnen namelijk al van een kleine verandering in de war raken. Het negatieve gedrag moet gezien worden als een vraag om duidelijkheid en voorspelbaarheid. Het is als behandelend (kinder)fysiotherapeut belangrijk om te leren kijken vanuit het denken en de beleving van het kind met zijn stoornis. Vanuit ervaring opgedaan door het werken aan onze geïntegreerde casuïstieken hebben wij gekozen voor de methode 'Geef me de 5' (De Bruin, 2010).

Duidelijkheid en voorspelbaarheid kunnen geboden worden aan de hand van vijf aspecten. Tevens is het van belang tijdens de fysiotherapeutische interventie samenhang te creëren. Samenhang is gebaseerd op vijf punten: het Wat, Hoe, Wanneer, Waar en Wie. De fysiotherapeut moet duidelijk en voorspelbaar zijn over deze vijf aspecten.

Wat: Alles wat een kind moet uitvoeren. Bijvoorbeeld de oefenstof die tijdens de therapie aangereikt wordt door de fysiotherapeut. Dit kan duidelijk gemaakt worden met pictogrammen.

Hoe: De manier waarop het kind de oefening moet uitvoeren. Voor houvast tijdens de behandeling heeft het kind regels en duidelijkheid nodig over de wijze waarop een oefening uitgevoerd dient te worden.

Wanneer: Wanneer start de oefening en hoe lang duurt de oefening, wanneer is het klaar? Kinderen met ASS ontnemen veel zekerheid aan de tijd, de tijd geeft een duidelijke samenhang aan in de behandeling. Je kunt tijdens de behandeling de volgorde waarin het Wat plaatsvindt aangeven. Het gebruik van een time-timer kan hierbij ondersteuning bieden.

Waar: Op welke plaats in de praktijk moet het kind de oefening uitvoeren. Een vaste oefenruimte geeft houvast in de samenhang. De plaats, behandelruimte, moet duidelijk en overzichtelijk zijn, aangepast aan de behoeften van het kind. Indien het kind snel is afgeleid door indrukken om hem heen is het belangrijk te zorgen voor een rustige omgeving.

Wie: Doet het kind zelf de oefening? Krijgt hij hulp? Wat doet de fysiotherapeut tijdens de oefening? Een kind met ASS is vaak afhankelijk van personen in zijn omgeving. Het is voor hem van essentieel belang te weten dat de behandelend fysiotherapeut steeds dezelfde is. Indien dit niet mogelijk is dient dit heel nadrukkelijk met het kind besproken te worden. Wanneer tijdens de therapie aan deze vijf aspecten wordt voldaan, kan het kind aan de oefening beginnen.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Kenmerken van kinderen met ADHD kunnen zijn: aandachtstekort, hyperactiviteit, impulsiviteit, concentratieproblemen, werktempo problemen, onregelmatig werkritme en weinig zelfcontrole. Er ontstaan hierdoor regelmatig werkhoudingproblemen bij deze kinderen.

Dit zien we ook tijdens de (kinder)fysiotherapeutische behandeling van een kind met ADHD. Het kind met ADHD heeft niet het vermogen uit zichzelf structuur aan te brengen in zijn denken, werken, in zijn hele omgeving. Structuur moet dus van buitenaf komen. Tijdens de behandeling van het kind moet de structuur door de behandelend (kinder)fysiotherapeut worden aangebracht. Er moet sprake zijn van externe sturing.

Wij maken in de praktijk gebruik van de zelfinstructiemethode van Meichenbaum (Timmerman, 2009). Zie paragraaf 4.2.2.8.

Het is een cognitieve methode. Dat betekent dat het kind leert zijn handelingen bewust te sturen. Een aantal principes staan centraal:

1. Probleemoplossing in vier fasen.

- Fase waarin probleem geanalyseerd wordt. Wat moet ik doen?
- Fase waarin gezocht wordt naar een oplossingsstrategie. Hoe ga ik het doen?
- Fase waarin het vooropgesteld werkplan uitgevoerd wordt. Ik doe mijn werk.
- Evaluatiefase. Ik kijk mijn werk na.

2. Verbaliseren.

Om het denkproces bewust te kunnen sturen wordt taal gebruikt ter ondersteuning van de bovengenoemde vier fasen.

- Wat moet ik doen?

Dit is de fase waarin het kind de opdracht hoort. Het is een belangrijke fase omdat elk detail zijn waarde heeft voor de uiteindelijke uitvoering. Bij elke opdracht die gegeven wordt nagaan of het kind echt weet wat hij moet gaan doen.

- Hoe ga ik het doen?

In deze fase staat het kind stil bij de oplossingsmethode, nog voor het daadwerkelijk aan de slag gaat. Als fysiotherapeut kun je dit denkproces bijsturen door het kind hardop zijn werkplan te laten formuleren.

- Ik doe mijn werk.

Met een logisch gestructureerd werkplan in zijn achterhoofd kan het kind dit nu stap voor stap gaan uitvoeren. Dit is de fase waarin het kind zelfstandig werkt.

- Ik kijk mijn werk na: wat vind ik ervan?

Dit is de evaluatiefase. Het kind heeft de gewoonte om zijn werk te laten evalueren en niet om het zelf na te kijken. Het kind leert in deze fase om zelf het werk na te kijken, om zelf te bekijken of de oplossing correct is en of de uitvoering van de opdracht juist is.

Het kind leert zijn gehele denken in al zijn stappen te verwoorden.

3. Visualiseren.

Om het denkproces verder te ondersteunen wordt elke fase ondersteund door tekeningen. Wij maken gebruik van de meest bekende tekeningen. De vier beertjes van Meichenbaum. (Bijlage 14).

4. Model staan.

Een belangrijke taak van de fysiotherapeut is dat hij zelf eerst moet verwoorden en voordoen wat hij nadien van het kind verwacht.

- De fysiotherapeut verwoordt zelf de denkstappen hardop en voert zelf de opdracht uit. Het kind volgt mee.
- De fysiotherapeut verwoordt de denkstappen hardop en het kind voert de opdracht uit.
- Het kind verwoordt hardop en voert zelf uit.
- Het kind begeleidt zichzelf fluisterend en voert uit.
- Het kind begeleidt en stuurt zichzelf innerlijk en voert uit.

Elke stap wordt bij het kind ingeslepen om het proces te verinnerlijken.

Faalangst

Faalangst heeft alles te maken met de manier van denken van een kind. Het kind denkt dat hij een oefening niet kan, dat de oefening zal mislukken. Een kind met faalangst moet anders leren denken. In de behandeling van kinderen met faalangst maken wij gebruik van Rationeel Emotieve Therapie (RET) en van het hierop gebaseerde G – denken (Nieuwenbroek, 1999).

RET:

RET is een cognitieve benadering van gedragsproblemen waarbij de nadruk ligt op het herstructureren van het denken (Jeninga, 2008). De RET gaat ervan uit dat gedragsproblemen niet ontstaan door allerlei gebeurtenissen, maar door de manier waarop mensen cognitief met deze gebeurtenissen omgaan en ze evalueren. Dat wat mensen over hun situatie en over zichzelf denken, heeft grote invloed op hun gevoelens en handelingen. Gedachten zijn rationeel (functioneel) als de volgende vragen bevestigend beantwoord kunnen worden:

- Is de gedachte gebaseerd op de waarneembare werkelijkheid en niet alleen op fantasie?
- Helpt de gedachte om je doel te bereiken?
- Helpt de gedachte om je zo goed mogelijk te voelen?

Irrationele gedachten kunnen leiden tot inadequate emoties. Inadequate emoties werken vaak verlamdend en blokkerend.

Tijdens de fysiotherapeutische begeleiding van een kind kan het kind begeleid worden met RET indien er bij het kind sprake is van bijvoorbeeld faalangst, depressiviteit, woedeaanvallen enzovoorts.

De begeleiding kan schematisch worden weergegeven:

A (situatie) →→→ B (gedachte) →→→ C (gevolg)

Figuur 6.1 Uit: Jeninga, 2008

G - denken:

Door invloed op het denken uit te oefenen, en daarmee op de gevoelens, is gedragsverandering mogelijk (Nieuwenbroek, 1999). Het G - denken als methode is toe te passen bij kinderen vanaf tien jaar. Bij jongere kinderen is het G - denken in het alledaagse taalgebruik en in de dagelijkse omgang te gebruiken.

Het G - denken is een methode in vijf stappen om anders te leren denken en zo de faalangst aan te pakken.

Stap 1: Kijk naar de Gebeurtenis en wat het Gevolg ervan is.

In deze stap wordt gekeken naar de gebeurtenis en de gedragsverandering die daarvan het gevolg lijkt. Tussen Gebeurtenis en Gevolg zit een belangrijke tussenfase: een kind formuleert in zijn hoofd razendsnel Gedachten en die Gedachten bepalen de Gevoelens en het Gedrag.

Stap 2: Formuleer de Gedachten die leiden tot het Gevolg.

Je gaat in deze fase in op het verschil tussen gedachten en werkelijkheid. Kinderen met faalangst geven zichzelf veel negatieve boodschappen, ze maken geen onderscheid tussen gedachten en werkelijkheid. Zij geloven dat zij geen invloed hebben op hun denken: gedachten overkomen hen, daar kun je niets aan doen.

Stap 3: Welk nieuw doel wil je als Gedrag en Gevolg bereiken?

Het stellen van een nieuw doel moet een haalbaar doel zijn. Kinderen met faalangst stellen zichzelf vaak onhaalbare doelen. Met andere woorden, het nieuwe gedrag dat je voor ogen hebt moet reëel zijn.

Stap 4: Ga na of de Gedachten uit stap 2 'waar' zijn en of ze je helpen je nieuwe doel te bereiken.

In deze fase stellen kinderen zichzelf twee vragen bij iedere gedachte die zij eerder formuleerden bij stap 2.

1 Is deze gedachte absoluut waar?

2 Helpt deze gedachte mij om mijn nieuwe doel te bereiken?

Als het kind met hulp van de fysiotherapeut zijn gedachten analyseert, moet het wel concluderen dat de meeste ervan objectief gezien niet onomstotelijk waar zijn en zeker niet helpen. Bij het stellen van deze twee vragen is het van belang dat het kind de antwoorden geeft, je moet als fysiotherapeut niet zelf de antwoorden voor het kind geven.

Stap 5: Vervang Niet helpende gedachten door Helpende gedachten.

In deze stap gaat het kind de Niet helpende gedachten uit stap 2 vervangen door Helpende gedachten.

Motivatatieproblemen

Een kind dat binnen de (kinder)fysiotherapeutische behandeling motivatieproblemen vertoont kan begeleid worden met behulp van motivatiebevorderende interventies. Deze vloeien voort uit verschillende motivatietheorieën zoals die beschreven staan in paragraaf 4.2.2.9.

Het in gesprek gaan met het kind over het behandelproces zal motivatie bevorderend werken. Door het kind het gevoel te geven dat het zelf invloed kan uitoefenen op de taak door hem bijvoorbeeld keuzemogelijkheden te bieden, zal zijn intrinsieke motivatie toenemen.

Haalbare behandeldoelen formuleren samen met het kind waarbij het verwachte resultaat positief is, kan ook motiverend werken. Dit is nodig om versterking van een negatief zelfbeeld en het in stand houden van irrationele cognities tegen te gaan.

Een kind dat zijn kwaliteiten laag inschat, zal meer gemotiveerd zijn indien er meer aandacht is voor leerdoelen dan voor prestatiedoelen. Bij het opstellen van behandeldoelen en het uitvoeren van het behandelplan is het van belang om te focussen op het therapieproces in plaats van op de te behalen eindresultaten.

Hieronder volgt een korte beschrijving van de methode Kids' Skills. Wij hebben deze toegevoegd omdat we hier positieve ervaringen mee hebben opgedaan tijdens het werken aan de casuïstieken. Het is een bruikbare methode bij het aanleren van (motorische) vaardigheden.

Kids' Skills

Dit is een methode waarmee kinderen op een positieve, constructieve manier problemen overwinnen door nieuwe vaardigheden te leren (Furman, 2009).

Het programma van Kids' Skills omvat vijftien achtereenvolgende stappen. Het is gebaseerd op het idee dat kinderen geen problemen hebben, maar alleen problemen met vaardigheden die zij nog niet hebben geleerd. Met andere woorden, de meeste problemen waarmee kinderen geconfronteerd worden, angsten slechte gewoonten en dergelijke, kunnen worden gezien als vaardigheden die onvoldoende zijn ontwikkeld. Door de relevante vaardigheden te leren overwint het kind de problemen die daarmee samenhangen.

Bij Kids' Skills begint de oplossing met het vertalen van het probleem in vaardigheden, dat wil zeggen, door vanuit een probleem te komen tot een besef van de vaardigheid die vereist is om dit probleem te overwinnen. Het aanleren van deze vaardigheid zal kinderen meer aanspreken dan het idee dat ze een oplossing moeten vinden voor het probleem.

Tijdens de methode wordt er gewerkt aan het opbouwen van motivatie bij het kind om de vaardigheid te leren. Wanneer de belangstelling van het kind is gewekt voor het leren van de vaardigheid wordt het kind gestimuleerd in het oefenen van de vaardigheid.

Wanneer het kind de vaardigheid heeft geleerd vindt er een beloning plaats.

De vijftien stappen van de methode Kids' Skills zijn uitgewerkt in bijlage 15.

6.2.3 Aanbevelingen ten aanzien van groepsbehandelingen

In deze paragraaf wordt een aanzet gegeven voor aanbevelingen ten aanzien van groepsbehandelingen. Wij hebben gekozen voor deze aanvulling, omdat we in de enquête

wel aandacht besteed hebben aan mogelijke problematiek rondom groepsbehandelingen, maar de door ons gebruikte vraagstelling in de enquête helaas niet geleid heeft tot concrete conclusies hieromtrent. Uit informele contacten met collegae en uit eigen ervaring blijkt echter dat er wel degelijk sprake is van een hulpvraag op dit gebied.

We werken in onze praktijk minimaal één keer per week met een oefengroepje en hebben middels literatuuronderzoek, een casestudy en het inzetten van kennis opgedaan in de Master SEN opleiding tot gedragsspecialist, de eigen praktijktheorie met betrekking tot de (kinder)fysiotherapeutische werksetting uitgebreid.

Het doel was het vergroten van onze theoretische kennis met betrekking tot klassenmanagement en groepsdynamica en het toepassen van deze pedagogisch/didactische kennis binnen (kinder)fysiotherapeutische groepslessen. Tijdens het bestuderen van literatuur voor dit onderdeel zijn wij er achter gekomen dat methodes en zienswijzen met betrekking tot bovenstaande bijna oneindig zijn.

Wij hebben een keuze gemaakt uit de theorieën en methoden die ons het meest aanspraken en het meest geschikt leken voor toepassing binnen de fysiotherapeutische oefensituatie. Ons sprak het boek van Kaat Timmerman (2000) aan, welke gebaseerd is op de zelfinstructiemethode van Meichenbaum.

De actieve manier waarop in dit boek, vooral in de “Vorbereidingsfase”, de verschillende aspecten worden aangepakt en geoefend passen ons inziens uitstekend binnen de fysiotherapeutische groepsbehandeling.

Uit de literatuur blijkt dat het zeer belangrijk is om bij de start van een nieuw groepje meteen de eerste lessen tijd en aandacht te investeren in het duidelijk maken van de regels en de gevolgen van het al dan niet naleven van deze regels. Leenders (1994) zegt hierover: “Het invoeren van regels en routines zal vooral bij jonge kinderen veel tijd kosten, maar wanneer een leerkracht hier in het begin van het jaar voldoende tijd aan besteedt, zal zij dit in de loop van het jaar ruim terugwinnen.” Ook Johnson & Johnson (2008) geven aan dat als een groep pas begint het over het algemeen nog onduidelijk is wat er van hen verwacht wordt. In deze eerste fase is het van belang dat de begeleider zal uitleggen wat er van de groep en van ieder individu verwacht wordt.

Naast het investeren in het verduidelijken van de regels, is het tot stand brengen van een positieve interdependentie (= wederzijdse afhankelijkheid) in de eerste fase ook heel belangrijk.

Positieve interdependentie heeft volgens Johnson & Johnson (2008) ook een groot aantal effecten op de motivatie en de productiviteit van de groepsleden. Ook binnen het beloningssysteem moet het zodanig functioneren dat inspanning van ieder op eigen niveau nodig is en de beloning haalbaar. Ieder individu in de groep moet zich aansprakelijk voelen. Wij denken dat oefeningetjes om regels te verinnerlijken aangevuld met oefeningen waarbij de nadruk ligt op samenwerking, in dit opzicht prima oefeningen zijn om in de beginfase van de groepsbehandeling mee te starten.

Omdat de groepsbehandelingen binnen de kindfysiotherapeutische werksetting over het algemeen gericht zijn op het jongere kind is ook de voorgestelde aanpak vooral gericht op deze doelgroep. Het gaat dan over kinderen vanaf de kleuterleeftijd tot en met een jaar of zeven. Voor de uitwerking zie bijlage 16.

6.3 Vervolgtraject

Na het uitvoeren van dit praktijkonderzoek kunnen wij concluderen dat ons eigen handelen, ten aanzien van de begeleiding van kinderen met problematisch gedrag, duidelijk verbeterd is.

Het gehele onderzoek was voor ons zeker zinvol en zeer leerzaam.

Belangrijke uitgangspunten voor ons verder handelen liggen op het gebied van implementering van de verworven kennis in de praktijk bij directe collegae.

Wij zullen dit onder andere doen door individuele coaching van collegae indien zij handelingsverlegenheid ervaren tijdens de behandeling van een kind met problematisch gedrag.

Tevens zullen wij het team gaan begeleiden bij het bepalen en implementeren van beleid, ten aanzien van problematisch gedrag bij kinderen binnen onze fysiotherapie praktijk, zodat er meer uniformiteit komt in het handelen binnen de praktijk, maar zeker ook om de kwaliteit van ons handelen ten aanzien van kinderen met problematisch gedrag te vergroten. Het team wordt door ons middels teamcoaching begeleid in het uitvoeren van een uniform beleid ten aanzien van problematisch gedrag. Voor de uitwerking verwijzen wij naar bijlage 17.

Het coachen en begeleiden van individuele collegae zal de vorm hebben van consultatieve leerlingbegeleiding (CLB). Waarbij het kind (de patiënt) begeleid zal worden middels het begeleiden van de behandelend fysiotherapeut. Als gedragsspecialist binnen onze praktijk vervullen wij hierbij de rol van coach en expert. In een gesprek met de behandelaar die een probleem ervaart binnen de behandelsituatie van een specifiek kind, zal dit probleem verduidelijkt worden. Wat zou de oorzaak van het probleem kunnen zijn en wat houdt dit probleem in stand? Zijn het kind-, behandelomgeving- of behandelaarfactoren? Er worden prioriteiten gesteld waarbij gekeken wordt naar de factoren die het snelst tot resultaat leiden. Er worden samen afspraken gemaakt op de korte en lange termijn, waarna het proces geëvalueerd wordt.

Een directe factor (zie paragraaf 4.2.2.8) is bijvoorbeeld de instructie die de behandelend fysiotherapeut aan het kind geeft. Kan deze korter en duidelijker, meer concreet? Maar ook zaken als de organisatie van de behandeling kunnen besproken worden. Zijn de regels voor het kind duidelijk? Geef liefst weinig maar wel duidelijke regels en handhaaf deze ook.

Een ander belangrijk punt is het pedagogisch handelen van de behandelaar. Over het algemeen heeft de (kinder)fysiotherapeut weinig tot geen pedagogische scholing genoten. Dit blijkt ook uit de enquête waarin de meeste respondenten ervaring, als belangrijkste onderbouwing van hun handelen ten aanzien van problematisch gedrag, aangeven. Wij kunnen als expert binnen de organisatie onze collegae pedagogische adviezen aanreiken zoals het binnen de behandelsituatie benoemen van gewenst gedrag van het kind, het complimenteren, het hanteren van een beloningssysteem, maar ook het bespreekbaar maken van gevoelens waardoor het inspelen op wat het kind nodig heeft gemakkelijker wordt.

Na het verbeteren van ons eigen handelen en dat van directe collegae in de praktijk zou het zinvol kunnen zijn een apart document te ontwikkelen, waarin alle gedragsbeïnvloedende interventies duidelijk en overzichtelijk zijn uitgewerkt, zodat het als een losstaand geheel gelezen en gebruikt kan worden, eventueel door derden.

6.4 Vervolgonderzoek

Mogelijk vervolgonderzoek zou gericht kunnen zijn op het meten van de effectiviteit van de hierboven beschreven interventies bij een grote onderzoekspopulatie. Wij hebben het in de vorm van casestudies gedaan die in principe geen algemene geldigheid hebben, hoewel wij ons bij het gebruik van de casestudies binnen dit onderzoek baseren op Kallenberg e.a. (2007). Hij geeft aan dat het mogelijk is door nauwgezet onderzoek op het spoor te komen van inzichten, waarvan je mag verwachten dat ze ook gelden voor vergelijkbare gevallen.

7. Discussie en reflectie

In dit hoofdstuk wordt het uitgevoerde onderzoek bediscussieerd, tevens wordt gereflecteerd op het eigen leerproces.

7.1 Discussie onderzoek

In de volgende paragrafen wordt de aanpak, de uitvoerbaarheid, de acceptatie en de effectiviteit van het onderzoek besproken. Aangevuld met een paragraaf waarin de eigen tevredenheid over het onderzoek besproken wordt.

7.1.1 De aanpak van het onderzoek

De vraagstelling van ons onderzoek komt voort uit onze eigen hulpvraag. Door onder andere de vraagstelling voor te leggen aan critical friends werd deze aangescherpt en de haalbaarheid besproken. Daarna besloten we ons onderzoek te splitsen in twee delen. Het eerste deel bestaat uit een enquête aangevuld met diepte-interviews om richting te geven aan onze brede onderzoeksvraag, de term problematisch gedrag is immers heel breed en we hebben niet de illusie dat we volledig kunnen zijn. De enquête en de interviews geven ons zowel informatie over de problemen waar we op moeten insteken, als informatie over de manier waarop (kinder)fysiotherapeuten met problematisch gedrag binnen hun praktijk omgaan en waar interventies gewenst zijn. We hebben gekozen voor een groot verspreidingsgebied voor onze enquête om het draagvlak te vergroten.

In het tweede gedeelte van ons onderzoek werden gedragsbeïnvloedende interventies vanuit verschillende bronnen samengevoegd en verwerkt.

Zoals beschreven in paragraaf 6.3 zou het ontwikkelen van een los document waarin de gedragsbeïnvloedende interventies zijn opgenomen zinvol kunnen zijn. Echter gezien de omvang van ons onderzoek hebben wij niet gekozen voor het samenstellen van een dergelijk document omdat wij daar, op een later tijdstip onder minder druk, een zo professioneel mogelijk document van zouden willen maken.

7.1.2 De uitvoerbaarheid van het onderzoek

Het onderzoek was goed uitvoerbaar. We kregen gelukkig de medewerking van de Regionale Vereniging van Fysiotherapeuten voor Kinderen (RVFK), zij wilden de enquête die wij digitaal hebben opgezet, voor ons verspreiden onder hun leden. Zowel de enquête- als interviewvragen bleken duidelijk voor de betrokkenen. Er waren geen noemenswaardige problemen bij het ontwikkelen van de enquête. Het digitaal verzenden verliep echter minder vlekkeloos, maar uiteindelijk is ook dit gelukt. Bij het verwerken van de gegevens waarbij wij het statistiekprogramma SPSS en het rekenprogramma Excel gebruikten, kregen we hulp van een docent van Fontys OSO. Dit alles kostte veel tijd en we hebben het tijdpad een beetje

moeten bijstellen. Dit leverde gelukkig geen problemen op in het verdere verloop van het onderzoek.

7.1.3 De acceptatie van het onderzoek

De acceptatie van het onderzoek hebben wij onder andere getoetst door de eerste versie van de enquête voor te leggen aan zeer deskundige critical friends zoals John Jeninga (orthopedagoog werkzaam bij het Ruud de Moor Centrum en auteur van diverse publicaties over gedragsproblemen), Raymond Ostelo (epidemioloog), Wil Moonen (collega kinderfysiotherapeut) en Mayke Reumkens (begeleidster van dit meesterstuk, orthopedagoog, intern begeleider en Fontys docent). De feedback was door de uiteenlopende achtergrond van deze critical friends nogal divers en liep uiteen van feedback op de opzet van de enquête en de gebruikte terminologieën tot inhoudelijke feedback. Na het verwerken van deze feedback hebben we de enquête als pilot voorgelegd aan zes (kinder)fysiotherapeuten waarna deze nog verder werd aangescherpt en uiteindelijk verspreid. Door de opmerkingen die collegae onder aan de enquête konden invullen en de reacties van collegae tijdens de interviews zijn we ervan overtuigd dat deze materie erg leeft onder de (kinder)fysiotherapeuten. Veel mensen reageerden erg enthousiast en er werd diverse malen gevraagd naar verspreiding van de resultaten na afronding van dit praktijkonderzoek.

7.1.4 De effectiviteit van het onderzoek

Wij hopen met ons onderzoek een bijdrage te leveren aan het uitbreiden van de praktijktheorie. Dat dit leidt tot verbetering in de praktijk hebben wij reeds ondervonden, doordat wij door het toepassen van deze interventies in onze dagelijkse praktijk binnen en buiten onze casuïstieken, merken dat probleemsituaties voortkomend uit problematisch gedrag, meetbaar veranderen. Daar komt bij dat de gebruikte, en in dit praktijkonderzoek verwerkte, interventies gebaseerd zijn op modellen, theorieën en concepten die onderbouwd worden vanuit de literatuur en waarbij grote consensus bestaat over de toepasbaarheid binnen het onderwijs. Tevens blijkt uit de enquête en de interviews dat een klein gedeelte van de interventies reeds wordt toegepast binnen het fysiotherapeutisch handelen van een aantal collegae, zoals de methode Meichenbaum. Het zou interessant zijn om de in dit onderzoek gepresenteerde interventies breed te implementeren en na een bepaalde periode effectonderzoek te doen om te kijken of de door ons ervaren en gemeten verbeteringen ook de validiteittoets kunnen doorstaan.

7.1.5 De eigen tevredenheid over het onderzoek

We zijn tevreden over de gevolgde werkwijze. Het proces heeft geleid tot de dataverzameling die wij bij aanvang voor ogen hadden. Echter, vooral het zonder voorkennis ontwikkelen en verwerken van de enquête heeft bloed, zweet en tranen gekost. Het maken van een enquête die duidelijk is en leidt tot de data die je beoogt te verzamelen is geen sinecure, dat was het in ieder geval niet voor ons.

Vanwege het grote adressenbestand wilden we de enquête digitaal verzenden en ontvangen. Ook hierin moesten we ons verdiepen. Het maken en verwerken van de geretourneerde enquêtes met behulp van Formdesk, Excel en SPSS was een in onze ogen onoverkomelijke hindernis. Echter met hulp van critical friends en anderen is het allemaal gelukt en dat is maar goed ook, omdat het ons inziens de basis is geweest van het proces dat geleid heeft tot een goed onderbouwd en breed gedragen overzicht van gedragsbeïnvloedende interventies.

We zouden zeker weer kiezen voor deze aanpak als dat nodig mocht zijn. Wel zouden we de vragen nog beter willen formuleren. We kwamen tijdens het verwerken van de gegevens erachter dat sommige vragen toch niet het gewenste antwoord opleverden. Na veel nadenken over en bijstellen van de vragen, kwamen we er op een gegeven moment toch achter dat dingen anders uitpakten. Het gehele onderzoek zouden we een volgende keer wel 'kleiner' uitvoeren. Hiermee wordt bedoeld dat we nu een onderzoeksvraag hebben geformuleerd die heel veel omvatte. Het onderzoek is achteraf gezien misschien te breed uitgevoerd. Bij een volgend onderzoek zouden we ons meer willen toespitsen op specifieke aspecten, zoals wij die nu wel als onderdeel van dit onderzoek uitgewerkt hebben. Bijvoorbeeld het meten van de effecten van de methode Kids' Skills in de (kinder)fysiotherapiepraktijk.

7.2 Reflectie op het eigen leerproces van Nicole Maas

7.2.1 Inleiding

We gaan het met z'n tweeën gewoon proberen dachten Hettie en ik, toen we de indruk hadden dat de Master SEN opleiding tot gedragspecialist wel eens zou kunnen bieden wat wij zochten. We liepen namelijk beide al geruime tijd tegen het feit aan dat wij steeds vaker kinderen met problematisch gedrag zien binnen ons fysiotherapeutisch werk, waardoor het behalen van de fysiotherapeutische behandeldoelen soms erg moeilijk is. Opleidingen en studieavonden die wij tot dan toe volgden boden ons inziens te weinig echt concrete handelingsadviezen en toen wij binnen ons vakgebied verder zochten naar geschikte opleidingen of cursussen omtrent problematisch gedrag bij kinderen, vonden wij die niet of voldeden ze niet aan onze eisen.

De diepgang en de uitgebreidheid van deze Master opleiding en de manier waarop de aangeboden lesstof verwerkt moest worden in casuïstieken en het meesterstuk heeft er voor gezorgd dat ik mij de aangeboden leerstof ook echt eigen kon maken.

Het onderzoeksonderwerp van dit meesterstuk sluit dan ook perfect aan bij de reden waarom we met deze opleiding begonnen zijn. Ik heb de afgelopen twee jaar ontzettend veel geleerd en durf zelfs te stellen dat mijn handelen en de communicatie, ten opzichte van kinderen in mijn werk, in zijn totaliteit veranderd is.

Dit meesterstuk is heel breed van opzet geworden. Dat heeft als voordeel dat ik er veel van geleerd heb. Het nadeel is het heel veel werk was omdat het onderzoek veel onderdelen heeft. Hierdoor kregen we wel de mogelijkheid om op veel terreinen leerervaring op te doen. Bijvoorbeeld het ontwikkelen, verspreiden en verwerken van een enquête, het ontwikkelen van vragen voor diepte-interviews, het afnemen van deze interviews en het

verwerken van deze gegevens en het distilleren van methoden, concepten en modellen uit het onderwijsaanbod die ook toepasbaar zijn binnen de fysiotherapeutische werksetting. Voor al deze onderdelen was literatuurstudie belangrijk waarbij het overigens soms goed zoeken was om geschikte literatuur te vinden.

Erg stimulerend vond ik overigens het enthousiasme en de bereidheid om mee te werken van zowel directe collegae als andere collegae die wij benaderden voor de enquête en de interviews. Dit enthousiasme ervoer ik trouwens ook bij de begeleiders en docenten van Fontys OSO. Ook zij deden steeds moeite om met ons mee te denken. Eerlijk gezegd had ik wat meer moeite met het fenomeen medestudenten als critical friends. Misschien ligt het aan het feit dat wij een ander vak uitoefenen, maar als ik terugkijk heeft dit nooit problemen opgeleverd tijdens het werken aan de opdrachten tijdens de lessen. Er was dan zelfs veel interesse voor ons verhaal. Ik denk eigenlijk dat het er meer aan lag dat wij steeds voorlagen bij de uitvoering van het meesterstuk. Medestudenten uit de LOL-groep hadden vaak moeite met meedenken omdat zij nog niet zo ver waren.

Mijn beste critical friend was absoluut mijn vriendin en collega Hettie. Doordat we steeds alles met elkaar konden doorspreken konden we elkaar helpen met het verduidelijken en verhelderen van lesstof en elkaar motiveren als dat even nodig was. Vooral dit meesterstuk is een geweldig samenwerkingsproject geweest waarin wij elkaar prima aanvulden. Het zegt genoeg dat er tijden waren dat we elkaar vaker zagen dan onze echtgenoten en kinderen.

7.2.2 Reflectie op basis van de Dublin Descriptoren

A. Kennis en inzicht

Het leerproces dat ik aanvankelijk voor ogen had op dit gebied heeft beslist plaatsgevonden. Mijn kennis en inzicht dat zich bij aanvang van dit meesterstuk, tevens het begin van deze Master SEN opleiding, bevond op het niveau van vakinhoudelijke kennis met betrekking tot de fysiotherapeutische behandeling van kinderen, is enorm uitgebreid. Veel kennis over gedragsproblemen en gedragsstoornissen en gedragsbeïnvloedende interventies had ik niet. Inhoudelijk gezien is mijn kennis over en inzicht in deze problematiek enorm toegenomen, maar niet te vergeten ook mijn kennis over de pedagogische kanten van het omgaan met kinderen met problematisch gedrag, het grote belang van reflecteren op jezelf maar zeker ook op het behandeltraject. Het werken aan dit meesterstuk heeft mij onder meer het belang van een onderzoekende houding laten zien. Daarbij gaat het over: “Hoe kan ik de zorg voor het kind op beleidsniveau verbeteren?” Maar ook: “Hoe kan ik op individueel behandelniveau onderzoeken hoe ik voor dit specifieke kind de optimale leeromgeving creëer?” De ontwikkeling die ik heb doorgemaakt draagt absoluut bij aan mijn professionele ontwikkeling als fysiotherapeut.

B. Toepassen van kennis en inzicht

Het in het kader van dit meesterstuk toepassen, van de binnen deze Master SEN opleiding aangereikte kennis, was voor mij een optimale manier om deze kennis te verinnerlijken. Ook kennis opgedaan uit literatuurstudie moest praktisch gestalte krijgen en dat is met name door de breedte van het meesterstuk goed gelukt. Door dit onderzoek kreeg ik tevens de mogelijkheid om via casestudies mijn nieuwe kennis en inzichten op individueel niveau in te

zetten maar ook op het niveau van groepsbehandelingen. Maar het inzetten van verworven kennis bij het coachen en adviseren van individuele collegae en bij het uitstippelen en implementeren van nieuw beleid, ten aanzien van problematisch gedrag bij kinderen praktijkbreed, heeft voor mij een absolute meerwaarde. Vooral dit laatste is leerwinst vanuit de opleiding waar ik geen voorkennis over had.

C. Oordeelsvorming

Als fysiotherapeut is het van belang om tot een professioneel eindoordeel te komen met betrekking tot de fysiotherapeutische diagnose, de behandeldoelen, het behandelplan en de prognose. Door het implementeren van Handelingsgerichte diagnostiek waarbij er oog is voor de rol die gedrag kan spelen binnen het bereiken van de fysiotherapeutische behandeldoelen, is er een extra dimensie toegevoegd aan het proces waarin een oordeel over een kind gevormd moet worden. Het in het kader van dit meesterstuk ontwikkelde intakeformulier kan hier een belangrijke rol in spelen.

Daarnaast heeft oordeelsvorming een belangrijke rol gespeeld gedurende het hele onderzoekstraject. Het gaat dan bijvoorbeeld om het ontwikkelproces van de enquête maar er moest ook een oordeel gevormd worden over de toepasbaarheid van interventies binnen de fysiotherapie.

D. Communicatie

Op het gebied van communicatie heb ik waarschijnlijk het grootste leerproces doorlopen. Het verdiepen in en het verwerken van concepten zoals het oplossingsgericht werken hebben mijn manier van communiceren wezenlijk veranderd. Ook het toepassen van Handelingsgericht werken in het kader van dit meesterstuk heeft geleid tot meer structuur in de communicatiemomenten, maar heeft ook het belang laten zien van geregelde en tijdige communicatie met zowel het kind als zijn omgeving. Het overleg met collegae heeft er ook een dimensie bij gekregen in die zin dat er nu mogelijkheden zijn om, indien nodig, te adviseren en te coachen als er sprake is van handelingsverlegenheid ten aanzien van kinderen met problematisch gedrag.

E. Leervaardigheden

Ik merkte dat, doordat je als fysiotherapeut gewend bent om veel bij- en nascholingen te doen, je toch al beschikt over een arsenaal van leervaardigheden. De uitgebreidheid en duur van deze studie dwingt je echter nog meer om bijvoorbeeld ook je eigen thuissituatie zodanig te structureren dat de voor deze opleiding benodigde studie-uren hierin een plaats krijgen.

Een ander voorbeeld van het beschikken over leervaardigheden is het feit dat het gelukt is om steeds weer de inhoud van lesstof, formats, concepten en modellen, van de onderwijssetting naar de fysiotherapeutische setting te vertalen.

Een onderzoekende houding is mijns inziens onontbeerlijk als het gaat om het doorlopen van een onderzoekstraject. Omdat ons onderzoek zo breed is moest er op veel gebieden onderzoek gedaan worden. Bijvoorbeeld: "Hoe ontwikkel ik een enquête?". "Aan welke eisen moet een enquête voldoen?". "Hoe zorg ik ervoor dat er zo veel mogelijk

respondenten zijn?”. En zo waren er bij ieder onderdeel van het onderzoek weer nieuwe zaken te ontdekken en te leren. Zonder onderzoekende houding was dit nooit gelukt!

7.3 Reflectie op het eigen leerproces van Hettie Herber

7.3.1 Inleiding

In maart 2008 liep de behandeling van een autistisch kind volledig uit de hand. Het kind begon tijdens de behandeling te schreeuwen en te tieren. Ik moest de behandeling staken omdat ik het kind niet rustig kon krijgen. De moeder kwam vervolgens huilend de behandelruimte binnen en vertelde dat haar zoon dit gedrag ook thuis en op school liet zien en dat ze niet wist hoe ze met het gedrag van haar zoon moest omgaan. Haar kind was al eerder in een andere fysiotherapiepraktijk in behandeling geweest, maar daar werd de therapie door de behandelende fysiotherapeut gestopt. De fysiotherapeut gaf aan dat hij het extreme gedrag dat het kind liet zien nog nooit eerder had meegemaakt. Hij wist niet hoe hij met het gedrag moest omgaan, hij kon zijn fysiotherapeutische behandeldoelen niet bereiken en dat was voor hem de reden om de behandeling te stoppen. De moeder gaf naar mij toe aan dat ze hoopte dat ik de behandeling niet zou stoppen omdat haar zoon de therapie hard nodig had vanwege zijn lichamelijke handicap.

Deze gebeurtenis en het feit dat ik in de fysiotherapiepraktijk steeds meer kinderen met problematisch gedrag zie, was voor mij de aanleiding om een opleiding te gaan volgen die mij handelingsadviezen kon aanreiken in het begeleiden van kinderen met problematisch gedrag. In een gesprek met Nicole, goede vriendin en collega, kwam naar voren dat ook zij graag meer wilde weten over problematisch gedrag van kinderen en hoe je daar mee om moet gaan. We zijn op zoek gegaan naar een opleiding die ons datgene kon bieden wat we zochten. In september 2008 zijn we aan de Fontys hogeschool te Sittard gestart met de Master SEN opleiding tot gedragsspecialist. De opleiding is gericht op het onderwijs en wordt voornamelijk gevolgd door leerkrachten. Nicole en ik zijn geen leerkrachten en moesten daarom heel veel informatie vertalen naar onze eigen werksetting. Het was voor mij van meerwaarde dat ik dit samen met Nicole kon doen.

Een onderdeel van de opleiding is het uitvoeren van een praktijkonderzoek, iets wat ik nog nooit gedaan had.

Het onderzoek was gericht op onze eigen hulpvraag. De hulpvraag hebben we tot de centrale onderzoeksvraag gemaakt. Nicole en ik hebben besproken wat we wilden onderzoeken, hoe we de informatie zouden verzamelen en wat er vervolgens met de conclusies van het onderzoek gedaan zou worden. Doordat het onderzoek uit verschillende onderdelen bestond werd het breed van opzet. Daardoor heb ik er veel van geleerd maar bracht het ook veel werk met zich mee.

In het begin van het onderzoek concentreerden we ons op het ontwikkelen, het verspreiden en verwerken van een enquête. Dit was niet eenvoudig. Het verwerken van wat je te weten wilt komen in een vraag, die voor iedereen helder en duidelijk is en die door iedereen op dezelfde manier wordt geïnterpreteerd, was lastig. Vragen zijn door ons heel vaak herschreven en anders geformuleerd.

Ik ben me er van bewust dat de vragenlijst die uiteindelijk verspreid is niet helemaal perfect was maar hij heeft ons wel de informatie opgeleverd die we wilden verkrijgen.

Het verwerken van de enquêtegegevens in SPSS was voor mij nieuw. Ik vond het interessant om met dit programma te werken en ik werd ook heel enthousiast toen er, nadat de antwoorden waren ingevoerd en bepaalde handelingen waren verricht, mooie grafieken tot stand kwamen.

Het werken in SPSS is echter heel specialistisch. Ik realiseer me dat ik maar een heel klein gedeelte van de mogelijkheden van het programma heb gebruikt en dat ik mij het programma niet eigen heb gemaakt. Indien ik een volgende keer het programma zou gebruiken, zou ik weer hulp moeten inschakelen.

Het afnemen van de interviews vond ik leuk. Een dergelijk persoonlijk gesprek biedt de mogelijkheid om vragen verder te verhelderen. Je kunt je eigen gevoel in een gesprek meegeven aan de ander zodat de ander een duidelijker beeld krijgt van wat je wilt weten. De gesprekken verliepen heel goed en dat komt volgens mij onder andere door het feit dat Nicole en ik beiden mensen zijn die gemakkelijk contact leggen en open en eerlijk in de communicatie met een ander zijn. Ik denk dat ik kan zeggen dat een ander zich snel op zijn gemak voelt bij ons.

Het schrijven van de conclusies uit de interviews vond ik bewerkelijk. De interviews zijn lange gesprekken geworden waarin soms een zijweg werd ingeslagen. Om toch uit de informatie de juiste gegevens te verzamelen, was een hele klus.

Het werken aan de gedragsbeïnvloedende interventies binnen de geïntegreerde casuïstieken en het meesterstuk leverde mij grote leerwinst op, omdat deze interventies direct toepasbaar zijn tijdens het werken met kinderen met problematisch gedrag. Mijn handelen bij kinderen met problematisch gedrag is dan ook in totaliteit veranderd.

Tijdens de hele opleiding hebben Nicole en ik enthousiast gewerkt aan opdrachten, casuïstieken en aan het praktijkonderzoek. Het enthousiasme en de medewerking van directe collegae, begeleiders en docenten van Fontys OSO werkte extra stimulerend.

Gedurende ons gehele praktijkonderzoek hebben we meer gehad aan de medewerking van critical friends buiten de opleiding dan critical friends (medestudenten) binnen de opleiding. Dit hangt natuurlijk samen met het feit dat Nicole en ik fysiotherapeuten zijn maar zeker ook met het feit dat wij al vrij snel met ons onderzoek konden starten terwijl anderen nog bezig waren met het formuleren van een onderzoeksvraag. Het meedenken tijdens de LOL bijeenkomsten over bepaalde zaken wordt moeilijk als niet iedereen even ver gevorderd is met zijn of haar praktijkonderzoek.

Zoals ik al eerder vermeld heb was de samenwerking met Nicole voor mij van grote meerwaarde, zij was mijn beste critical friend. Het hele praktijkonderzoek is uitgevoerd in goede samenwerking met elkaar.

7.3.2 Reflectie op basis van de Dublin Descriptoren

A. Kennis en inzicht

Het praktijkonderzoek en tevens de hele Master SEN opleiding heeft er toe bijgedragen dat mijn kennis en inzicht in de begeleiding van een kind met problematisch gedrag is

toegenomen. Door het volgen van de kennislijn kreeg ik veel theoretische informatie over gedragsproblemen en gedragsstoornissen waardoor mijn kennis en inzicht op inhoudelijk gebied over deze problematiek is toegenomen.

Als fysiotherapeut ben ik verantwoordelijk voor het opzetten van een behandelplan en het formuleren van behandeldoelen bij een kind met een motorisch probleem. Nu mijn kennis en inzicht op het gebied van gedragsproblemen, gedragsstoornissen en gedragsbeïnvloedende interventies zijn toegenomen ben ik ook beter in staat om behandeldoelen te formuleren met betrekking tot het problematisch gedrag van een kind en hoe ik daar binnen de fysiotherapeutische behandeling mee om moet gaan in de vorm van pedagogische begeleiding van het kind. Het belang van reflecteren op het eigen handelen, als ook het belang van een onderzoekende houding, speelt daarbij een grote rol.

Ik ben me er van bewust dat wij in ons onderzoek niet volledig zijn geweest, wij hebben ons gericht op een beperkt aantal gedragsproblemen. In de toekomst wil ik mijn kennis en inzicht, ook met betrekking tot andere gedragsproblemen, verder uitbreiden.

B. Toepassen van kennis en inzicht

Het werken aan het praktijkonderzoek heeft mij aangezet tot het lezen van literatuur over uiteenlopende zaken, zoals het gedrag van kinderen en methoden om daar op een goede manier mee om te gaan gericht op verbeteren van mijn eigen handelen, daarnaast heb ik literatuur bestudeerd over hoe je een praktijkonderzoek moet uitvoeren, uitwerken en beschrijven.

Ik ben de aangereikte lesstof vanuit de Master SEN opleiding en de door mij bestudeerde literatuur gaan toepassen in praktijk situaties waarvan er drie door mij beschreven zijn in de vorm van een uitgewerkte casus.

Door te werken aan de geïntegreerde casuïstieken heb ik de theoretische kennis verder kunnen verdiepen en uitwerken waardoor ik mij de leerstof meer eigen heb gemaakt. Ik ben van mening dat juist door te werken aan de casuïstieken er meer verdieping van de stof ontstaat. Het was voor mij in ieder geval een goede manier om de leerstof te verwerken en eigen te maken.

Het praktijkonderzoek en de geïntegreerde casuïstieken gaven mij de mogelijkheid om uit te zoeken welke kennis en inzichten, die toepasbaar zijn binnen het onderwijs, ook toepasbaar zouden zijn in de fysiotherapiepraktijk. Tijdens het gehele onderzoek heb ik steeds met Nicole gebrainstormd over methoden die wij in de praktijk zouden kunnen gaan gebruiken. De grootste leerwinst van de hele opleiding was voor mij de verandering in communicatie en benadering naar kinderen toe.

Vooraf het samen met een kind zoeken naar oplossingen en het oplossingsgericht werken heeft mijn fysiotherapeutisch handelen positief beïnvloed.

C. Oordeelsvorming

Als fysiotherapeut beoordeel ik onder andere het motorisch functioneren van kinderen. Ik formuleer behandeldoelen, zet een behandelplan op en voer dit uit.

Door het volgen van de opleiding en het werken aan het meesterstuk ben ik nu ook beter in staat een oordeel te vormen over het gedrag van een kind. Ik ben in staat om problematisch gedrag bij kinderen in een vroege fase te signaleren, meetinstrumenten in te zetten om het

gedrag in kaart te brengen, het gedrag van een kind te evalueren en daar mijn eigen handelen op af te stemmen zodat ik een kind met problematisch gedrag beter fysiotherapeutisch kan begeleiden.

D. Communicatie

Om te kunnen voldoen aan deze Dublin descriptor moet men het onderzoek of een gedeelte daarvan presenteren op een platformdag. Ik ben naar mijn mening wel in staat om conclusies, evenals de kennis, motieven en overwegingen die hieraan ten grondslag liggen, duidelijk over te brengen op een publiek van specialisten of niet-specialisten maar het daadwerkelijk uitvoeren van een presentatie was voor mij een groot leermoment. Ik vind het spreken voor een groep niet gemakkelijk en ik vond het vreselijk om een presentatie te moeten geven. Door de goede samenwerking met Nicole en door een goede voorbereiding is de presentatie goed verlopen en is deze positief ontvangen door de toehoorders. De wetenschap dat ik wist waarover ik sprak en dat ik zelf inhoudsdeskundige ben gaf mij een sterk gevoel tijdens de presentatie.

Zoals ik al eerder beschreven heb is het oplossingsgericht werken en de manier van communiceren die daarmee samenhangt voor mij een groot leerproces geweest. Het in het kader van dit meesterstuk toepassen van handelingsgericht werken heeft geleid tot het invoeren van structurele overlegmomenten met zowel het kind als ook zijn ouders en school. In de communicatie naar collegae toe is verandering opgetreden. Er is nu de mogelijkheid, indien door een collega handelingsverlegenheid ervaren wordt ten aanzien van kinderen met problematisch gedrag, te adviseren en te coachen. Ik heb in mijn tweede casus een collega gecoacht in het begeleiden van een kind, ik heb gewerkt met oplossingsgerichte technieken om samen met de collega te zoeken naar de oplossing. Dit coachen verliep goed en is als positief ervaren door mijn collega.

In de toekomst wil ik mijn coachingsvaardigheden nog verder gaan ontwikkelen. Dit zal plaatsvinden in het vervolgtraject zoals beschreven staat in hoofdstuk 6.

E. Leervaardigheden

Ik ben, als fysiotherapeut, gewend om regelmatig bij- en nascholingen te volgen. Deze studie is echter van dien aard dat je een duidelijke planning en structurering in de dagindeling moet aanbrengen om uren vrij te maken voor de studie. Dit is mij en Nicole goed gelukt, we zijn twee jaar lang iedere woensdagochtend samen gekomen en hebben daarnaast op andere dagen vrij weten te maken voor onze studie.

Een voorbeeld van het beschikken over leervaardigheden is, zoals ik reeds eerder beschreven heb, het feit dat het Nicole en mij gelukt is om de aangereikte lesstof om te zetten naar onze eigen werksetting.

Een ander voorbeeld van het beschikken over leervaardigheden is het hebben van een onderzoekende houding. Het uitvoeren van het praktijkonderzoek vereist een onderzoekende houding. Mijns inziens hebben Nicole en ik een goede onderzoekende houding laten zien. Bij ieder onderdeel van ons onderzoek waren nieuwe dingen te ontdekken en te leren.

8. Samenvatting

Praktijkonderzoek in het kader van het afstudeerproject van de Master SEN opleiding tot gedragsspecialist.

Onderzoeksvraag: Hoe begeleid ik binnen de (kinder)fysiotherapeutische werksetting, een kind dat gedragsproblemen vertoont naar de zone van naaste motorische ontwikkeling?

Opzet: Een ontwerpgericht praktijkonderzoek waarbij gegevens, verkregen uit een door ons ontwikkelde en verspreide enquête aangevuld met diepte interviews, richting gaven aan het ontwikkelen van een overzicht van gedragsbeïnvloedende interventies die inzetbaar zijn binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk.

Onderzoeksgroepen:

1. Fysiotherapeuten die werken met kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar die problematisch gedrag laten zien. Allen zijn lid van de Regionale Vereniging van Fysiotherapeuten voor Kinderen (RVFK).
2. Kinderen van 4 tot 12 jaar die problematisch gedrag laten zien binnen het (kinder)fysiotherapeutisch onderzoek en de behandeling, waarbij het vaakst handelingsverlegenheid ervaren wordt door de leden van de eerste onderzoeksgroep.

Methode: De enquête en de interviews werden afgenomen onder de eerste onderzoeksgroep. De casestudies zijn uitgevoerd onder de tweede onderzoeksgroep. Literatuurstudie vormde het draagvlak onder het gehele onderzoek.

Belangrijkste resultaten enquête en interviews: Door de respondenten van de enquête werd het vaakst handelingsverlegenheid ervaren bij de gedragsstoornissen ASS en ADHD. Bij de kinderen met gedragsproblemen werd bij aandacht- en concentratieproblemen, impulsiviteit, autistisch gedrag, opstandig gedrag en hyperactiviteit het vaakst handelingsverlegenheid ervaren. De aanpak van problematisch gedrag binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk is vooral gebaseerd op de ervaring van de desbetreffende behandelaar, aangevuld met kennis opgedaan tijdens studieavonden en kennis die verkregen wordt door in gesprek te gaan met andere collegae en met ouders. Tijdens de interviews komt duidelijk naar voren dat er weinig tot geen concrete methoden gebruikt worden om met problematisch gedrag om te gaan. Er worden wel hulpmiddelen ingezet zoals pictogrammen, een time-timer, beloningssystemen en dergelijke. Een andere belangrijke conclusie uit de interviews is dat er een duidelijke behoefte bestaat aan een vertaalslag vanuit de theorie naar de fysiotherapiepraktijk, met betrekking tot het omgaan met problematisch gedrag bij kinderen.

Validiteit: Ons onderzoek is intern valide omdat het voldoet aan triangulatie. Wij hebben namelijk gebruik gemaakt van methodetriangulatie en bronnentriangulatie bij het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag. Ons onderzoek is extern valide omdat de onderzoeksgroep representatief was voor de totale populatie fysiotherapeuten die met kinderen werken. Wij hebben gekozen voor een grote onderzoeksgroep die in samenstelling overeenkomt met die van de totale groep fysiotherapeuten die met kinderen werken. Externe validiteit wordt versterkt door het gebruik van theoretische generalisatie. Het resultaat van ons onderzoek, namelijk het overzicht van gedragsbeïnvloedende interventies, wordt vanuit de literatuur onderbouwd, omdat het aannemelijk is dat interventies die bewezen werkzaam zijn in schoolse en thuissituaties, ook werkzaam zijn binnen de (kinder)fysiotherapeutische werksetting.

Conclusie: Uit het onderzoek komt naar voren dat collega (kinder)fysiotherapeuten weinig tot geen specifieke methoden hanteren om met problematisch gedrag van kinderen om te gaan. Wel wordt in beperkte mate gebruik gemaakt van hulpmiddelen die het gedrag van een kind in positieve zin kunnen beïnvloeden. Dit gegeven bevestigde ons vermoeden dat er weinig concrete methoden en hulpmiddelen beschikbaar zijn voor de (kinder)fysiotherapeut over hoe om te gaan met problematisch gedrag bij kinderen in de fysiotherapeutische werksetting. (Kinder)fysiotherapeuten zijn over het algemeen niet bekend met gedragsbeïnvloedende interventies die ingezet kunnen worden tijdens het fysiotherapeutisch begeleiden van een kind. Dit heeft tot gevolg dat de kennis die er is, over het algemeen een eigen interpretatie is van algemene kennis over het omgaan met kinderen met problematisch gedrag, waarbij de concrete aanpak gebaseerd is op de positieve ervaringen die men heeft.

Het antwoord op onze centrale onderzoeksvraag, namelijk aanbevelingen ten aanzien van het omgaan met kinderen van 4 tot 12 jaar met problematisch gedrag binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk, is onder andere tot stand gekomen door het inzetten van methoden uit het onderwijs die ons binnen de Master SEN opleiding tot gedragspecialist werden aangereikt of die wij ons eigen maakten door het verwerken van theorie uit literatuurstudie in casuïstieken. Een aantal methoden bleek namelijk ook prima inzetbaar binnen de (kinder)fysiotherapeutische werksetting. Wij maken in dit overzicht onderscheid in aanbevelingen ten aanzien van de aanpak van problematisch gedrag op organisatorisch gebied binnen de (kinder)fysiotherapie praktijk, aanbevelingen ten aanzien van de individuele onderzoek- en/of behandel situatie en aanbevelingen ten aanzien van groepsbehandelingen.

Literatuurlijst

- Beek, A. ter, & Nieuwenbroek, A. (1999). *Faalangst aan de start. Handleiding voor de basisschool*. 's-Hertogenbosch: KPC groep.
- Booth, T., & Ainscow, M. (2007). *Index voor inclusie. Werken aan leren en participeren op school*. Tilburg: Fontys Opleidingscentrum Speciale Onderwijszorg.
- Dunn, W. (1999). *Sensory Profile-NL. 3 t/m 10 jaar Handleiding*. U.S.A.: Hartcourt Test Publishers.
- Furman, B. (2009). *De methode Kids' Skills. Op speelse wijze vaardigheden ontwikkelen bij kinderen*. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Harinck, F. (2007). *Basisprincipes praktijkonderzoek*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Jeninga, J. (2008). *Professioneel omgaan met gedragsproblemen*. Baarn: HBUitgevers.
- Johnson, W. & Johnson, P. (2008). *Groepsdynamica. Theorie en vaardigheden*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Kallenberg, T., Koster, B., Onstenk, J. & Scheepsmma, W. (2007). *Ontwikkeling door onderzoek. Een handreiking voor leraren*. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- Koning, A, Krol, R.J. van der & Weller, S.D. (1999). *Remweg?! Doetinchem: Gradient educatieve uitgaven*.
- Leenders, Y. (1994). *Klassenmanagement in de onderbouw*. Hoevelaken: Christelijk Pedagogisch Studiecentrum.
- Lieshout, T. van (2002). *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Litière, M. (2001). *'Ik kan dat niet!' zegt mijn kind. Omgaan met faalangst bij kinderen*. Tielt (België): Lannoo nv.
- Nieuwenbroek, A., & Reinalda, S. & Vries, J. de (1998). *Handboek faalangsttraining*. 's-Hertogenbosch: KPC groep.
- Pameijer, N., & Beukering, T. van (2007). *Handelingsgerichte diagnostiek*. Leuven (België): Uitgeverij Acco.
- Ploeg, J.D. van der, & Scholte, E.M. (2007). *Handleiding Sociaal-Emotionele Vragenlijst*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Stanford, G. (1997). *Groepswork in het onderwijs*. Baarn: Uitgeverij Intro.

Timmerman, K. (2000). *Kinderen met aandachts- en werkhoudingsproblemen*. Leuven: Uitgeverij Acco.

Verhulst, F. (2002). *Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

Vocht, A de (2005). *Basisboek SPSS 13 voor windows*. Utrecht: Bijleveld press.

Vries, P. de, & Boer, H. de (2007). *Handboek ouders in de school*. Amersfoort: CPS.

Internetpublicaties:

Fysiotherapiepraktijk Nelly Groothuis. *Uitgangspunten kinderfysiotherapie*. Geraadpleegd op 28 januari 2010, via <http://www.ftng.nl/specialisaties.htm>.

Groeneveld, E. (2005). *Motivatatieproblemen op school*. Geraadpleegd 26 november 2008, via <http://www.motivatatieproblemenopschool.nl>

KU Leuven (2000-2002). *Actief en constructief leren. Leren is interactief*. Geraadpleegd op 28 januari 2010, via <https://www.kuleuven.be/algidid/difdyn1.php3?klike=cmapi1tac32-07&gr=1>

Thesaurus Zorg en Welzijn. *Zorgketens*. Geraadpleegd op 1 februari 2010, via <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/zorgketens.htm>

Universiteit Utrecht (2006). *Syndroom van Down op school*. Geraadpleegd op 1 februari 2010, via <http://www.syndroomvandownopschool.web-log.nl/>

Survey-onderzoek: steekproeven. *Bepalen van steekproeftrekking*. Geraadpleegd op 1 maart 2010, via <http://www.habe.hogent.be/stat/survey/steekproef.html>

Artikels:

Schuman H. (2007) Passend onderwijs - pas op de plaats of stap vooruit? *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 46, 267-280.

Strouken J. (2009) In de periferie van passend onderwijs. Van generalist naar specialist. *Tijdschrift voor remedial teaching*, 5, 12-14.

Bijlage 1 Inclusie

Wij zijn werkzaam in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk voor algemene- en kindfysiotherapie De Bundeling te Brunssum.

Ons inziens is onze praktijk een zeer inclusief instituut. Alle patiënten zijn welkom. Een kanttekening is echter dat er wel sprake moet zijn van behandelbare grootheden. Dat wil zeggen dat als het probleem niet binnen het fysiotherapeutisch domein valt wij niet tot behandeling overgaan.

Ook is het zo dat als een patiënt een (deel)behandeling of specialisatie nodig heeft die wij niet in huis hebben, deze patiënt wordt doorverwezen naar een andere praktijk die wel over deze kennis beschikt.

Er zijn binnen onze praktijk tien medewerkers. Van deze medewerkers zijn negen personen werkzaam als fysiotherapeut en één als administratief medewerkster. Tevens zijn er twee praktijk eigenaren die ook als fysiotherapeut werkzaam zijn. Zij vormen de directie.

Er is een onderverdeling in vijf algemeen fysiotherapeuten waarvan er vier ook geschoold zijn in kinderbehandelingen en vijf geregistreerde kindfysiotherapeuten. Deze geregistreerde kindfysiotherapeuten behandelen onder andere hele jonge kinderen van 0 tot en met 2 jaar, dit gebeurt bijna altijd aan huis.

Voor de collegae die vooral in de praktijk werken geldt dat het contact zeer laagdrempelig is. Dit komt onder andere doordat je bij het wisselen van patiënt elkaar regelmatig, vaak ieder half uur, treft in het kantoortje en het dus gemakkelijk is om even iets te vragen of te overleggen. Dit overleg kan vakinhoudelijk of organisatorisch van aard zijn.

Voor de collegae die vooral aan huis werken geldt dit natuurlijk niet, wel is het zo dat zij regelmatig binnenlopen en dat alle collegae elkaar treffen bij de vergadering die eens in de zes weken gehouden wordt. Ook is er geregeld vakinhoudelijk overleg, waarin wij proberen van elkaar te leren.

Tijdens de vergadering worden zaken besproken op zowel strategisch, tactisch als operationeel niveau.

Alle medewerkers wordt gevraagd mee te denken over bijvoorbeeld de missie en visie van onze praktijk. Ook over beleidsmatige zaken, zoals het aannemen van nieuw personeel en dergelijke, wordt uitgebreid gesproken en ieders mening wordt in de uiteindelijke beslissing meegenomen.

Op het gebied van de kindfysiotherapie is het zo dat er door alle medewerkers gestreefd wordt naar een optimale samenwerking tussen behandelaar en kind (patiënt), maar ook tussen behandelaar en ouders. Vooral dit laatste is belangrijk vanwege coöperatie op het gebied van het naleven van tips, adviezen en huiswerk oefeningen. Dit is vaak van wezenlijk belang voor het slagen van de therapie.

De samenwerking met externen zoals verwijzers, andere zorgverleners en school vormt een belangrijk onderdeel van ons werk. Het uitwisselen van informatie is voor alle partijen essentieel en komt de zorg voor het kind ten goede. Kanttekening is wel dat wij gebonden zijn aan het beroepsgeheim en dat uitwisseling van informatie met andere personen behalve de directe verwijzer, alleen mogelijk is met uitdrukkelijke goedkeuring van de ouders of verzorgers.

Er worden haalbare eisen gesteld aan het kind en we proberen realistische verwachtingen, dat hoeven dus niet persé hoge te zijn, te stellen bij het kind.

De praktijk is fysiek toegankelijk voor iedereen. Met als minpunt dat er helaas geen rolstoeltoilet is.

Iedereen, zowel (nieuwe) collegae als patiënten worden geholpen om zich thuis te voelen in onze praktijk. Er heerst een ongedwongen, open sfeer waarin iedereen zijn zegje kan doen. Door het persoonlijke contact met de meeste patiënten is de relatie meestal ongedwongen doch professioneel.

Er wordt door alle collegae veel bij- en nageschoold. Hierdoor beschikken wij over diverse specialisaties hetgeen de inclusiegedachte ten goede komt. Er zijn dus meer mogelijkheden om op de diverse hulpvragen in te spelen en diverse patiëntenpopulaties te bedienen.

Er wordt, indien mogelijk, rekening gehouden met de voor de betreffende patiënt zo optimaal mogelijke afspraaktijden, waardoor het voor iedereen mogelijk moet zijn om na school of werk onze praktijk te bezoeken.

Kinderen en ouders worden actief betrokken bij de behandeling, in de zin van meedenken, huiswerk enzovoort.

De uiteenlopende expertise binnen onze praktijk wordt benut door, indien mogelijk, de patiënt bij die collega in te plannen die voor de betreffende hulpvraag de meeste kennis in huis heeft.

Het volgen van de opleiding tot gedragspecialist is geheel in overeenstemming met de inclusiegedachte omdat op de eerste plaats bij onszelf, maar middels interne kennisoverdracht ook bij de andere collegae, de kennis over de achtergronden van problematisch gedrag en het omgaan met en begeleiden van kinderen waarbij het problematisch gedrag een bepalende rol speelt, is toegenomen. Hierdoor zijn er meer mogelijkheden om het onderzoek en de behandeling nog beter af te stemmen op wat het kind nodig heeft.

Bijlage 2 Vragenlijst Index voor inclusie

Index voor Inclusie

Deel 4 – Overzichten en vragenlijsten

Vragenlijst 1 – Indicatoren

Kruis aan wat uw relatie tot de school is:

Leerkracht ☐ Klassenassistent ☐ Ander personeelslid ☐
Leerling ☐ Ouder/verzorger ☐ Bestuurder ☐ Directie ☐

Anders (omschrijf kort):

Kruis het vakje aan om uw mening aan te geven:

Dimensie A Creëren van inclusieve CULTUUR

		Mee eens	Soms wel/niet	Niet mee eens	Meer info nodig
A1.1	Iedereen is van harte welkom.				
A1.2	Leerlingen helpen elkaar.				
A1.3	Personeel werkt samen.				
A1.4	Personeel en leerlingen behandelen elkaar met respect.				
A1.5	Er is partnerschap tussen personeel en ouders/verzorgers.				
A1.6	Personeel en bestuurders werken goed samen.				
A1.7	De plaatselijke gemeenschap wordt betrokken bij de school.				
A2.1	Er worden hoge verwachtingen gesteld aan alle leerlingen.				
A2.2	Personeel, bestuurders, leerlingen, en ouders/verzorgers delen de inclusiegedachte.				
A2.3	Leerlingen worden gelijk gewaardeerd.				
A2.4	Personeel en leerlingen behandelen elkaar als mens en ook als 'persoon met bepaalde rol of functie'.				
A2.5	Personeel streeft er naar barrières bij leren en participeren in alle aspecten van de school weg te werken.				
A2.6	De school streeft er naar om alle vormen van discriminatie weg te werken.				

Dimensie B Maken van inclusief BELEID

		Mee eens	Soms wel/niet	Niet mee eens	Meer info nodig
B1.1	Benoemingen en promoties van personeel gebeuren eerlijk.				
B1.2	Ieder nieuw personeelslid wordt geholpen om zich thuis te voelen in de school.				

B1.3	De school streeft er naar om alle leerlingen uit de buurt toe te laten.				
B1.4	De school zorgt ervoor dat de gebouwen fysiek toegankelijk zijn voor iedereen.				
B1.5	Iedere nieuwe leerling wordt geholpen om zich thuis te voelen in de school.				
B1.6	De school organiseert haar groepen op zo'n manier dat iedere leerling gewaardeerd wordt.				
B2.1	Alle vormen van ondersteuning worden gecoördineerd..				
B2.2	Bij- en nascholingsactiviteiten van en voor het personeel helpen hen om in te spelen op de diversiteit van leerlingen.				
B2.3	Beleid op het gebied van specifieke onderwijsbehoeften is een inclusief beleid.				
B2.4	Mogelijkheden, regelingen en afspraken om deelname aan regulier onderwijs te bevorderen, worden gebruikt om de barrières bij leren en participeren te verlagen.				
B2.5	Ondersteuning voor leerlingen die Nederlands leren als tweede taal en de interne begeleiding worden op elkaar afgestemd.				
B2.6	Ondersteunend beleid voor leerlingen met moeilijk interpreteerbaar gedrag gekoppeld aan de ontwikkeling van het onderwijsprogramma en het beleid rond de interne begeleiding.				
B2.7	De druk om leerlingen om disciplinaire redenen van school te sturen neemt af.				
B2.8	Barrières om aanwezig te zijn op school worden kleiner.				
B2.9	Pesten wordt teruggedrongen.				

Dimensie C Ontwikkelen van inclusieve PRAKTIJK

		Mee eens	Soms wel/niet	Niet mee eens	Meer info nodig
C1.1	Lessen worden gepland met het leren van alle leerlingen in gedachten.				
C1.2	Lessen stimuleren de participatie van alle leerlingen.				
C1.3	Lessen ontwikkelen begrip voor verschillen.				
C1.4	Leerlingen worden actief betrokken bij hun eigen leerproces.				
C1.5	Leerlingen leren samen.				
C1.6	Beoordeling draagt bij tot de prestatie van alle leerlingen.				
C1.7	Discipline in de klas is gebaseerd op wederzijds respect.				
C1.8	Leerkrachten plannen, geven les en evalueren in partnerschap.				
C1.9	Klassenassistenten ondersteunen het leren en participeren van alle leerlingen.				
C1.10	Huiswerk draagt bij aan het leren van iedereen.				
C1.11	Alle leerlingen nemen deel aan activiteiten in de klas				
C2.1	Verschillen tussen leerlingen worden gebruikt als hulpbron bij het leren en onderwijzen.				
C2.2	De expertise van het personeel wordt ten volle benut.				
C2.3	Het personeel ontwikkelt hulpbronnen om het leren en het participeren te ondersteunen.				
C2.4	Hulpbronnen in de omgeving van de school zijn bekend en worden gebruikt.				
C2.5	Hulpbronnen van de school worden eerlijk verdeeld ter ondersteuning van de inclusie.				

Prioriteiten voor ontwikkeling

1	
2	
3	
4	
5	

Bijlage 3 Zelfscan

	Vragen	Doorhalen wat niet van toepassing is
1	Het is voor ouders duidelijk bij wie ze waarvoor moeten zijn op school.	Ja/Nee
2	Ouders worden regelmatig betrokken in het meedenken over het beleid van de school.	Ja/Nee
3	Ieder jaar krijgen ouders huisbezoek.	Ja/Nee
4	Het is de taak van de directie de klachten op te lossen.	Ja/Nee
5	Iedere leraar kent de inhoud van de dossiers van zijn leerlingen.	Ja/Nee
6	Ouders worden op de hoogte gehouden van wat er zich in de klas afspeelt.	Ja/Nee
7	Ouders worden op allerlei terreinen actief ingezet.	Ja/Nee
8	Op school zijn ouders altijd welkom.	Ja/Nee
9	Ouders voelen zich even verantwoordelijk voor de school als het personeel.	Ja/Nee
10	Aan het begin van het jaar wordt een activiteitenkalender aan de ouders uitgereikt.	Ja/Nee
11	Ouders denken actief mee over het beleid op de school.	Ja/Nee
12	De school geeft regelmatig aandacht aan opvoedingsvraagstukken.	Ja/Nee
13	Leraren zijn over het algemeen op de hoogte van de belangrijke dingen die zich in de gezinnen afspelen.	Ja/Nee
14	De school organiseert regelmatig activiteiten waarbij ouders worden uitgenodigd.	Ja/Nee
15	Meehelpen op school door ouders wordt spontaan in de wandelgangen geregeld.	Ja/Nee
16	Het komt niet voor dat ouders plotseling geconfronteerd worden met belangrijke beslissingen die de school neemt.	Ja/Nee
17	Op school is een klachtenprotocol voor ouders aanwezig.	Ja/Nee
18	De school is erop uit evenveel verantwoording af te leggen aan de ouders als aan de inspectie.	Ja/Nee
19	De ouders voelen zich medeverantwoordelijk voor de resultaten van de school.	Ja/Nee
20	De school hecht waarde aan het verstrekken van duidelijke informatie aan ouders.	Ja/Nee
21	De school staat altijd open voor suggesties van ouders.	Ja/Nee
22	Over het algemeen zijn alle leraren zeer vriendelijk.	Ja/Nee
23	De leraar/mentor kent zijn leerlingen goed.	Ja/Nee
24	Er wordt een beroep gedaan op de verantwoordelijkheid van ouders.	Ja/Nee
25	De school heeft de ouders duidelijk verteld wat ze wel en wat ze niet doet (de school heeft haar taken helder afgebakend).	Ja/Nee

Bijlage 4 Schema onderwijssorgsysteem

ONDERWIJSZORGSTEEEM

Vier typen leerlingenzorg

In het INK-model, een kwaliteitssysteem dat ook binnen non-profit-settings een brede acceptatie geniet, worden vier organisatietypen onderscheiden die door de expertgroep 'Kwaliteit van zorg' vertaald zijn naar vier typen leerlingenzorg binnen scholen. Deze typen sluiten aan bij de modellen van leerlingenzorg (a t/m d) die hiervoor beschreven zijn:

Type I: incidentele zorg

De school die incidentele zorg biedt, richt haar leerlingenzorg op het ad hoc bijspijkeren van leerlingen die niet in staat zijn op eigen kracht het reguliere onderwijs te volgen. Wie afhaakt wordt door een zorgspecialist apart genomen en weer 'op niveau' gebracht. We zien dit type leerlingenzorg met name op scholen die werken met homogene groepen, die sterk vak- en onderwijsgeoriënteerd zijn, die het accent leggen op de cognitieve ontwikkeling van leerlingen en waar in de rolopvatting van de docenten het vakinhoudelijke aspect domineert. Onderwijs en zorg zijn niet geïntegreerd en zorgspecialisten opereren los van docenten.

Type II: georganiseerde zorg

Op een school die georganiseerde zorg biedt, wordt leerlingenzorg gezien als een apart aspect met een eigen invalshoek en een eigen systematiek en dynamiek. De zorg is gericht op 'leerlingen met problemen'. De leerlingenzorg is samenhangend en transparant georganiseerd volgens de zorgcyclus signaleren – diagnosticeren – handelen. Kenmerkend voor scholen met dit type leerlingenzorg is dat deze plan-do-check-act-cyclus ook wordt doorlopen bij andere processen, zoals bijvoorbeeld bij het leren van individuele leerlingen en bij het beleid. Dit type leerlingenzorg treffen we vooral aan op scholen die werken met homogene groepen, maar waar beperkte differentiatie mogelijk is. De totale leerling staat centraal in het zorgsysteem, dus niet alleen diens cognitieve ontwikkeling. Onderwijs en zorg zijn van elkaar gescheiden; zorgspecialisten werken samen in een zorgteam.

Type III: geïntegreerde zorg

Een school met geïntegreerde zorg verschuift de focus van de individuele leerling naar het pedagogisch proces. De zorgdimensie maakt integraal onderdeel uit van het pedagogisch proces en van het pedagogisch handelen van elke docent. Deze school legt het accent op het flexibel organiseren van onderwijs- en zorgtrajecten en beoogt met het onderwijsaanbod optimaal aan te sluiten bij de competenties en behoeften van de (heterogene) leerlingengroepen. Het onderwijsprogramma is vraaggestuurd en heeft een curatief én preventief karakter. De integratie van onderwijs en zorg krijgt gestalte in de vorming van zelfsturende teams, waarin zorgspecialisten en docenten gezamenlijk verantwoording dragen voor het geïntegreerde onderwijsprogramma. Zorgkennis en zorgvaardigheden worden overgedragen aan alle docenten. Het onderwijs is zowel gericht op de cognitieve ontwikkeling als op de persoonlijkheidsvorming van leerlingen.

Type IV: ketenzorg

Scholen met ketenzorg werken vanuit een geïntegreerde oriëntatie; de zorg op deze scholen overstijgt de grenzen van de eigen school. Deze scholen profiteren niet alleen van het grotere verband van de eigen scholengemeenschap, maar ook van externe partners zoals jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg, politie en maatschappelijk werk. Bij het zorgbeleid worden meer deskundigheden ingezet. Er is sprake van boveninstitutionele samenwerking en gezamenlijke uitgangspunten en werkwijzen doordat de zorg op het niveau van het samenwerkingsverband en andere zorgnetwerken wordt gecoördineerd. Er is een keten van instellingen die samen het zorgproces vormgeven, ieder met hun eigen specifieke bijdrage. We kunnen de meerwaarde van het ketenmanagement aanmerken als verruiming en verdieping.

Omschrijving

Tot welk van deze 4 typen behoort de school uit jouw werk/stagesituatie
Beargumenteer de keuze: in algemene zin en met concrete voorbeelden

Proces Leerlingenzorg

Voor de ontwikkeling van de leerlingenzorg is vooral de cyclus van de uitvoering van leerlingenzorg van belang

- Signaleren: (doel, door wie, wat
- Diagnostiseren: doel, door wie, procedure
- Handelen: doel, opstellen en uitvoeren van handelingsplannen, gerichtheid
- Monitoren: doel, intensiteit, wijze
- Evalueren: doel, intensiteit, door we, wijze

We nemen deze over voor ieder onderdeel, waardoor het mogelijk wordt de eigen school hier een plaats in te geven.

Signaleren	Incidentele zorg (type 1)	Georganiseerde zorg (type 2)	Geïntegreerde zorg (type 3)	Ketenzorg (type 4)
Doel	☐ Ad hoc vaststellen van individuele achterstand	☐ Systematisch vaststellen van individuele achterstand	☐ Optimalisering van de inrichting van het reguliere onderwijs- en zorgproces, waardoor signalering ingebed is in het geïntegreerde proces	☐ Zie 3, in overleg met samenwerkingsverband
Signaleren door	☐ De individuele docent	☐ De mentor/klastitularis of individuele docent volgens signaleringsprocedure	☐ Het (kern)team (docenten en zorgspecialisten) eventueel samen met externe professionals	☐ Zie 3, Signaleringsprocedure wordt vastgesteld in samenwerkingsverband
Signaleren van	☐ Afwijkingen in de leervorderingen bij individuele leerlingen	☐ Alarmsignalen via verzameld materiaal / leerlingvolgsysteem	☐ Het beeld uit leerlingenbespreking op grond van verzameld materiaal	☐ Zie 3: De signaleringsprocedure is samen met de partners in het SWV opgezet
Nadere toelichting				

Diagnostiseren	Incidentele zorg (type 1)	Georganiseerde zorg (type 2)	Geïntegreerde zorg (type 3)	Ketenzorg (type 4)
Doel	☐ Ad hoc bepalen van (cognitief) tekort	☐ Systematisch bepalen van (cognitief en/of sociaal-emotioneel) tekort	☐ Optimalisering van onderwijs- en zorgproces, waardoor diagnosticering plaatsvindt voor en tijdens en na het handelen	☐ Optimalisering van onderwijs- en zorgproces in overleg met SWV
Diagnose door	☐ Interne of externe zorgprofessionals	☐ Interne zorgprofessionals, eventueel samen met de docent, mentor/klastitularis en eventueel in samenwerking met externe zorgprofessionals	☐ Het (kern)team in samenwerking met interne en externe zorgprofessionals	☐ Een geïntegreerd team met partners in SWV en andere externe partners
Procedure	☐ Diagnose-instrumenten worden beperkt gebruikt en zijn gericht op het aanbod van zorgactiviteiten	☐ Diagnostiseren is gericht op het zorgaanbod dat de school heeft	☐ Het (kern)team zoekt in samenwerking met interne en externe zorgspecialisten naar de best mogelijke diagnose-instrumenten en procedures (intern, extern)	☐ De diagnose is integraal opgezet en wordt vastgesteld in het SWV en met andere externe partners

Nadere toelichting

Handelen	Incidentele zorg (type 1)	Georganiseerde zorg (type 2)	Geïntegreerde zorg (type 3)	Ketenzorg (type 4)
Doel	☐ Leerlingen individueel en incidenteel op groepsniveau brengen	☐ uitvoeren (en bijstellen) van individuele handelingsplannen	☐ Geïntegreerd onderwijsprogramma voor leerlingengroepen met vergelijkbare zorgbehoefte. Daarnaast – indien nodig – individuele handelingsplannen	☐ (Voornamelijk) geïntegreerd onderwijsprogramma vast te stellen in overleg met SWV
Opstellen en uitvoeren van handelingsplannen door	☐ Interne en externe zorgspecialisten	☐ Interne en/of externe zorgspecialisten, eventueel samen met de docent of de mentor/klastitularis	☐ Het (kern)team in nauwe samenwerking met de zorgspecialisten (in- en extern)	☐ Het proces rond handelingsplannen is integraal opgezet en wordt vastgesteld in SWV
Handelingsplan gericht op	☐ Het handelen van individuele zorgspecialisten	☐ Het handelen van zorgspecialisten binnen het kader van zorgtrajecten	☐ Het handelen door het gehele (kern)team (docenten én zorgspecialisten)	☐ Het handelen door het hele team en met partners in SWV en externe partners (verbreding en verdieping)
Nadere toelichting				

Monitoren	Incidentele zorg (type 1)	Georganiseerde zorg (type 2)	Geïntegreerde zorg (type 3)	Ketenzorg (type 4)
Doel	☐ Controle op afspraken	☐ Tussentijds bijstellen en optimaliseren van zorgtrajecten van individuele leerlingen	☐ Tussentijds bijstellen en optimaliseren (opnemen in beleidsplan) van het geïntegreerd onderwijsprogramma	☐ Informatie wordt uitgewisseld tussen de partners onderling teneinde de leerlingenzorg te verbeteren
Intensiteit	☐ Monitoring vindt niet of nauwelijks plaats	☐ Alleen resultaatmetingen aan het einde van het zorgtraject	☐ Tussentijdse metingen van leervorderingen en de ontwikkeling van de leerlingengroep	☐ Uitvoering van de monitoring van het proces van leerlingenzorg wordt regelmatig besproken door partners in de keten
Wijze	☐ Knelpunten in de uitvoering worden ad hoc gemeld	☐ Het verloop van de uitvoering van de handelingsplannen wordt regelmatig besproken door de betrokken professionals	☐ De uitvoering van gezamenlijke afspraken wordt besproken in het team en cyclisch bijgesteld	☐ Gezamenlijke vaststelling van het monitorsysteem in het SWV en andere externe partners in de keten
Nadere toelichting				

Evalueren	Incidentele zorg (type 1)	Georganiseerde zorg (type 2)	Geïntegreerde zorg (type 3)	Ketenzorg (type 4)
Doel	☐ Evaluatie en bijstelling per vak en per handelingsplan	☐ Evaluatie en bijstelling van zorgtrajecten van individuele leerlingen	☐ Evaluatie en bijstelling van het geïntegreerde onderwijs- en zorgproces	☐ Evaluatie en verbetering van de effectiviteit van de leerlingenzorg met partners in de regio
Intensiteit	☐ Nauwelijks of geen evaluatie	☐ Elk jaar binnen de school	☐ Ten minste een maal per jaar (maar bij voorkeur meerdere malen) binnen het (kern)team van docenten en zorgspecialisten	☐ Elk jaar op het niveau van de SWV en partners in de regio
Evaluatie door	☐ De zorgspecialist met de docenten, de mentor/klastitularis, leerjaarcoördinator, intern pedagogisch begeleider	☐ Het zorgteam / Cel leerlingenbegeleiding	☐ Het geïntegreerde (kern)team	☐ Het SWV en partners
Wijze	☐ Mondeling, incidenteel (geen formulier of methode)	☐ Via formulieren en vragenlijsten	☐ Via een breed scala: formulieren, vragenlijsten, interviews, cijfermateriaal, (leerling)besprekingen, klachten	☐ De effectiviteit van de zorg wordt vergeleken met andere scholen en SWV (bench marking)
Nadere toelichting				

Cyclus uitvoering leerlingenzorg: naar Expertgroep Kwaliteit van zorg: Instrument Positiebepaling leerlingenzorg, 2001.

Literatuur

Expertgroep Kwaliteit van Zorg: *Instrument positiebepaling leerlingenzorg (2001)*, *Denken over leerlingenzorg*. Het conceptueel kader van de expertgroep (2003b). P/a Postbus 482, 5201 AL 's-Hertogenbosch. Tel: 073-6247247; internet: <http://kwaliteitvanzorg.vmbo-loket.nl>, e-mail : kwaliteitvanzorg@kpcgroep.nl.

Bijlage 5 Passend onderwijs

De rol van de gedragsspecialist binnen onze organisatie, een eerstelijns fysiotherapiepraktijk.

Net als binnen het onderwijs kan de gedragsspecialist ook binnen de fysiotherapeutische werksetting een rol van betekenis hebben.

Binnen de fysiotherapeutische werksetting is er net als in het onderwijs ook sprake van handelingsverlegenheid ten aanzien van het omgaan met problematisch gedrag bij kinderen. Veel fysiotherapeuten achten zich regelmatig onvoldoende in staat om kwalitatief goede fysiotherapeutische zorg te bieden aan een kind dat ernstig problematisch gedrag vertoont. In de door ons, in het kader van dit meesterstuk afgenomen enquête, geven veel collegae aan dat men onvoldoende is opgeleid om deze kinderen op een goede manier te kunnen begeleiden (zie bijlage 9 Resultaten van de enquête). De fysiotherapeut weet over het algemeen onvoldoende over het omgaan met problematisch gedrag van kinderen binnen de kindfysiotherapeutische werksetting.

Daarnaast hebben wij sterk de indruk dat er sprake is van een toename in het aantal verwijzingen van kinderen die naast een motorisch probleem ook problematisch gedrag vertonen. Het wordt van de fysiotherapeut dan min of meer verwacht dat hij/zij op een adequate manier kan omgaan met het gedrag van deze kinderen zodat fysiotherapeutische doelen bereikt kunnen worden zonder dat hier in veel gevallen een brede kennisbasis voor aanwezig is.

Het lijkt vreemd maar de oplossingen die binnen het onderwijs zouden moeten leiden tot 'Passend onderwijs' blijken na bestudering ook zeer toepasselijk voor het verwezenlijken van een betere behandelomgeving voor het kind binnen de fysiotherapiepraktijk, met name als het gaat om kinderen waarbij de behandelend fysiotherapeut tijdens het contact problemen ondervindt waardoor het bereiken van fysiotherapeutische behandeldoelen bemoeilijkt wordt.

Doordat we de Masteropleiding Special Educational Needs, leerroute gedragsspecialist volgen, kunnen wij de opgedane kennis inzetten binnen de organisatie. Dit kan zowel op het gebied van de individuele begeleiding van collegae als in de vorm van beleidsontwikkeling ten aanzien van het omgaan met kinderen met problematisch gedrag in onze beroepspraktijk. De progressieve kennis van en over gedragsproblemen heeft tot gevolg dat de kwaliteit van ons handelen toeneemt:

- De interne slagkracht is toegenomen.
- Er is meer specialisme aanwezig. Het in de praktijk inbrengen van Evidence based gegevens ten aanzien van het omgaan met problematisch gedrag is hiervan een belangrijk onderdeel.
- Er is sprake van competentievergroting bij de gedragsspecialisten die deze kennis binnen de praktijk delen op zowel individueel- als beleidsniveau.

Overigens sluit de ontwikkeling van 'Passend Onderwijs' naadloos aan bij de ontwikkelingen in het fysiotherapeutisch werkveld waar ook een verschuiving plaatsvindt van generalisten naar specialisten. Dit proces wordt door John Strouken beschreven in het artikel "In de periferie van passend onderwijs; van generalist naar specialist" (Strouken, 2009). Het citaat dat hij in dit artikel aanhaalt van Meijer (Meijer in Strouken, 2009) is interessant en helaas soms ook van toepassing voor de fysiotherapeutische zorg die een kind in sommige gevallen

niet krijgt of die doorgeschoven wordt omdat de patiënt een zodanige zorgbehoefte heeft dat er binnen die bepaalde werksetting niemand met het kind kan of wil werken. Het citaat luidt als volgt:

Niet alleen het didactisch handelen blijft achter, maar leraren zien het omgaan met zorgleerlingen vaak niet als een integraal onderdeel van hun taak, waardoor ze snel geneigd zijn om de verantwoordelijkheid voor deze leerlingen aan iemand anders over te dragen.

Lees fysiotherapeuten waar leraren staat en 'zorgpatiënten' waar zorgleerlingen staat. John Strouken haalt ook het gebrek aan middelen, het ontbreken van voldoende tijd voor reflectie en beperkte collegiale consultatie aan als in negatieve zin beïnvloedende factoren. Binnen de eerstelijns fysiotherapiepraktijk is dit absoluut ook het geval. Financiële middelen om de extra tijdsinbreng te compenseren die vaak nodig is voor het onderzoek en de behandeling van 'zorgpatiënten' zijn er vanuit de zorgverzekeraars absoluut niet. Tijd die besteed wordt aan overlegmomenten met ouders en andere zorgverleners, hetgeen bij deze kinderen veel vaker noodzakelijk is dan bij de gemiddelde patiënt, wordt niet vergoed. Laat staan het vergoeden van de tijdsinvestering die het consulteren van collegae bij 'probleemkinderen' vergt.

Net als Strouken kunnen wij ons afvragen of ook binnen de fysiotherapie 'de gevraagde' of zeg maar rustig 'de geëiste ontwikkelingen' wel gelijke tred houden met de mogelijkheden die er op dit moment binnen het systeem zijn. Cultuurveranderingen zijn echter niet eenvoudig te realiseren. Uit onderzoek in het onderwijs blijkt dat een aantal benaderingen ten aanzien van het ondersteunen van leraren effectief blijken te zijn. Ons inziens zou dat ook wel eens van meerwaarde kunnen zijn in onze werksituatie; het gaat dan om team-teaching, samenwerkend leren, een systematische aanpak van probleemgedrag en effectief werken in de praktijk. De organisatie van de zorg in de eerste lijn waarbij, door de privatisering van de zorg de financiële belangen van de zorgverzekeraars de maat aangeven voor behandelmogelijkheden, biedt hier echter geen enkele gefinancierde mogelijkheden. Er wordt veel verwacht van de behandelaar, namelijk net als in het onderwijs "een aanpak op maat", maar ondersteuning van competentievergroting is er niet bij.

Het ideaalplaatje dat door Strouken in zijn artikel wordt geschetst namelijk - *de generalist maakt plaats voor de specialist die direct beschikbaar is en zijn expertise kan inzetten ten behoeve van collegae en leerlingen* - wordt ook binnen onze beroepsgroep en haar omgeving zoals beroepsverenigingen en zorgverzekeraars, op dit moment als ideaalbeeld gezien. Het realiseren hiervan blijft echter de verantwoordelijkheid van iedere individuele fysiotherapeut die veel privé-tijd en -geld kwijt is om aan dit ideaalbeeld te voldoen. Het ondersteunen van deze ontwikkeling wordt door de overige partijen overigens vooral met de mond beleden.....

Hettie Herber en Nicole Maas
27 april 2010

Gebaseerd op Strouken J. (2009) In de periferie van passend onderwijs. Van generalist naar specialist. Tijdschrift voor remedial teaching, 5, 12-14.

Bijlage 6 Figuren motivatietheorieën

		LOCUS	
		<i>Intern</i>	<i>Extern</i>
STABILITEIT	<i>Stabiel</i>	Bekwaamheid	Moeilijkheidsgraad van de taak/ karakteristieken van de taak
	<i>Instabiel</i>	Inspanning	Geluk/kans

Figuur 1 Attributies (Pintrich en Schunck, 2002 in Groeneveld, 2005)

<u>Doel-oriëntatie</u>	<u>Vertrouwen in eigen kwaliteiten</u>	<u>Gedrag</u>
Prestatiedoel	<i>Hoog</i> ----->	Uitdaging opzoeken en volhouden
	<i>Laag</i> ----->	Uitdaging vermijden, niet volhouden
Leerdoel	<i>Hoog of Laag</i> ----->	Uitdaging zoeken op eigen niveau, volhouden

Figuur 2 Relatie doel-oriëntatie, vertrouwen in eigen kwaliteiten en gedrag (Pintrich en Schunk, 2002 in Groeneveld, 2005)

Bijlage 7 Tijdsplanning

Tijdpad	Activiteit/Doel	Opmerking
september- oktober 2008	Opstellen van de centrale onderzoeksvraag. Start casuïstieken.	Brainstormsessie met collega uitgevoerd en feedback gevraagd en gekregen van begeleider en critical friends op onze onderzoeksvraag waardoor deze concreter werd.
november 2008	Onderzoeksvraag koppelen aan soort onderzoek. Welke stappen moeten wij nemen om onze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden?	We kregen inzicht in wat we in kaart willen en moeten gaan brengen met behulp van onder andere een enquête.
Eind november 2008 – eind maart 2009	Ontwikkelen van de enquête. De enquête constant bijstellen en verfijnen om uiteindelijk tot een definitieve versie te komen die verstuurd gaat worden onder de doelgroep.	We hebben voorbeelden van enquêtes bekeken. Inhoud van de enquête samengesteld. Eerste opzet van de enquête verstuurd naar critical-friends en begeleider. Feedback van begeleider en critical-friends verwerkt. Schrijven en herschrijven van de enquête. Pilot versie onder directe collegae laten invullen. Aanpassen en herschrijven van de enquête na uitvoering van de pilot. Definitieve enquête geschreven en in formdesk, een digitaal programma waarmee je enquêtes kunt ontwikkelen en verzenden, geplaatst.
8 april 2009	Verzenden enquête.	Verzenden van de enquête via een link in mail naar het adressenbestand van het RVFK.

22 april 2009	Verzenden herinneringsmail enquête.	
Medio april 2009 – eind juli 2009	Verzamelen van data verkregen uit de enquête en start verwerking. Verwerking van deze gegevens in SPSS en Excel.	Literatuurstudie SPSS en Excel. Feedback gevraagd en gekregen van fontysmedewerkers ten behoeve van de gegevens verwerking.
mei 2009	Interviewvragen samenstellen.	
juni - juli 2009	Uitvoeren van interviews en verwerking gegevens interviews.	Bijstellen van tijdsplanning noodzakelijk. Uitvoeren van interviews zal na de zomervakantie plaatsvinden.
juli – augustus 2009	Literatuurstudie met betrekking tot de inhoud van het meesterstuk.	
september – december 2009	Uitvoeren interviews en verwerking van de gegevens.	Uitvoering van de interviews is goed en binnen de tijd afgerond. Conclusies uit interviews zijn samengevat.
januari 2010	Starten met schrijven van meesterstuk. Beëindigen casuïstieken.	Alle gegevens zijn verzameld, het schrijven van het meesterstuk start nu.
januari – juni 2010	Schrijven van het meesterstuk.	
14 juni 2010	Definitieve versie van het meesterstuk indienen.	

Bijlage 8 Enquête

Enquête ter inventarisatie van gedragsproblemen bij kinderen van 4 tot 12 jaar in de fysiotherapiepraktijk.

Met behulp van onderstaande enquête willen wij o.a. inventariseren hoeveel kinderen, in de leeftijd van 4 tot 12 jaar met problematisch gedrag, er in de (kinder)fysiotherapiepraktijk behandeld worden, in welke mate er mogelijk sprake is van handelingsverlegenheid en op welke wijze er met het gedrag van deze kinderen wordt omgegaan. Onder handelingsverlegenheid wordt verstaan: Het (nog) niet in staat zijn uw onderzoek/behandeling met een verantwoord resultaat te volbrengen.

Het invullen van de enquête neemt ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag. Indien u onderaan de enquête geen persoonlijke gegevens vermeld wordt de enquête volledig anoniem aan ons geretourneerd. De uit deze enquête verkregen gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld.

U ondersteunt ons door het invullen van deze enquête!

U gaat nu een aantal vragen beantwoorden die betrekking hebben op uw persoonlijke werksituatie.

1. Bent u kinderfysiotherapeut?

- ☐ Ja
☐ Nee, ik ben werkzaam als fysiotherapeut (algemeen practicus) en behandel ook kinderen.

2. Hoelang bent u reeds werkzaam met kinderen?

- ☐ 0-2 jaar
☐ 2-5 jaar
☐ 5-10 jaar
☐ 10-20 jaar
☐ >20 jaar

3. Waar bent u werkzaam? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ In lijn fysiotherapiepraktijk
☐ Ziekenhuis
☐ Revalidatiecentrum
☐ Regulier basisonderwijs
☐ Speciaal onderwijs
☐ JHV instelling (Jeugdhulpverlening)
☐ GGZ instelling (geestelijke gezondheidszorg)
☐ MKD (Medisch Kleuter Dagverblijf)
☐ KDC (Kinderdagcentrum)
☐ Anders, nl.

4. Bent u werkzaam met kinderen van 4 tot 12 jaar?

- ☐ Ja, graag doorgaan met het invullen van deze enquête.
☐ Nee, u kunt stoppen met het invullen van deze enquête. A.u.b. onderaan de pagina op "verzenden" klikken.

5. Hoeveel uur per week werkt u in een 1 op 1 setting met kinderen van 4 tot 12 jaar?

- ☐ 0-4 uur
☐ 4-8 uur
☐ 8-16 uur
☐ 16-24 uur
☐ 24-32 uur
☐ 32 uur - full-time
☐ Ik werk niet met kinderen van 4 tot 12 jaar in een 1 op 1 setting.

6. Hoeveel uur per week werkt u met kinderen van 4 tot 12 jaar in groepsverband (2 of meer kinderen)?

- ☐ 0-4 uur
☐ 4-8 uur
☐ 8-16 uur
☐ 16-24 uur
☐ 24-32 uur
☐ 32 uur - full-time
☐ Ik werk niet met kinderen van 4 tot 12 jaar in groepsverband.

De volgende 4 vragen hebben betrekking op het in kaart brengen van problematisch gedrag bij kinderen én de (kinder)fysiotherapeutische werksetting waarin u deze problemen tegenkomt.

Onder problematisch gedrag verstaan wij zowel gedragsstoornissen als gedragsproblemen.

Bij gedragsstoornissen ligt de oorzaak van het problematisch functioneren vooral in de aanleg van het kind.

Bij gedragsproblemen ligt de oorzaak van het problematisch functioneren meer in de omgeving (opvoeding, school, taak, buurt, traumatische ervaringen,...) van het kind.

7. Behandelt u kinderen van 4 tot 12 jaar die tijdens het contact met u problematisch gedrag laten zien?
- ☐ Ja, graag doorgaan met het invullen van deze enquête.
- ☐ Nee, u kunt stoppen met het invullen van deze enquête. A.u.b. onderaan de pagina op "verzenden" klikken.
8. Bij vraag 5 heeft u aangegeven hoeveel uur u met kinderen van 4 tot 12 jaar in een 1 op 1 setting werkt. Hoeveel procent van deze uren ziet u kinderen die problematisch gedrag laten zien? Indien u niet met kinderen van 4 tot 12 jaar in een 1 op 1 setting werkt, ga door naar vraag 9.
- ☐ 0-5%
- ☐ 5-25%
- ☐ 25-50%
- ☐ 50-75%
- ☐ 75-100%
9. Bij vraag 6 heeft u aangegeven hoeveel uur u met kinderen van 4 tot 12 jaar werkt in groepsverband (2 of meer kinderen). Hoeveel procent van deze uren werkt u met groepen waarin één of meerdere kinderen problematisch gedrag laten zien? Indien u niet met kinderen van 4 tot 12 jaar in groepsverband werkt ga door naar vraag 10.
- ☐ 0-5%
- ☐ 5-25 %
- ☐ 25-50 %
- ☐ 50-75 %
- ☐ 75-100 %
10. In welke behandelsetting, als het gaat om werken met kinderen van 4 tot 12 jaar die problematisch gedrag laten zien, bent u het meest handelingsverlegen?
- Onder handelingsverlegen zijn verstaan wij: Het (nog) niet in staat zijn uw onderzoek/behandeling met een verantwoord resultaat te volbrengen.
- ☐ In een 1 op 1 werksetting.
- ☐ Tijdens het werken met kinderen in groepsverband (2 of meer kinderen).
- ☐ Bij beiden in gelijke mate.

De volgende 7 vragen hebben betrekking op het werken met kinderen waarbij reeds een gedragsstoornis gediagnosticeerd is. We hebben een onderverdeling gemaakt in veel voorkomende gedragsstoornissen. Ons doel is inzicht krijgen in uw aanpak/benadering én de handelingsverlegenheid die u (eventueel) ervaart tijdens het werken met deze kinderen.

11. Welke gedragsstoornis(sen) ziet u in uw (kinder)fysiotherapeutische werksetting bij kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Autism spectrum stoornissen
- ☐ ADHD (aandachtsstoornis met hyperactiviteit)
- ☐ ODD (oppositieel opstandige gedragsstoornissen)
- ☐ CD (anti sociale gedragsstoornissen)
- ☐ ADD (aandachtsstoornis zonder hyperactiviteit)
- ☐ Depressie
- ☐ Angststoornis
- ☐ Anders, nl:

12. Welke van de onder vraag 11 genoemde gedragsstoornis(sen) ziet u het vaakst? Vul bij nummer 1 de gedragsstoornis in die het vaakst voorkomt, enz.....

- 1 :
- 2 :
- 3 :

13. Komt het voor dat u tijdens het werken met kinderen van 4 tot 12 jaar, waarbij een of meer van de onder vraag 11 genoemde gedragsstoornissen is gediagnosticeerd, in handelingsverlegenheid wordt gebracht?

- ☐ Nee, ga door naar vraag 17
- ☐ Ja.

14. Bij welke van de onder de vraag 11 genoemde gedragsstoornissen ervaart u het vaakst handelingsverlegenheid? Vul bij nummer 1 de gedragsstoornis in waarbij u het vaakst handelingsverlegenheid ervaart, enz.....

- 1 :
- 2 :
- 3 :

15. In welke mate ervaart u handelingsverlegenheid t.g.v. gedragsstoornissen tijdens het (kinder)fysiotherapeutisch onderzoek van kinderen van 4 tot 12 jaar?

- ☐ nooit
- ☐ soms
- ☐ geregeld
- ☐ vaak
- ☐ altijd

16. In welke mate ervaart u handelingsverlegenheid t.g.v. gedragsstoornissen tijdens de (kinder)fysiotherapeutische behandeling van kinderen van 4 tot 12 jaar?

- ☐ nooit
- ☐ soms
- ☐ geregeld
- ☐ vaak
- ☐ altijd

17. Waarop is uw aanpak/benadering gebaseerd, t.a.v. het gedrag van kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsstoornissen zoals vermeld onder vraag 11? (maximaal 5 antwoorden mogelijk).

- ☐ Ervaring.
- ☐ Aanpak/benadering gedoceerd binnen de opleiding kinderfysiotherapie.
- ☐ Aanpak/benadering gedoceerd binnen andere opleiding(en).
- ☐ Aanpak/benadering aangereikt tijdens studieavonden.
- ☐ Zelfstudie.
- ☐ Aanpak/benadering aangereikt door de ouders.
- ☐ Aanpak/benadering aangereikt door collegae.
- ☐ Aanpak/benadering aangereikt door de school/groepsleiding van het kind.
- ☐ _____
- ☐ Aanpak/benadering aangereikt door een gedagzog of psycholoog.
- ☐ Aanpak/benadering aangereikt door andere behandelaars van het kind.
- ☐ Het multidisciplinair behandelplan van het betreffende kind.
- ☐ Anders, nl: _____

De volgende vragen hebben betrekking op het werken met kinderen met gedragsproblemen en gedragsstoornissen die (nog) niet gediagnosticeerd zijn.

We hebben een onderverdeling gemaakt in veel voorkomende vormen van gedragsproblemen bij kinderen. Ons doel is inzicht krijgen in uw aanpak/benadering én de handelingsverlegenheid die u (eventueel) ervaart tijdens het werken met deze kinderen.

Onder handelingsverlegenheid wordt verstaan: Het (nog) niet in staat zijn uw onderzoek/behandeling met een verantwoord resultaat te volbrengen.

18. Welke gedragsproblemen ziet u in uw (kinder)fysiotherapeutische werksetting bij kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar? (meerdere antwoorden mogelijk).

- ☐ Aandacht-/concentratieproblemen
- ☐ Hyperactiviteit
- ☐ Impulsiviteit
- ☐ Opstandig gedrag
- ☐ Agressief gedrag
- ☐ Destructief gedrag
- ☐ Anti-sociaal gedrag
- ☐ Angstig gedrag in het algemeen
- ☐ Angstig-teruggetrokken gedrag
- ☐ Angstig-depressief gedrag
- ☐ Autistisch gedrag
- ☐ Faalangst
- ☐ Motivatie problemen
- ☐ Motorische onrust
- ☐ Anders, nl: _____

19. Welke van de onder vraag 18 genoemde gedragsproblemen ziet u het vaakst? Vul bij nummer 1 het gedragsprobleem in dat het vaakst voorkomt, enz....

1: 

2: _____

3: _____

20. Komt het voor dat u tijdens het werken met kinderen van 4 tot 12 jaar, door een of meer van de onder vraag 18 genoemde gedragsproblemen in handelingsverlegenheid wordt gebracht?

- ☐ Nee, ga door naar vraag 24
- ☐ Ja.

21. Bij welke van de onder vraag 18 genoemde gedragsproblemen ervaart u het vaakst handelingsverlegenheid? Vul bij nummer 1 het gedragsprobleem in waarbij u het vaakst handelingsverlegenheid ervaart, enz.....

1: 

2: _____

3: _____

22. In welke mate ervaart u handelingsverlegenheid t.g.v. gedragsproblemen tijdens uw (kinder)fysiotherapeutisch onderzoek van kinderen van 4 tot 12 jaar?

- ☐ nooit
- ☐ soms
- ☐ geregeld
- ☐ vaak
- ☐ altijd

23. In welke mate ervaart u handelingsverlegenheid t.g.v. gedragsproblemen tijdens uw (kinder)fysiotherapeutische behandeling van kinderen van 4 tot 12 jaar?

- ☐ nooit
- ☐ soms
- ☐ geregeld
- ☐ vaak
- ☐ altijd

24. Waarop is uw aanpak/benadering gebaseerd, t.a.v. het gedrag van kinderen van 4 tot 12 jaar, met een of meer van de onder vraag 18 genoemde gedragsproblemen? (maximaal 5 antwoorden mogelijk).

- ☐ Ervaring.
- ☐ Aanpak/benadering gedoceerd binnen de opleiding kinderfysiotherapie.
- ☐ Aanpak/benadering gedoceerd binnen andere opleiding(en).
- ☐ Aanpak/benadering aangereikt tijdens studieavonden.
- ☐ Zelfstudie.
- ☐ Aanpak/benadering aangereikt door de ouders.
- ☐ Aanpak/benadering aangereikt door collegae.
- ☐ Aanpak/benadering aangereikt door de school/groepsleiding van het kind.

Er volgen nu nog enkele algemene vragen.

25. Maakt u tijdens uw (kinder)fysiotherapeutisch onderzoek reeds gebruik van meetinstrument(en) om het gedrag van het kind in kaart te brengen?

☐ Nee

☐ Ja, nl:

26. Heeft u behoefte aan meer kennis, tips, handvatten omtrent het omgaan met gedragsproblemen bij kinderen?

☐ Nee

☐ Ja

27. Indien u bij vraag 26 ja heeft geantwoord, heeft u hier de mogelijkheid dit toe te lichten.

28. Als vervolg op deze enquête willen wij met enkele collegae een diepte interview voeren. Bent u bereid om mee te werken aan ons onderzoek middels het voeren van zo'n persoonlijk gesprek?

☐ Nee

☐ Ja. Onder welk telefoonnummer en/of e-mailadres bent u bereikbaar?

29. Indien u vragen en/of opmerkingen heeft over deze enquête kunt u rechtstreeks mailen naar:

h.herber@student.fontys.nl

nicole.maas@student.fontys.nl

U kunt ook opmerkingen of suggesties hieronder plaatsen.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Hettie Stoelers-Herber en Nicole van der Werf-Maas

Druk nu op verzenden

Verzenden

Dit formulier is gemaakt met www.formdesk.nl

Bijlage 9 Resultaten enquête

Inleiding

In het kader van de Masteropleiding Special Educational Needs, afstudeerrichting gedragsspecialist, verrichtten wij een praktijkonderzoek.

Een onderdeel van dit onderzoek was het uitvoeren van een digitale enquête. Met behulp van deze enquête wilden wij onder andere onderzoeken welke gedragsstoornissen en gedragsproblemen bij kinderen van 4 tot 12 jaar, in de (kinder)fysiotherapiepraktijk gezien worden, bij welke gedragsstoornissen en gedragsproblemen bij kinderen van 4 tot 12 jaar, het vaakst handelingsverlegenheid ervaren wordt door de behandelend (kinder)fysiotherapeut en welke aanpak binnen de (kinder)fysiotherapeutische werksetting ten aanzien van gedragsstoornissen en gedragsproblemen bij kinderen van 4 tot 12 jaar, gehanteerd wordt.

Onder handelingsverlegenheid wordt in deze context verstaan: “Het (nog) niet in staat zijn het (kinder)fysiotherapeutisch onderzoek en de behandeling met een verantwoord resultaat te volbrengen.”

Methode

Onze eigen hulpvraag, die voortkomt uit handelingsverlegenheid die wij ervaren ten aanzien van kinderen van 4 tot 12 jaar die problematisch gedrag laten zien in onze beroepspraktijk, ligt ten grondslag aan ons praktijkonderzoek. De onderzoeksgroep moest daarom bestaan uit fysiotherapeuten die met kinderen werken in de leeftijd van 4 tot 12 jaar. Dit konden kinderfysiotherapeuten zijn, dus fysiotherapeuten die verbijzonderd zijn en in de meeste gevallen de opleiding kinderfysiotherapie gedaan hebben, maar dit mochten ook algemeen practici die met kinderen werken zijn.

Door te kiezen voor de leden van de Regionale Vereniging van Fysiotherapeuten voor Kinderen (RVFK), werkzaam in de regio Limburg, kregen wij de mogelijkheid om onze enquête digitaal te verspreiden via hun secretariaat. Hierdoor konden wij een groot gedeelte van de fysiotherapeuten die met kinderen werkzaam zijn in de regio Limburg, bereiken.

Wij zijn pas in de enquête de respondenten gaan selecteren op een aantal criteria:

- Zij moesten werkzaam zijn met kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar. De concrete vraag die wij stelden was: “Bent u werkzaam met kinderen van 4 tot 12 jaar?”
- Zij moesten kinderen van 4 tot 12 jaar behandelen die in het contact met de behandelaar problematisch gedrag laten zien. De concrete vraag die wij stelden was: “Behandelt u kinderen van 4 tot 12 jaar die tijdens het contact met u problematisch gedrag laten zien?”

Het is natuurlijk mogelijk dat niet alle (kinder)fysiotherapeuten die wij benaderden ook met kinderen werken in de leeftijd van de doelgroep van deze enquête, namelijk 4 tot 12 jaar of dat niet alle respondenten kinderen van 4 tot 12 jaar zien, die in het contact met de behandelaar problematisch gedrag laten zien. Wij hebben er daarom voor gekozen om de respondenten die op een van deze vragen ‘nee’ antwoordden, meteen te verzoeken om te stoppen met het invullen van de enquête en op ‘verzenden’ te klikken.

De enquête bestond uit 28 vragen, onderverdeeld in gesloten vragen waarbij keuze alternatieven zijn aangereikt en enkele open vragen. We hebben de vragen geclusterd in 5 secties:

1. Vragen over de persoonlijke werksituatie.
2. Vragen over het in kaart brengen van problematisch gedrag bij kinderen en de (kinder) fysiotherapeutische werksetting waarin de respondenten deze problemen tegenkomen. Wij hebben in de enquête de term problematisch gedrag als volgt gedefinieerd: "Onder problematisch gedrag verstaan wij zowel gedragsstoornissen als gedragsproblemen. Bij gedragsstoornissen ligt de oorzaak van het problematisch functioneren vooral in de aanleg van het kind en is de stoornis reeds gediagnosticeerd door een specialist. Bij gedragsproblemen ligt de oorzaak van het problematisch functioneren meer in de omgeving (opvoeding, school, taak, buurt, traumatische ervaring, enzovoort) van het kind.
3. Vragen over welke gedragsstoornissen er gezien worden en of er sprake is van handelingsverlegenheid. Wij hebben in de enquête de term handelingverlegenheid als volgt gedefinieerd: "Het (nog) niet in staat zijn uw onderzoek/behandeling met een verantwoord resultaat te volbrengen."
4. Vragen over welke gedragsproblemen er worden gezien en of er sprake is van handelingsverlegenheid.
5. Vragen over het gebruik van meetinstrumenten om het gedrag van een kind in kaart te brengen binnen de fysiotherapie praktijk en vragen over aanvullende zaken, zoals de behoefte aan kennis, tips en handvatten over het omgaan met problematisch gedrag bij kinderen.

De enquête werd verspreid onder 175 (kinder)fysiotherapeuten. Om het verzenden, het beantwoorden en het terugsturen door de respondenten te vergemakkelijken hebben wij gebruik gemaakt van het digitale programma Formdesk. De enquête werd in dit programma aangemaakt waardoor het voor de respondenten mogelijk werd om de vragenlijst via een link in een mail te openen en hem na het beantwoorden middels het aanklikken van een button te retourneren.

Wij maken de resultaten van de enquête zichtbaar met behulp van onder andere een aantal tabellen en grafieken.

De onderzoeksdata werden verwerkt in het statistische programma SPSS. De grafieken die uit deze verwerking volgden zijn gemaakt in EXCEL.

Door het gebruik van SPSS was het mogelijk om de antwoorden op verschillende vragen aan elkaar te koppelen. Voor de antwoorden per vraag maken wij in onderstaand resultaatoverzicht gebruik van tabellen zoals deze door het programma Formdesk werden aangemaakt.

Resultaten

Kenmerken van de respondenten

De enquête werd op 8 april 2009 voor het eerst digitaal verzonden naar 175 (kinder)fysiotherapeuten. Op 20 april 2009 hadden 32 respondenten gereageerd. Na het versturen van een herinneringsmail op 22 april 2009 steeg dit aantal tot 61; dit is ongeveer 1/3 van de geënquêteerden.

Van deze 61 respondenten hebben er 42 (69%) de verbijzondering kinderfysiotherapie. 19 Respondenten (31%) zijn algemeen practici die geheel of gedeeltelijk werkzaam zijn met kinderen.

25 (41%) Van de 61 respondenten (41%) zijn meer dan 20 jaar werkzaam met kinderen, 17 respondenten (28%) zijn tussen de 10 en 20 jaar werkzaam met kinderen. Zie tabel 1.

Tabel 1 Werkervaring met Kinderen

Antwoord	Aantal	Percentage	
0-2 jaar	5	8.20 %	
2-5 jaar	5	8.20 %	
5-10 jaar	9	14.75 %	
10-20 jaar	17	27.87 %	
>20 jaar	25	40.98 %	
Aantal respondenten	61		

Van de 61 respondenten zijn er 47 (77%) werkzaam in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk. 10 (16%) Verrichten werkzaamheden binnen het speciaal onderwijs. De overigen zijn werkzaam binnen verschillende tweede- en derdelijns zorginstellingen. Zie tabel 2.

Tabel 2 Werkomstandigheden Respondenten

Antwoord	Aantal	Percentage	
1e lijn fysiotherapiepraktijk	47	77.05 %	
Ziekenhuis	3	4.92 %	
Revalidatiecentrum	6	9.84 %	
Regulier basisonderwijs	4	6.56 %	
Speciaal onderwijs	10	16.39 %	
JHV instelling (jeugdhulpverlening)	0	0 %	
GGZ instelling (geestelijke gezondheidszorg)	3	4.92 %	
MKD (Medisch Kleuter Dagverblijf)	6	9.84 %	
KDC (Kinderdagcentrum)	3	4.92 %	
Anders, nl.	3	4.92 %	
Aantal respondenten	61		

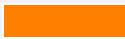
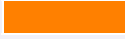
Uiteindelijk bleken van de 61 respondenten er 58 (95%) met kinderen behorend bij de doelgroep van de enquête te werken, namelijk kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar. De overige 3 respondenten werd verzocht te stoppen met het invullen van de enquête en onderaan op 'verzenden' te klikken omdat zij niet voldoen aan de inclusiecriteria van onze enquête.

Van de overgebleven 58 respondenten ervaren er 56 (97%) wel eens problematisch gedrag bij de kinderen van 4 tot 12 jaar waar zij mee werken. De 2 respondenten die geen problematisch gedrag ervaren bij kinderen van 4 tot 12 jaar werd gevraagd om te stoppen met het invullen van de enquête en op 'verzenden' te klikken. De 56 overgebleven respondenten voldoen aan het inclusie criterium: werkzaam met kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar die gedrag laten zien dat door de respondenten als problematisch wordt ervaren.

Onderzoeksresultaten gedragsstoornissen

De gedragsstoornissen die de 56 respondenten van de enquête tegenkomen bij kinderen van 4 tot 12 jaar zijn Autisme Spectrum Stoornissen (ASS), Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) en Attention Deficit Disorder (ADD). Ook angststoornissen, Oppositional Defiant Disorder (ODD) en in mindere mate Conduct Disorder (CD) en depressiviteit komen (kinder)fysiotherapeuten binnen hun werksetting tegen. Zie tabel 3.

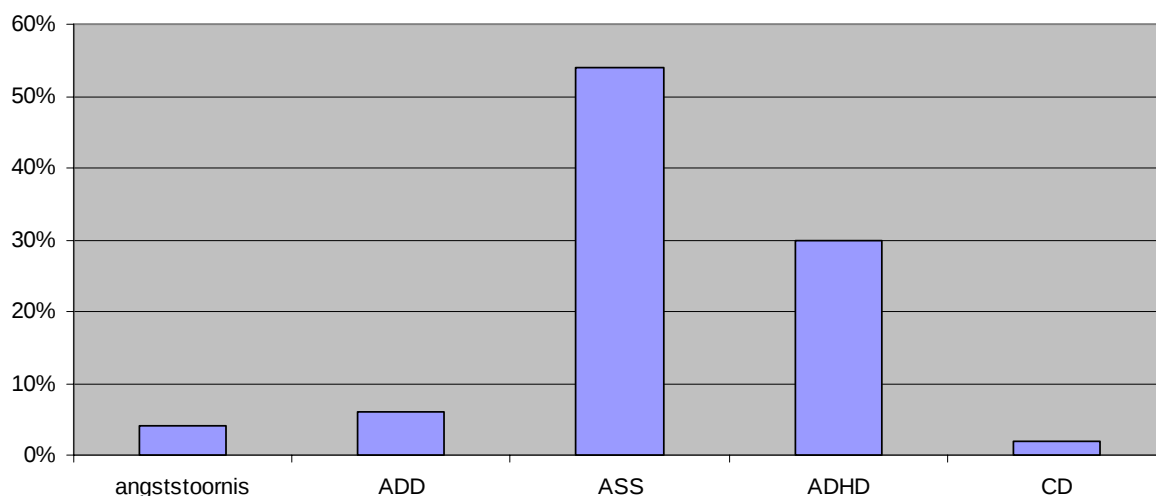
Tabel 3 Gedragsstoornissen die de Respondenten Tegenkomen bij Kinderen van 4 tot 12 Jaar

Antwoord	Aantal	Percentage
ASS (Autisme spectrum stoornissen)	54	96.43 % 
ADHD (aandachtsstoornis met hyperactiviteit)	53	94.64 % 
ODD (oppositieel opstandige gedragsstoornissen)	17	30.36 % 
CD (anti sociale gedragsstoornissen)	7	12.50 % 
ADD (aandachtsstoornis zonder hyperactiviteit)	40	71.43 % 
Depressie	5	8.93 % 
Angststoornis	17	30.36 % 
Anders, nl:	10	17.86 % 
Aantal respondenten	56	

De gedragsstoornissen die de respondenten het vaakst tegenkomen in de (kinder)fysiotherapiepraktijk bij kinderen van 4 tot 12 jaar zijn ASS, deze stoornissen komen 29 (52%) van de 56 respondenten het vaakst tegen en ADHD, deze stoornis komen 16 (29%) van de 56 respondenten het vaakst tegen.

ADD, angststoornissen en CD komen de respondenten het minst vaak tegen. Zie figuur 1.

Gedragstoornissen die het vaakst gezien worden



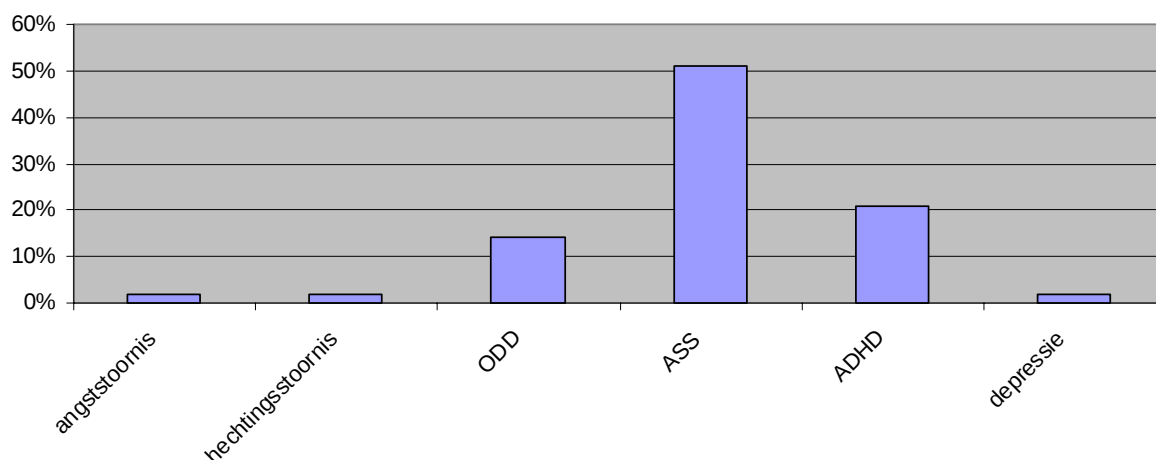
Figuur 1 Gedragstoornissen bij kinderen van 4 tot 12 jaar die de respondenten het vaakst tegenkomen in de (kinder)fysiotherapiepraktijk.

Bij 44 (79%) van de overgebleven 56 respondenten die werkzaam zijn met kinderen van 4 tot 12 jaar waarbij een of meer gedragstoornissen zijn gediagnosticeerd, komt het voor dat zij tijdens hun werkzaamheden in handelingsverlegenheid worden gebracht. Bij 12 (21%) van de 56 respondenten komt dit niet voor.

51% Van de respondenten ervaart het vaakst handelingsverlegenheid bij de gedragstoornis ASS.

21% Van de respondenten ervaart het vaakst handelingsverlegenheid bij ADHD. Zie figuur 2.

Gedragstoornissen waarbij het vaakst handelingsverlegenheid ervaren wordt



Figuur 2 Gedragstoornissen waarbij het vaakste handelingsverlegenheid ervaren wordt

12 Van de 56 respondenten gaven aan geen handelingsverlegenheid te ervaren bij kinderen van 4 tot 12 jaar waarbij een of meer gedragsstoornissen zijn gediagnosticeerd.

Wij wilden achterhalen waar de huidige aanpak/benadering bij kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsstoornissen op gebaseerd is.

Van de 56 respondenten gaven 48 (85%) aan zich te baseren op hun ervaring. Ook studieavonden worden door 32 respondenten (57%) genoemd als bron van informatie voor de aanpak en benadering van kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsstoornissen. De opleiding kinderfysiotherapie wordt door 13 (23%) respondenten genoemd als bron van informatie.

Dit gegeven geeft ons een indruk over de rol die de opleiding kinderfysiotherapie vervult als het gaat om informatie aanreiken over het werken met kinderen met gedragsstoornissen. Zie tabel 4.

Tabel 4 Aanpak/Benadering van Kinderen van 4 tot 12 Jaar met Gedragsstoornissen

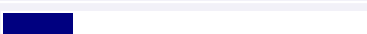
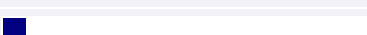
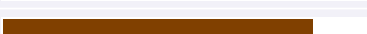
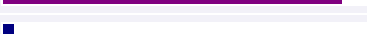
Antwoord	Aantal	Percentage	
Ervaring.	48	85.71 %	
Aanpak/benadering gedoceerd binnen de opleiding kinderfysiotherapie.	13	23.21 %	
Aanpak/benadering gedoceerd binnen andere opleiding(en).	14	25 %	
Aanpak/benadering aangereikt tijdens studieavonden.	32	57.14 %	
Zelfstudie.	21	37.50 %	
Aanpak/benadering aangereikt door de ouders.	19	33.93 %	
Aanpak/benadering aangereikt door collegae.	18	32.14 %	
Aanpak/benadering aangereikt door de school/groepsleiding van het kind.	13	23.21 %	
Aanpak/benadering aangereikt door een pedagoog of psycholoog.	21	37.50 %	
Aanpak/benadering aangereikt door andere behandelaars van het kind.	9	16.07 %	
Het multidisciplinair behandelplan van het betreffende kind.	23	41.07 %	
Anders, nl:	3	5.36 %	
Aantal respondenten	56		

Onderzoeksresultaten gedragsproblemen

De gedragsproblemen die de respondenten tegenkomen in de (kinder)fysiotherapeutische werksetting bij kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar zijn aandacht- en concentratieproblemen (55 personen, 98%), faalangst (51 personen, 91%), hyperactiviteit (49 personen, 88%), autistiform gedrag (47 personen, 84%), impulsiviteit (46 personen, 82%), motorische onrust (44 personen, 79%), motivatie problemen (36 personen, 64%) en

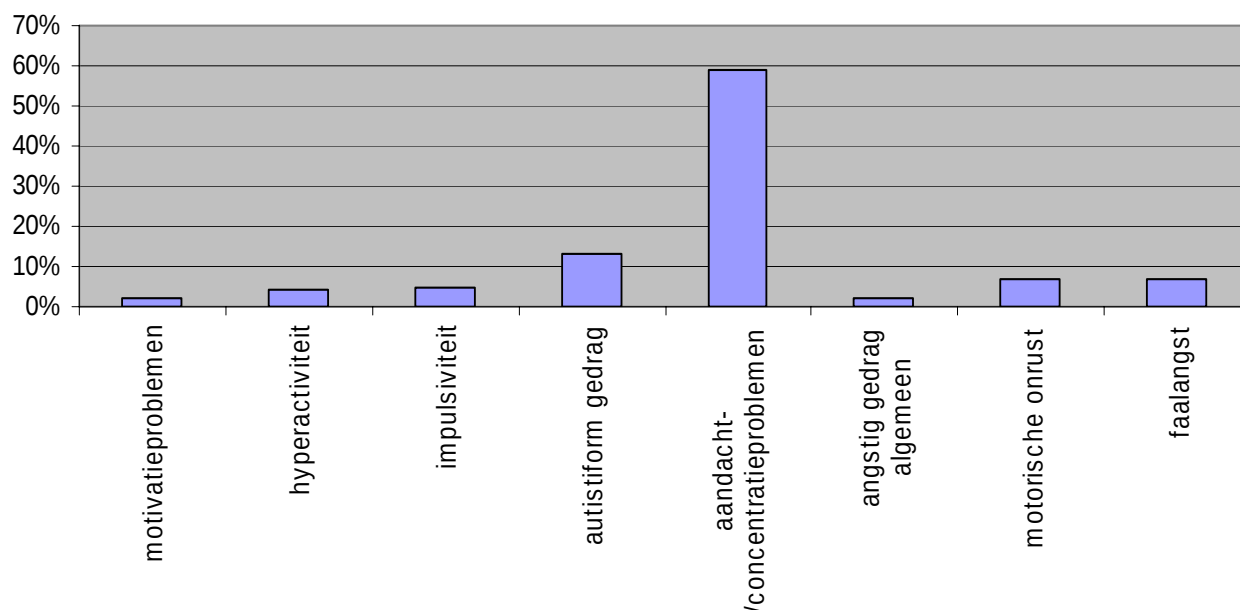
opstandig gedrag (35 personen, 63%). In mindere mate komen de respondenten angstig gedrag in het algemeen, angstig teruggetrokken gedrag, agressief gedrag, antisociaal gedrag en destructief gedrag tegen. Zie tabel 5.

Tabel 5 Gedragsproblemen die Respondenten Tegenkomen in de (Kinder)fysiotherapeutische Werksetting bij Kinderen van 4 tot 12 Jaar

Antwoord	Aantal	Percentage	
Aandacht-/concentratieproblemen	55	98.21 %	
Hyperactiviteit	49	87.50 %	
Impulsiviteit	46	82.14 %	
Opstandig gedrag	35	62.50 %	
Agressief gedrag	9	16.07 %	
Destructief gedrag	5	8.93 %	
Anti-sociaal gedrag	9	16.07 %	
Angstig gedrag in het algemeen	27	48.21 %	
Angstig-teruggetrokken gedrag	24	42.86 %	
Angstig-depressief gedrag	3	5.36 %	
Autistiform gedrag	47	83.93 %	
Faalangst	51	91.07 %	
Motivatatie problemen	36	64.29 %	
Motorische onrust	44	78.57 %	
Anders, nl:	1	1.79 %	
Aantal respondenten	56		

De gedragsproblemen die de respondenten het vaakst tegenkomen in de (kinder)fysiotherapiepraktijk bij kinderen van 4 tot 12 jaar zijn vooral aandacht- en concentratieproblemen (32 respondenten, 58%). Andere gedragsproblemen zoals motivatieproblemen, hyperactiviteit, impulsiviteit, autistiform gedrag, angstig gedrag in het algemeen, motorische onrust en faalangst worden maar door een kleine groep respondenten het vaakst gezien. Zie figuur 3.

Gedragsproblemen die het vaakst gezien worden



Figuur 3 Gedragsproblemen bij kinderen van 4 tot 12 jaar die het vaakst gezien worden in de (kinder)fysiotherapiepraktijk

35 (63%) Van de 56 respondenten die kinderen met gedragsproblemen tegenkomen binnen hun (kinder)fysiotherapeutisch handelen met kinderen van 4 tot 12 jaar, ervaren hierbij in enige mate handelingsverlegenheid. 21 (37%) Van de 56 respondenten ervaren hierbij geen handelingsverlegenheid.

Toen we gingen kijken naar de resultaten van de twee volgende enquêtevragen, viel ons op dat deze werden beantwoordt door 39 respondenten. Dat zijn er 4 meer dan we op grond van bovenstaande resultaten verwachtten omdat de 21 respondenten die geen handelingsverlegenheid ervaren bij kinderen met gedragsproblemen geïnstrueerd werden deze vragen over te slaan.

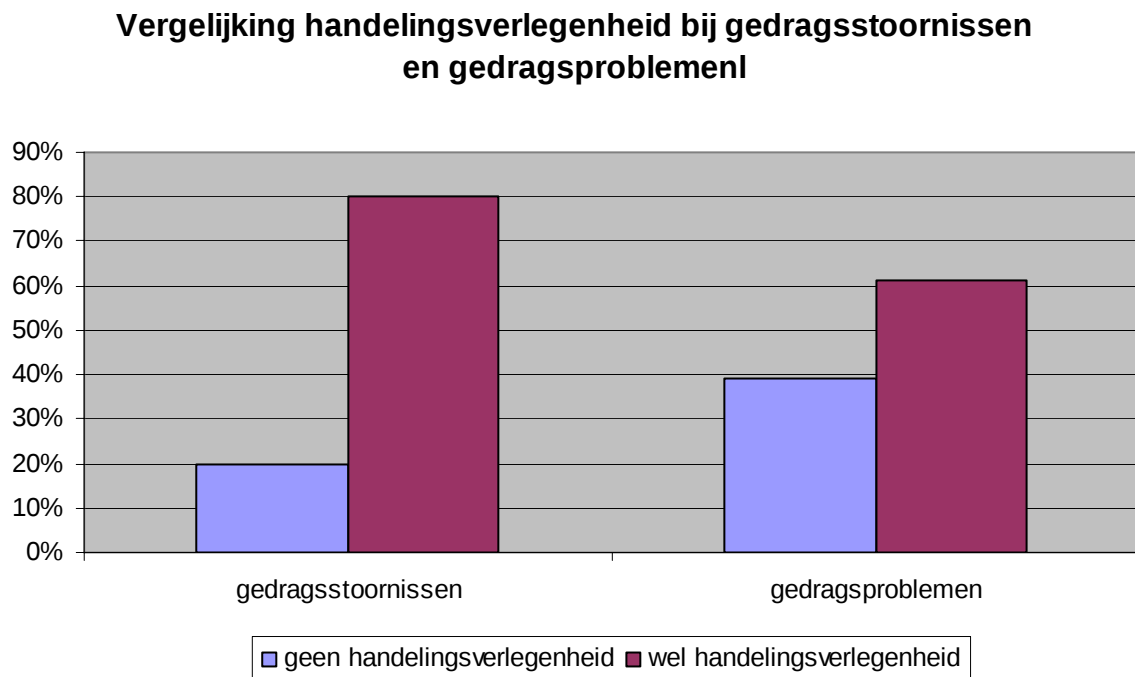
Door de antwoorden op deze twee vragen te bestuderen werd het duidelijk dat alle 39 respondenten van deze vragen in enige mate handelingsverlegenheid ervaren bij het werken met kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsproblemen. Wij gaan er dus toch vanuit dat niet 35 maar 39 (70%) van de 56 respondenten die gedragsproblemen zien binnen hun (kinder)fysiotherapeutische werkzaamheden met kinderen van 4 tot 12 jaar, in handelingsverlegenheid worden gebracht. 17 (30%) Van de 56 respondenten worden niet in handelingsverlegenheid gebracht.

We vonden het interessant om te zien of de respondenten ten aanzien van de begeleiding van kinderen van 4 tot 12 jaar, in verschillende mate handelingsverlegenheid ervaren als we gedragsstoornissen vergelijken met gedragsproblemen. Hiervoor hebben we de gegevens met elkaar vergeleken.

80% Van de respondenten ervaart wel eens handelingsverlegenheid bij het werken met kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsstoornissen.

61% Van de respondenten ervaart wel eens handelingsverlegenheid bij het werken met kinderen met gedragsproblemen.

Het werken met kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsstoornissen leidt dus vaker tot handelingsverlegenheid bij de respondenten dan het werken met kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsproblemen. Zie figuur 4.



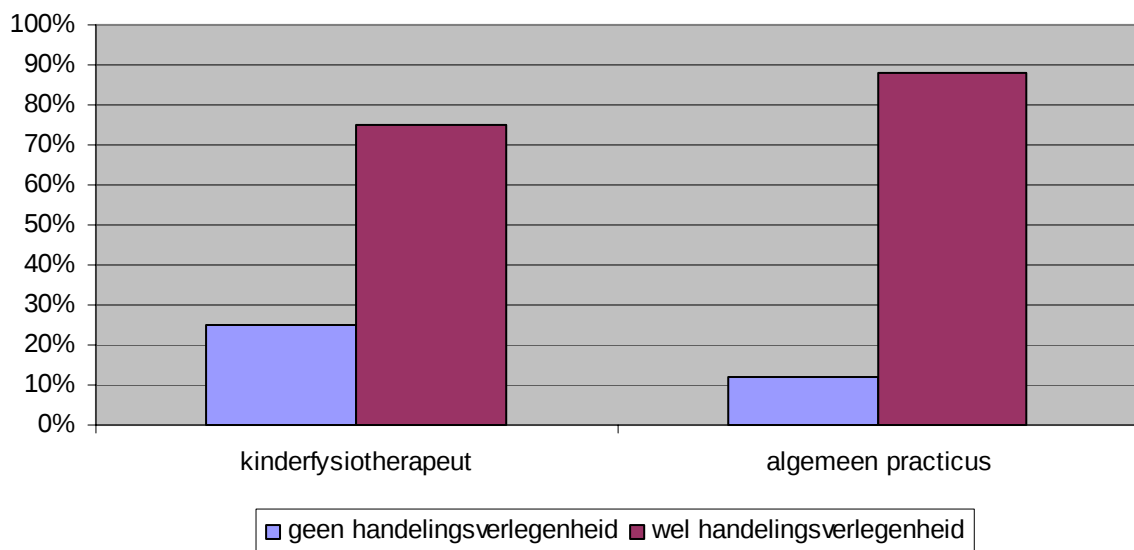
Figuur 4 Vergelijking handelingsverlegenheid bij gedragsstoornissen en gedragsproblemen.

Het is ook interessant om te zien of er een groot verschil is tussen het voorkomen van handelingsverlegenheid bij de verbijzonderd kinderfysiotherapeuten in vergelijking met de algemeen practici die met kinderen werken. Het verschil tussen beide groepen is dat de verbijzonderd kinderfysiotherapeuten in de meeste gevallen de opleiding kinderfysiotherapie gedaan hebben en de algemeen practici niet.

In figuur 5 is een vergelijking te zien tussen beide groepen met betrekking tot de handelingsverlegenheid die ervaren wordt tijdens het werken met kinderen van 4 tot 12 jaar, waarbij één of meer gedragsstoornissen zijn gediagnosticeerd.

75% Van de kinderfysiotherapeuten ervaart bij deze groep wel eens handelingsverlegenheid tegenover 88% van de algemeen practici.

Vergelijking handelingsverlegenheid kinderfysiotherapeut en algemeen practicus

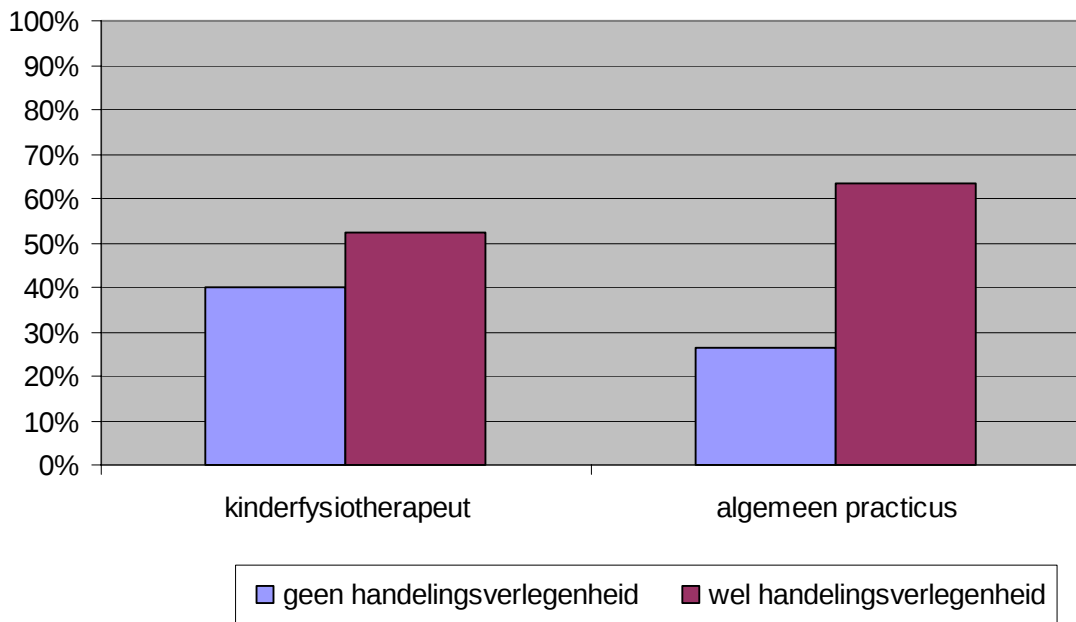


Figuur 5 Handelingsverlegenheid zoals die ervaren wordt bij gedragsstoornissen door de kinderfysiotherapeut en de algemeen practicus.

We hebben ook een vergelijking gemaakt tussen beide groepen met betrekking tot de handelingsverlegenheid die ervaren wordt tijdens het begeleiden van kinderen van 4 tot 12 jaar, met gedragsproblemen. Zie figuur 6.

54% Van de kinderfysiotherapeuten ervaart bij deze groep wel eens handelingsverlegenheid tegenover 64% van de algemeen practici.

Vergelijking handelingsverlegenheid kinderfysiotherapeut en algemeen practicus



Figuur 6 Handelingsverlegenheid zoals die ervaren wordt bij gedragsproblemen door de kinderfysiotherapeut en de algemeen practicus.

Wij wilden niet alleen te weten komen óf de geënquêteerden handelingsverlegenheid ervaren tijdens hun werkzaamheden met kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsproblemen, maar ook bij wélke gedragsproblemen dat dan vooral gebeurt.

De resultaten:

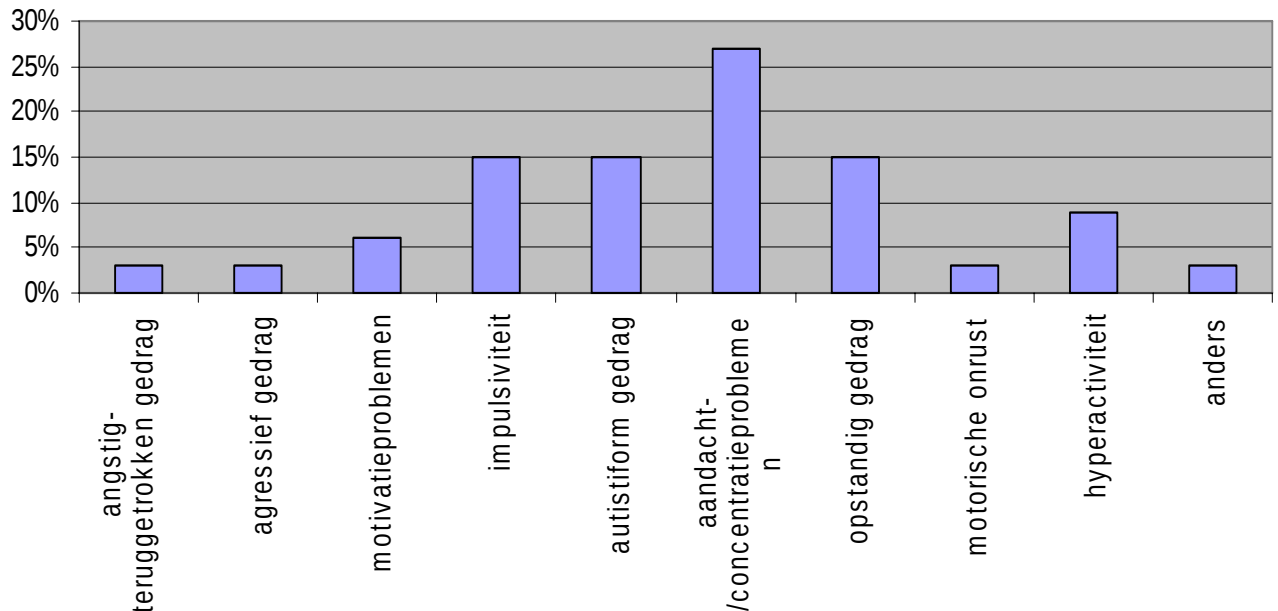
15 (27%) Van de 56 respondenten ervaren het vaakst handelingsverlegenheid bij aandacht- en concentratieproblemen.

8 (15%) Van de 56 respondenten ervaren het vaakst handelingsverlegenheid bij autistiform gedrag. Dezelfde cijfers gelden ook voor de handelingsverlegenheid die ervaren wordt bij impulsiviteit en opstandig gedrag.

Bij andere gedragsproblemen zoals motivatieproblemen, hyperactiviteit, angstig gedrag in het algemeen, motorische onrust en faalangst wordt maar door een kleine groep respondenten het vaakst handelingsverlegenheid ervaren.

Zie figuur 7.

Gedragsproblemen waarbij het vaakst handelingsverlegenheid ervaren wordt



Figuur 7 Gedragsproblemen waarbij het vaakst handelingsverlegenheid ervaren wordt.

We wilden ook graag te weten komen of de mate waarin handelingsverlegenheid ervaren wordt door de onderzoeksgroep bij kinderen van 4 tot 12 jaar waarbij één of meer gedragsstoornissen zijn gediagnosticeerd, in de onderzoekssituatie afwijkt van de behandelsituatie. Hiervoor hebben we de gegevens die betrekking hebben op handelingsverlegenheid bij het (kinder)fysiotherapeutisch onderzoek van kinderen met gedragsstoornissen in één grafiek geplaatst met dezelfde gegevens maar dan ten aanzien van de (kinder)fysiotherapeutische behandeling.

79% van de respondenten is soms handelingsverlegen tijdens de behandeling.

21% van de respondenten is geregeld handelingsverlegen tijdens de behandeling.

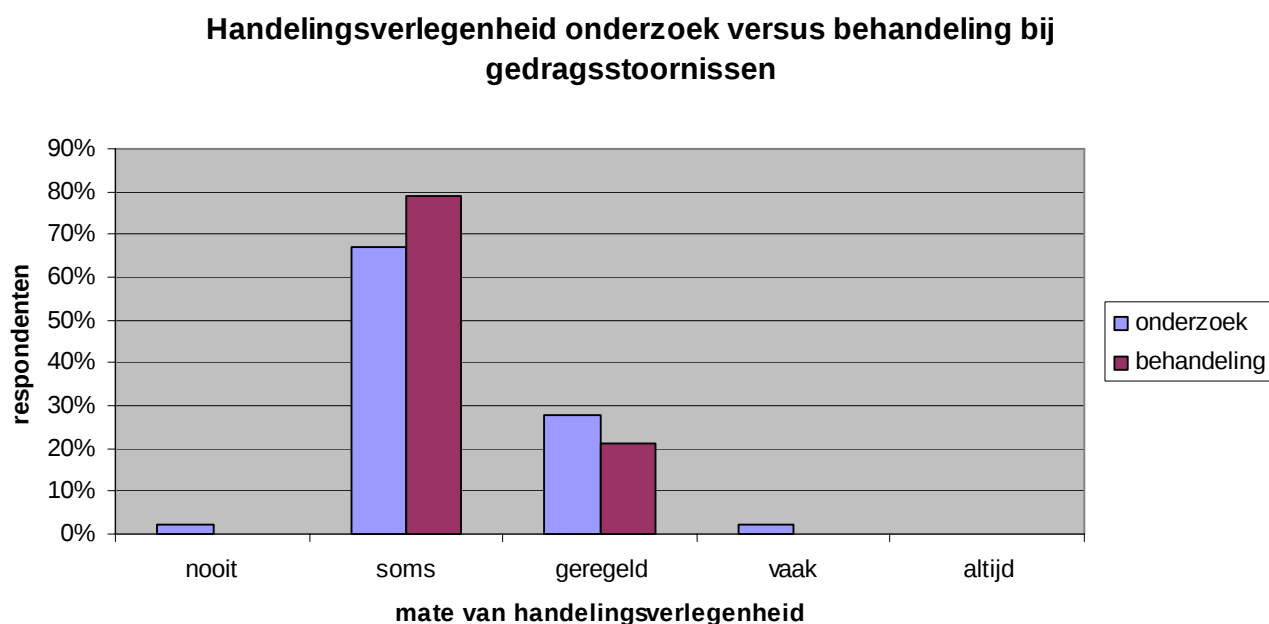
2% van de respondenten is nooit handelingsverlegen tijdens het onderzoek.

68% van de respondenten is soms handelingsverlegen tijdens het onderzoek.

28% van de respondenten is geregeld handelingsverlegen tijdens het onderzoek.

2% van de respondenten is vaak handelingsverlegen tijdens het onderzoek.

Je zou voorzichtig kunnen concluderen dat er iets vaker handelingsverlegenheid ervaren wordt in de onderzoekssituatie dan in de behandelsituatie van kinderen van 4 tot 12 jaar met een gedragsstoornis. Zie figuur 8.



Figuur 8 Handelingsverlegenheid onderzoek versus behandeling bij kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsstoornissen.

We hebben hetzelfde bekeken maar dan voor de groep kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsproblemen. Ook nu wilden we te weten komen of de mate waarin handelingsverlegenheid ervaren wordt door de onderzoeksgroep in de onderzoekssituatie afwijkt van de behandelsituatie.

85% van de respondenten is soms handelingsverlegen tijdens de behandeling.

15% van de respondenten is geregeld handelingsverlegen tijdens de behandeling.

3% van de respondenten is nooit handelingsverlegen tijdens het onderzoek.

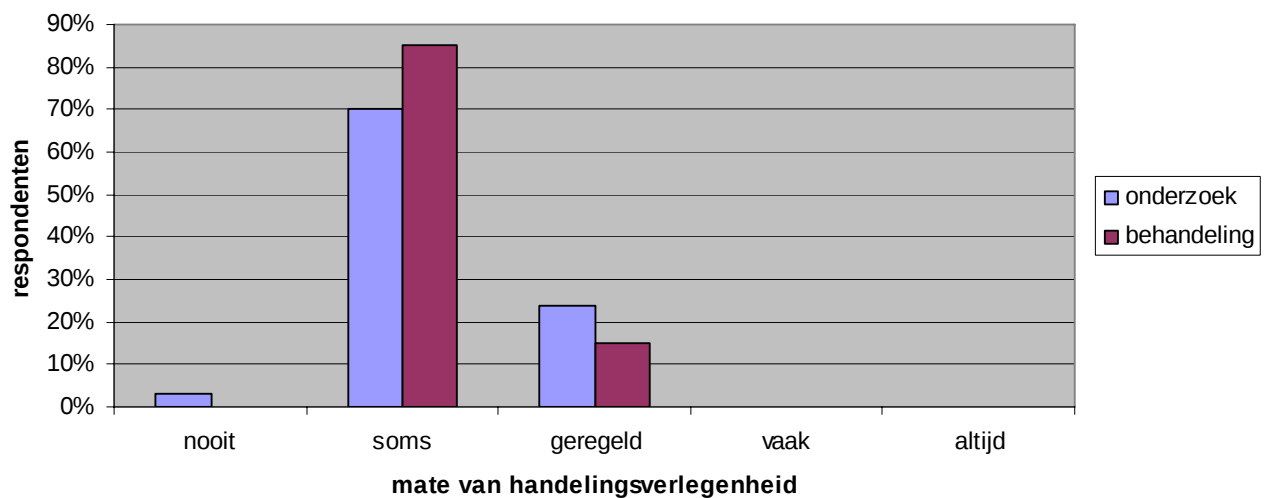
72% van de respondenten is soms handelingsverlegen tijdens het onderzoek.

25% van de respondenten is geregeld handelingsverlegen tijdens het onderzoek.

Je zou kunnen concluderen dat er iets vaker handelingsverlegenheid ervaren wordt in de behandelsituatie dan in de onderzoekssituatie van kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsproblemen. Zie figuur 9.

De situatie is dus omgekeerd dan die bij de gedragsstoornissen. De verschillen zijn echter zo gering dat we hier geen betrouwbare uitspraken over kunnen doen.

Handelingsverlegenheid onderzoek versus behandeling bij gedragsproblemen



Figuur 9 Handelingsverlegenheid onderzoek versus behandeling bij kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsproblemen.

Wij wilden achterhalen waar de huidige aanpak/benadering bij kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsproblemen op gebaseerd is.

Van de 56 respondenten geven 50 (89%) aan zich te baseren op hun ervaring. Ook studieavonden worden door 32 respondenten (57%) genoemd als bron van informatie voor de aanpak en benadering van kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsproblemen. De opleiding kinderfysiotherapie werd door 13 (23%) respondenten genoemd als bron van informatie.

Zie tabel 6.

Tabel 6 Aanpak/Benadering van Kinderen van 4 tot 12 Jaar met Gedragsproblemen

Antwoord	Aantal	Percentage	
Ervaring.	50	89.29 %	
Aanpak/benadering gedoceerd binnen de opleiding kinderfysiotherapie.	13	23.21 %	
Aanpak/benadering gedoceerd binnen andere opleiding(en).	16	28.57 %	
Aanpak/benadering aangereikt tijdens studieavonden.	32	57.14 %	
Zelfstudie.	22	39.29 %	
Aanpak/benadering aangereikt door de ouders.	21	37.50 %	
Aanpak/benadering aangereikt door collegae.	20	35.71 %	
Aanpak/benadering aangereikt door de school/groepsleiding van het kind.	14	25 %	

Aanpak/benadering aangereikt door een pedagoog of psycholoog.	19	33.93 %	
Aanpak/benadering aangereikt door andere behandelaars van het kind.	10	17.86 %	
Het multidisciplinair behandelplan van het betreffende kind.	22	39.29 %	
Anders, nl:	3	5.36 %	
Aantal respondenten	56		

Aanvullende resultaten

47 (85%) Van de 55 respondenten gaven aan geen gebruik te maken van meetinstrumenten, om het gedrag van een kind in kaart te brengen, tijdens het (kinder)fysiotherapeutisch onderzoek. 8 (15%) Respondenten antwoordden dat zij wel gebruik maken van dit soort meetinstrumenten. Hierbij werden door de respondenten onder andere als meetinstrument genoemd de checklist van de Movement-ABC, dit is een test om de motorische ontwikkeling van kinderen van 4 tot en met 12 jaar in kaart te brengen en de Sensory Profile-NL (Dunn, 1999), dit is een oudervragenlijst die onder andere sensorische integratieproblematiek aan het licht brengt.

Van de 56 respondenten gaven er 43 (77%) aan behoefte te hebben aan meer kennis, tips en handvatten omtrent het omgaan met gedragsproblemen bij kinderen. 13 Personen (23%) hebben deze behoefte niet.

Samenvatting

Enquête als onderdeel van het praktijkonderzoek ten behoeve van het afstuderen aan de Master opleiding Special Educational Needs, richting gedragsspecialist.

Onderzoeksvragen: Welke gedragsstoornissen en gedragsproblemen bij kinderen van 4 tot 12 jaar, worden vooral in de (kinder)fysiotherapiepraktijk gezien?

Bij welke gedragsstoornissen en gedragsproblemen bij kinderen van 4 tot 12 jaar, wordt het vaakst handelingsverlegenheid ervaren door de behandelend (kinder)fysiotherapeut?

Welke aanpak wordt er binnen de (kinder)fysiotherapeutische werksetting ten aanzien van gedragsstoornissen en gedragsproblemen bij kinderen van 4 tot 12 jaar, gehanteerd?

Onderzoeksgroep:

Fysiotherapeuten die werken met kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar die problematisch gedrag laten zien. Allen zijn lid zijn van de Regionale Vereniging van Fysiotherapeuten voor Kinderen (RVFK).

Methode: Een door ons ontwikkelde en onder de 175 leden van de RVFK verspreide enquête.

Resultaten: De enquête werd door 61 leden van de RVFK geretourneerd. Van de respondenten is 69% verbijzonderd kinderfysiotherapeut, werkt 69% langer dan 10 jaar met kinderen en 77% is werkzaam in een eerstelijns fysiotherapiepraktijk.

De gedragsstoornissen ASS en ADHD worden door de respondenten het vaakst gezien. Tevens werd bij deze gedragsstoornissen het vaakst handelingsverlegenheid ervaren door de respondenten.

De gedragsproblemen die door de respondenten het vaakst gezien worden zijn aandacht- en concentratieproblemen

Bij de gedragsproblemen, aandacht- en concentratieproblemen, impulsiviteit, autistiform gedrag, opstandig gedrag en hyperactiviteit werd door de respondenten het vaakst handelingsverlegenheid ervaren.

De aanpak van gedragsstoornissen en gedragsproblemen bij kinderen van 4 tot 12 jaar binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk, is vooral gebaseerd op de ervaring van de desbetreffende behandelaar, aangevuld met kennis opgedaan tijdens studieavonden en kennis die verkregen wordt door in gesprek te gaan met andere collegae en met ouders. Er worden geen concrete methodes gebruikt om met problematisch gedrag om te gaan. Er worden wel hulpmiddelen ingezet zoals pictogrammen, een time-timer, beloningssystemen en dergelijke.

Aanvullende conclusies: Wij hebben uit de enquête de gegevens verkregen die we nodig hadden voor het verdere verloop van ons praktijkonderzoek. Zoals beschreven bij 'Resultaten'.

Daarnaast hebben wij aanvullend nog een aantal conclusies kunnen trekken uit de enquêteresultaten. Deze conclusies zijn niet direct relevant voor ons praktijkonderzoek maar zijn ons inziens wel interessant om te vermelden.

Uit de enquête blijkt dat algemeen practici over het algemeen iets vaker handelingsverlegenheid ervaren tijdens het werken met kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsstoornissen dan verbijzonderd kinderfysiotherapeuten.

Ook is te zien dat het werken met kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsstoornissen vaker tot handelingsverlegenheid leidt bij de respondenten dan het werken met kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsproblemen.

Aanvullend zouden we voorzichtig kunnen concluderen dat er door de onderzoeksgroep iets vaker handelingsverlegenheid ervaren wordt in de onderzoekssituatie dan in de behandelsituatie van kinderen van 4 tot 12 jaar met een gedragsstoornis.

Als het gaat om kinderen van 4 tot 12 jaar met gedragsproblemen zien we het tegenovergestelde, hierbij wordt iets vaker handelingsverlegenheid ervaren in de behandelsituatie dan in de onderzoekssituatie.

Bijlage 10 Interview

Interviewvragen.

Fijn dat u wilt meewerken aan het vervolg van ons praktijkonderzoek. Hieronder staan nog een aantal vragen die ons naast de enquête aanvullende informatie verschaffen m.b.t. het onderzoek en de behandeling van kinderen met problematisch gedrag.

Wij zouden het op prijs stellen als u deze vragen voor het gesprek zou willen doornemen zodat u beter voorbereid bent op het interview.

A. Organisatorische vragen:

1. Voert u een specifiek beleid m.b.t. problematisch gedrag binnen uw praktijk?
2. Maakt u gebruik van meetinstrumenten om het gedrag van het kind in kaart te brengen? Zo ja, in welke fase van het patiëntencontact zet u deze in?
3. Welke informatie zou u uit een meetinstrument willen halen? Bijv. om sneller en gericht te kunnen doorverwijzen of ter ondersteuning van uw eigen handelen?
4. Benoemt u problematisch gedrag in een rapportage naar verwijzers?
5. Hoe ziet voor u een optimaal beleid t.a.v. problematisch gedrag bij kinderen eruit?

B. Vragen m.b.t. handelingsverlegenheid (onder handelingsverlegen zijn verstaan wij: Het (nog) niet in staat zijn uw onderzoek/behandeling met een verantwoord resultaat te volbrengen.):

1. Kunt u de specifieke problemen benoemen waar u tegenaan loopt tijdens het onderzoek van kinderen met problematisch gedrag. (Bijv. ADHD, ODD, ASS, faalangst, motivatieproblemen en concentratieproblemen).
2. Dezelfde vraag alleen nu gericht op de behandeling van kinderen met problematisch gedrag.
3. Wat doet u indien u handelingsverlegenheid ervaart? Welke stappen onderneemt u?
4. Indien er verschil is in de mate waarin u handelingsverlegenheid ervaart tijdens het onderzoek en de behandeling, kunt u dit dan nader toelichten?
5. Indien van toepassing: Hoe ziet uw handelingsverlegenheid er uit tijdens werken met kinderen in groepsverband?

C. Vragen m.b.t. de aanpak van problematisch gedrag:

1. In de enquête heeft u aangegeven waar u uw informatie aan ontleent m.b.t. de aanpak van problematisch gedrag van het kind. Aan welke bron van informatie heeft u het meeste gehad?
2. Hanteert u een soort van hypotheseformulering m.b.t. het gedrag na de anamnese en inspectie?
3. Bent u op de hoogte van methodes die gebruikt (kunnen) worden om met problematisch gedrag om te gaan?

Indien u nog aanvullende informatie voor ons heeft zouden wij dit zeer op prijs stellen.
Heeft u zelf nog vragen? Schrijf ze op zodat we daar over kunnen brainstormen.

Vriendelijke groeten,

Nicole van der Werf en Hettie Stoelers.
Praktijk voor fysiotherapie De Bundeling te Brunssum.

Bijlage 11 Uitwerking interviews

Samenvatting conclusies uit interviews

- A. Hoe gaan we op organisatorisch gebied binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk om met problematisch gedrag bij kinderen van 4 tot 12 jaar.

Er wordt over het algemeen geen specifiek beleid gevoerd. Er wordt wel problematisch gedrag gesignaleerd en op een beschrijvende manier weergegeven in rapportages. Hierbij beperkt men zich vooral tot het beschrijven van observeerbaar gedrag zonder conclusies te trekken waarbij men zich vooral richt op de relatie van het gedrag met ons fysiotherapeutisch handelen, bijvoorbeeld de invloed die het gedrag heeft op de uitkomsten van ons fysiotherapeutisch onderzoek.

Er zijn collegae die regelmatig overleg hebben met instanties en kinderartsen. De behoefte aan samenwerking met een orthopedagoog of eerstelijns GZ-psycholoog is ook duidelijk aanwezig maar helaas gebeurt dit te weinig doordat hiervoor in veel gevallen het financiële draagvlak ontbreekt.

Ook de samenwerking met leerkrachten zou volgens enkelen intensiever en structureler mogen.

Meetinstrumenten om het gedrag van een kind in kaart te brengen worden niet of nauwelijks gebruikt. Er worden wel sporadisch fysiotherapeutische vragenlijsten gebruikt die meer informatie geven over gedrag (bijvoorbeeld de Sensory Profile-NL).

Men heeft wel behoefte aan meetinstrumenten. Dit om het eigen handelen te verbeteren en om gesignaleerd gedrag in rapportages naar verwijzers te ondersteunen en te onderbouwen.

De gegevens die verkregen worden door het gebruik van meetinstrumenten kunnen de basis vormen voor een gesprek met ouders en mogelijkheden bieden om te ondersteunen en te adviseren. Indien nodig wordt door de meeste geïnterviewden een gesprek met ouders ingepland zonder dat het kind hierbij aanwezig is.

Fysiotherapeuten hebben wel een beeld over hoe een optimaal beleid er uit zou kunnen zien maar voeren dit in de meeste gevallen niet uit.

- B. Hoe ziet handelingsverlegenheid eruit binnen de (kinder)fysiotherapiepraktijk met betrekking tot problematisch gedrag bij kinderen van 4 tot 12 jaar.

Problematisch gedrag kan al binnen het fysiotherapeutisch onderzoek problemen opleveren, namelijk onrustig gedrag kan storend werken tijdens het afnemen van een anamnese, de reactie van de ouders op het gedrag van hun kind kan eveneens storend zijn en het gedrag van het kind heeft vaak invloed op de resultaten van het onderzoek, de tijd die voor het onderzoek nodig is en de interpretatie van het geheel. Sommige ouders geven overigens niet geheel openheid van zaken over de gedragsproblemen van hun kind hetgeen ook belemmerend kan werken.

Tijdens het behandelen van kinderen met problematisch gedrag wordt vooral handelingsverlegenheid ervaren in het bereiken van fysiotherapeutische behandeldoelen.

Het bijstellen van behandeldoelen druist soms in tegen de drijfveer om op fysiek gebied het beste uit een behandeling te halen.

Over het algemeen zijn er twijfels bij de collegae of men wel beschikt over voldoende kennis om een kind met problematisch gedrag adequaat te begeleiden, over waar de grenzen liggen van onze interventie en of de gehanteerde aanpak wel de meest efficiënte is.

Er wordt door de geïnterviewden geen verschil ervaren tussen onderzoek en behandeling waar het gaat om de mate van handelingsverlegenheid.

Wel geven enkele collegae aan meer handelingsverlegenheid te ervaren bij kinderen met gedragstoornissen ten opzichte van kinderen met minder uitgesproken gedragsproblematiek omdat gedrag moeilijker om te buigen is. Anderen geven aan juist bij de laatste groep meer handelingsverlegenheid te ervaren omdat er in het geval van een stoornis al meer handelingsdirectieven voorhanden zijn.

Als er handelingsverlegenheid ervaren wordt door collegae wordt er onder andere in gesprek gegaan met andere collegae of met de ouders. Ook wordt er literatuur geraadpleegd. Andere oplossingen zijn het verlengen van de behandeltime, het veranderen van de aanpak binnen de behandeling of het veranderen van de therapievorm zoals het overstappen van een individuele behandelvorm naar groepsbehandeling, dit om bijvoorbeeld de motivatie van het kind te bevorderen. Indien nodig wordt er doorverwezen voor aanvullende diagnostiek en het komt af en toe voor dat een collega de behandelsessie afbreekt of zelfs stopt met de fysiotherapeutische interventie ondanks dat er nog steeds een fysiotherapeutische hulpvraag ligt.

Een van de geïnterviewde collegae werkt met kinderen in groepsverband. Als zij hierbij handelingsverlegenheid ervaart, wordt indien nodig het oefenprogramma aangepast. Zij ervaart echter het werken met de kinderen in groepsverband als gemakkelijker omdat er meer mogelijkheden zijn tot het nemen van een Time-out. Het groepsproces gaat dan toch gewoon door.

C. Hoe ziet de aanpak van kinderen van 4 tot 12 jaar met problematisch gedrag eruit binnen de (kinder)fysiotherapie praktijk.

De kennis waarop men zich baseert bij de aanpak van kinderen met problematisch gedrag komt vooral voort uit ervaring aangevuld met kennis opgedaan op studieavonden, kennis die verkregen wordt door in gesprek te gaan met andere collegae of met ouders. Het Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie (IOF, een werkgroep van fysiotherapeuten, vaak afkomstig uit verschillende praktijken en instellingen) wordt ook genoemd als gelegenheid waar men informatie over onder andere gedrag uitwisselt. De aanwezigheid van een multidisciplinair behandelplan of een ambulant begeleider van het betreffende kind wordt ook als waardevol ervaren.

Opvallend is dat de opleiding kinderfysiotherapie volgens de meeste geïnterviewden niet voldoende aandacht besteedt aan het omgaan met problematisch gedrag. Ook wordt door een aantal mensen aangegeven dat een kind dat gescreend wordt om (probleem) gedrag in kaart te brengen, middels psychodiagnostiek uitgevoerd door de daarvoor opgeleide mensen, weinig tot geen begeleiding ontvangt na afloop van deze screening.

Dit heeft tot gevolg dat ook uit deze hoek weinig tot geen concrete handelingsadviezen komen.

Er wordt door geen van de geïnterviewden een concrete hypothese met betrekking tot gedrag geformuleerd op een vast moment in het onderzoek.

Alleen bij bijzonderheden wordt er in gedachten een soort hypothese gesteld die wel van invloed kan zijn op het eigen handelen maar die niet in het dossier wordt opgenomen.

Men zou dit wel meer willen doen.

Er worden weinig tot geen concrete methoden om met problematisch gedrag om te gaan gebruikt, alleen Meichenbaum wordt één keer genoemd, maar er worden wel een aantal hele wezenlijke hulpmiddelen ingezet zoals pictogrammen, een time-timer, een beloningssysteem en dergelijke.

Er is overigens wel duidelijk behoefte aan een vertaalslag van de theorie, met betrekking tot het omgaan met problematisch gedrag, naar de fysiotherapeutische werksetting.

Bijlage 12 Intakeformulier

Inhoud:

Begeleidende brief

Intakeformulier



Geachte ouder(s) en of verzorger(s).

Onlangs heeft u uw kind bij Praktijk voor Fysiotherapie De Bundeling aangemeld. Om een goede indruk te krijgen van het functioneren van uw kind is het voor ons van belang over meer achtergrondinformatie te beschikken. Om tijdens de intake tijd te besparen, zouden wij het zeer op prijs stellen als u de bijgevoegde vragenlijst zo volledig mogelijk invult en deze aan ons retourneert voorafgaand aan de eerste afspraak. Indien er vragen worden gesteld die (nog) niet op uw kind van toepassing zijn hoeft u deze niet te beantwoorden.

Zou u zo vriendelijk willen zijn de vragenlijst in bijgevoegde gefrankeerde envelop te retourneren naar:

Praktijk voor fysiotherapie De Bundeling
Bunderstraat 10
6442 XA Brunssum
Tel. 045-5250116
www.debundeling.com

Hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Fysiotherapeuten De Bundeling



Algemene gegevens	
Invuldatum	:
Ingevuld door	: vader/moeder/anders, nl.....
Naam	:
Naam van het kind	:
Adres	:
Postcode/woonplaats	:
Geboorte datum	:
Telefoonnummer(s)	:
Huisarts	:
Verwijzend arts	:

Schoolgegevens	
Naam van de school	:
Groep	:
Telefoonnummer school	:

Reden van aanmelding bij onze praktijk:

Medische gegevens		Opmerkingen /bijzonderheden
Is er sprake van bijzondere ziekten bij uw kind?	Ja/Nee	
Is uw kind zindelijk?	Ja/Nee	
Gebruikt uw kind medicijnen?	Ja/Nee	
Is uw kind onder behandeling van andere medische specialisten?	Ja/Nee	
Is uw kind onder behandeling van een logopedist, ergotherapeut e.d.?	Ja/Nee	
Opmerkingen		

Geschiedenis van het kind	Opmerkingen/bijzonderheden
Hoe verliepen de zwangerschap en geboorte van uw kind?	
Hoeveel kinderen zijn er binnen het gezin?	
Bijzondere gebeurtenissen zoals geboorte in het gezin, ziekte, scheiding van ouders, verhuizing, sterfgeval etc.	
Kunt u in enkele woorden uw kind beschrijven?	
Opmerkingen	

Motorische ontwikkeling		Vanaf welke leeftijd?
Rollen?	Ja/Nee	
Zitten?	Ja/Nee	

Kruipen?	Ja/Nee	
Lopen?	Ja/Nee	
Klimmen?	Ja/Nee	
Fietsen?	Ja/Nee	
Zonder zijwielen?	Ja/Nee	
Zwemmen?	Ja/Nee	
Hanteren van het potlood?	Ja/Nee	
Opmerkingen		

Motoriek in het algemeen		Opmerkingen/bijzonderheden
Beweegt uw kind zich houderig?	Ja/Nee	
Zijn er problemen op het gebied van evenwicht?	Ja/Nee	
Valt uw kind veel?	Ja/nee	
Zijn er problemen tijdens de gymles op school?	Ja/Nee	
Komt uw kind onhandig over?	Ja/Nee	
Is uw kind angstig tijdens het bewegen?	Ja/Nee	
Zijn er problemen in de grof motorische vaardigheden, zoals bij: - Balvaardigheden - Rennen - Touwtje springen - Klimmen en klauteren - Voetballen - Andere vaardigheden	Ja/Nee Ja/Nee Ja/Nee Ja/Nee Ja/Nee Ja/Nee	
Zijn er problemen in de fijn motorische Vaardigheden, zoals bij: - Knippen	Ja/Nee	

- Plakken	Ja/Nee	
- Tekenen	Ja/Nee	
- Knopen los en vast maken	Ja/Nee	
- Kralen rijgen	Ja/Nee	
- Veters strikken	Ja/Nee	
- Schrijven	Ja/Nee	
- Andere vaardigheden	Ja/Nee	

Gedrag		Opmerkingen/bijzonderheden
Gaat uw kind vaak iets anders doen dan de eigenlijke taak?	Ja/Nee	
Vraagt uw kind veel aandacht?	Ja/Nee	
Is uw kind overbeweeglijk?	Ja/Nee	
Is uw kind over- of hyperactief?	Ja/Nee	
Stoort uw kind de klas vaak door wild of agressief gedrag?	Ja/Nee	
Is uw kind vaak driftig?	Ja/Nee	
Is uw kind impulsief in het nemen van beslissingen?	Ja/Nee	
Houdt uw kind te weinig rekening met de wensen en gevoelens van anderen?	Ja/Nee	
Is uw kind vaak stil en teruggetrokken?	Ja/Nee	
Is uw kind faalangstig?	Ja/Nee	
Heeft uw kind problemen met plotselinge veranderingen?	Ja/Nee	
Vertoont uw kind jonger of kinderlijk gedrag?	Ja/Nee	
Reageert uw kind vreemd op onverwachte aanraking?	Ja/Nee	
Reageert uw kind vreemd op onverwachte geluiden?	Ja/Nee	

Opmerkingen		
-------------	--	--

Leervaardigheden		Opmerkingen/bijzonderheden
Is uw kind snel afgeleid?	Ja/Nee	
Heeft uw kind moeite om zich te concentreren?	Ja/Nee	
Heeft uw kind moeite met zelfstandig werken?	Ja/Nee	
Heeft uw kind een ongeorganiseerde manier van bezig zijn?	Ja/Nee	
Is het werk van uw kind slordig en/of onzorgvuldig?	Ja/Nee	
Heeft uw kind moeite met het afmaken van taken?	Ja/Nee	
Heeft uw kind moeite met het onthouden van leerstof?	Ja/Nee	
Moet uw kind veel geholpen worden?	Ja/Nee	
Heeft uw kind een laag werktempo?	Ja/Nee	
Opmerkingen		

Opvoedingsgegevens	Opmerkingen/bijzonderheden
Zijn er dingen in de opvoeding waar u als ouders/verzorgers regelmatig tegenaan loopt?	
Hoe gaat u hiermee om?	
Zijn er naast u andere mensen verantwoordelijk voor de opvoeding van uw kind?	

Zijn er hulpverleners/hulpverlenende instanties betrokken bij uw gezin zoals een gezinsvoogd of gezinsbegeleider?	
Opmerkingen	

Sociale vaardigheden	Opmerkingen/ bijzonderheden
Hoe is de omgang met volwassenen?	
Hoe is de omgang met leeftijdgenoten?	
Zoekt uw kind liever contact met kinderen die jonger of ouder zijn dan hem/haar zelf? Ja/Nee	
Hoe reageert uw kind op nieuwe situaties?	
Opmerkingen	

Spel en hobby's	Opmerkingen/ bijzonderheden
Speelt uw kind liever binnen of buiten?	
Favoriete spelactiviteit buiten?	
Hobby's?	
Kan het kind langere tijd met iets bezig zijn?	
Speelt uw kind het liefst alleen of samen?	

Opmerkingen	
-------------	--

Opmerkingen en bijzonderheden die van belang zijn voor de behandelend fysiotherapeut:

Bedankt voor uw medewerking.

Dit formulier in bijgevoegde gefrankeerde envelop retourneren naar:

Praktijk voor fysiotherapie De Bundeling
Bunderstraat 10
6442 XA Brunssum

Bijlage 13 Signaleringslijsten en observatieformulieren

Inhoud:

Overzicht van signalen die op een stoornis uit het autismespectrum kunnen duiden

Signaleringslijst faalangst

Signaleringslijst motorische faalangst

Tijdsteekproef - formulier

Verkorte CTRS-lijst

Versterkersmenu

Vragenlijst omgevingsfactoren concentratie voor de (kinder)fysiotherapeutische werksetting

Overzicht van signalen die op een stoornis uit het autismespectrum kunnen duiden

Sociale interactie

- weinig tot geen oogcontact
- deelt weinig tot geen belangstelling, plezier of interesse met een ander
- zoekt contact om in eigen behoeftes te voorzien
- meer gericht op volwassenen dan op leeftijdgenoten
- vlakke gelaatsuitdrukking
- toont emoties niet adequaat
- heeft moeite met samenspel
- toont claimend gedrag
- stelt veel stereotiepe vragen
- heeft moeite te anticiperen op reacties van anderen
- kan zich moeilijk inleven in een ander
- stelt zich niet weervaar op of verweert zich ongepast

Communicatie

- vlakke intonatie, monotoon
- maakt weinig tot geen gebruik van ondersteunende gebaren, mimiek en lichaamshouding
- neemt taal letterlijk
- begrijpt grapjes niet
- sprake van echolalie
- moeite met woorden die verschillende betekenis hebben
- geen of weinig gebruik van de ik-vorm
- ouwelijk taalgebruik
- vertelt onsamenhangend, maakt veel associaties
- vertelt niet of nauwelijks spontaan
- moeite met begrip van (voor)gelezen verhalen
- moeite met betekenisverlenging van de gehele context, blijft hangen in details

Rigide repetitief gedragspatroon

- weerstand tegen veranderingen
- angst en paniek in bepaalde situaties, schijnbaar onlogische angsten
- houdt zich vast aan bepaalde regels
- steeds dezelfde vragen stellen
- overdreven netjes en ordelijk
- obsessieve belangstelling voor specifieke zaken (treinen, landkaarten, molens, enz.)
- geen gevarieerd spontaan fantasiespel ('doen-als-of-spel')
- vaak stereotiep en niet-functioneel met materiaal omgaan
- herhalende bewegingspatronen (friemelen met vingers, fladderen)
- loopt op tenen, houterige motoriek
- gefascineerd door lichtjes en mechanisch (technisch) materiaal
- betasten, likken, ruiken, likken aan voorwerpen

Als een kind op elk gebied (sociaal, communicatie of rigide gedrag) drie of meer kenmerken laat zien (totaal dus negen kenmerken of meer) dan is nader onderzoek wenselijk.

Uit: Baltussen e.a., 2003 in Jeninga, 2008.

Signaleringslijst faalangst

Naam kind:

Spanning:

Kijkt weg/ bloost/ knippert met de ogen/
Friemelt/ wiebelt bij een nieuwe opdracht

nooit/soms/vaak

Reageert gespannen/ krampachtig/ nerveus
op onverwachte situaties

nooit/soms/vaak

Onzekerheid

Stelt vragen naar de bekende weg
nadat iets uitgelegd is

nooit/soms/vaak

Vraagt veel om goedkeuring, ondersteuning

nooit/soms/vaak

Negatief gedrag

Gaat in verzet/wordt vervelend of brutaal
bij nieuwe opdrachten

nooit/soms/vaak

Clownesk gedrag

Hangt de clown uit bij nieuwe opdrachten

nooit/soms/vaak

Terugtrekkend gedrag

Trekt zich terug/ wordt stil
bij nieuwe opdrachten

nooit/soms/vaak

Fysiek vluchtgedrag

Buikpijn, naar het toilet, hoofdpijn,
misselijk bij nieuwe opdrachten

nooit/soms/vaak

Blokkering

Reageert inadequaet/ krampachtig
op gemaakte fouten

nooit/soms/vaak

Signaleringslijst motorische faalangst

Het kind wil zeer vaak weten wat een ouder van door hem/ haar geleverd werk vindt en vraagt daar ook om.	Nooit/Soms/Vaak
Het kind gaat niet graag naar de gymles of de fysiotherapie.	Nooit/Soms/Vaak
Het kind heeft er sterk behoefte aan dat anderen een positieve verwachting hebben over zijn of haar functioneren.	Nooit/Soms/Vaak
Bij nieuwe opdrachten is het kind er vaak onzeker over hoe hij/ zij het moet aanpakken. Vaak kijkt hij/ zij eerst hoe anderen het doen.	Nooit/Soms/Vaak
Wanneer iets nieuws uitgelegd wordt, dringt het niet of nauwelijks tot hem of haar door wat er gezegd wordt.	Nooit/Soms/Vaak
Het kind vertoont uiterlijke reacties zoals zweten, wiebelen met de benen, oppervlakkig ademen enz.	Nooit/Soms/Vaak
Het kind heeft vaak last van innerlijke reacties als: Droge mond, naar het toilet moeten, buikpijn.	Nooit/Soms/Vaak
Het kind heeft er moeite mee de grote lijnen tijdens de uitleg vast te houden.	Nooit/Soms/Vaak
Het kind verkrampst als het ware bij het zien van een toestel / voorwerp.	Nooit/Soms/Vaak
Het kind is, op den duur, zelfs bang om naar de fysiotherapie te komen.	Nooit/Soms/Vaak

Tijdsteekproef - formulier

Tijdsteekproef - formulier				
Observator: Naam leerling: Groep: Datum observatie:		Categorie	Aantal	Procenten
		Ta		
		Kij		
		Sto		
		Lo		
		An		
		Totaal		
Min	Na 20 sec.	Na 40 sec.	Na 60 sec.	Opmerkingen
1	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
2	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
3	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
4	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
5	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
6	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
7	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
8	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
9	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
10	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
11	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
12	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
13	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
14	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
15	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
16	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
17	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
18	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
19	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	
20	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	Ta Kij Sto Lo An	

Toelichting:

Bij het nemen van deze tijdsteekproef scoort de observator – gedurende de verwerkingsfase/ uitvoerfase – om de 20 seconden wat de leerling doet. Dat is 3 scores per minuut. Na afloop is het percentage van de tijd te berekenen dat de leerling taakgericht bezig was.

De volgende categorieën kunnen gescoord worden:

- Ta:** werkt taakgericht
- Kij:** kijkt afwezig rond of start voor zich uit
- Sto:** stoort andere leerlingen of praat met hen
- Lo:** loopt door de klas
- An:** is bezig met andere activiteiten

Procedure

- a. Wanneer de leraar opdracht heeft gegeven aan het werk te gaan, of individuele hulp aan de leerling heeft beëindigd, begint de observatie. De stopwatch wordt ingedrukt (of maak gebruik van de tijdteller van de camera bij een video-opname). De observator wacht tot de teller 20 seconden na de hele minuut aangeeft.
- b. Hij stelt vast wat de leerling die seconde doet.
- c. Hij zet een cirkel om de categorie die het beste het gedrag van de leerling op de twintigste seconde aangeeft: Ta, Kij, Sto, Lo of An.
- d. Hij wacht tot de teller 40 seconden na de hele minuut aangeeft en herhaalt stap b en c.
- e. Idem bij 60 seconden.
- f. De observator herhaalt deze procedure zo lang als de periode duurt waarin de zelfstandige verwerking verwacht wordt.
- g. Er wordt geen taakgedrag gescoord wanneer leerling en leraar overleg hebben.

Verwerking

Werkwijze omrekening en verwerking gegevens.

- a. De observator bepaalt het totaal aantal gemaakte observaties per categorie.
- b. Hij bepaalt het totaal aantal gemaakte observaties.
- c. Hij deelt het aantal van elke categorie door het aantal en vermenigvuldigt dit met 100.

Interpretatie

De interpretatie kan antwoord geven op de volgende vragen:

- 1. Gedurende hoeveel procent van de tijd, bedoeld voor de zelfstandige verwerking van de leerstof, was de leerling taakgericht?
- 2. Nam de taakgerichtheid van de leerling toe (in vergelijking met vorige steekproef)?
- 3. Welke vormen van niet-taakgericht gedrag vertoont de leerlingen wel/ niet?

Over het algemeen geldt dat leerlingen die ongeveer 70% van de tijd taakgericht werken (landelijk gezien) een aanvaardbaar gemiddelde halen.

Opmerking:

Dit observatie formulier is uitermate geschikt om het effect van een bepaalde aanpak te meten.

Verkorte CTRS-lijst

Mate waarin gedragingen voorkomen

Gedragingen	Helemaal niet	Een beetje	Vrij veel	Bijzonder veel
Rusteloos en overactief				
Opgewonden en impulsief				
Stoort andere leerlingen				
Slaagt er niet in om dingen af te maken				
Zit voortdurend te wiebelen				
Onoplettend, snel afgeleid				
Verlangens moeten meteen vervuld worden, voelt zich makkelijk gedwarsboomd				
Huilt gemakkelijk en vaak				
Stemming kan plotseling omslaan				
Emotionele uitbarstingen, onvoorspelbaar gedrag				

Per item is een score van 0 (helemaal niet) tot en met 3 (bijzonder veel) mogelijk.
De maximale score per kind bedraagt 30. Bij een score boven de 14 bestaat er verdenking op hyperactiviteit.

Opmerking:

Indien het kind op de verkorte Connors-lijst 13 hoger scoort bestaat er een serieuze verdenking op ADHD (Schulpen en Buitelaar, in Jeninga, 2008).

Versterkersmenu

Een versterkersmenu is een soort contract dat gemaakt wordt tussen begeleider (fysiotherapeut) en kind. Hierin wordt door de fysiotherapeut en het kind samen het doelgedrag beschreven. In een versterkersmenu kan het kind zelf uit verschillende (door hem zelf gekozen) versterkers kiezen, indien het doelgedrag bereikt is tijdens de behandeling. Het versterkersmenu wordt gebruikt om de motivatie van kinderen te stimuleren. Gewenning zal minder snel optreden. Hier volgt een voorbeeld van een versterkersmenu.

Versterkersmenu van:

Als het me tijdens de behandeling lukt om:

.....
.....

Mag ik na afloop van de therapie:

- een tekening op het bord maken
- een sticker uitkiezen
- een spelletje kiezen
- een stempel kiezen
- schommelen
- een balspel kiezen
- kegelen
- bouwen
- iets uit de 'kast' kiezen

Vragenlijst omgevingsfactoren concentratie voor de (kinder)fysiotherapeutische werksetting

Materialen

- | | | | |
|--|---|-----|---|
| - de materialen en hulpmiddelen liggen klaar | - | +/- | + |
| - de materialen hebben een vaste plaats | - | +/- | + |
| - materialen zijn in goede staat en aantrekkelijk voor de kinderen | - | +/- | + |

Organisatie van de fysiotherapeutische behandeling

- | | | | |
|--|---|-----|---|
| - er kan snel met de behandeling begonnen worden | - | +/- | + |
| - duidelijke regels bij het wisselen van de activiteit | - | +/- | + |
| - duidelijke regels bij het binnenkomen van de behandelruimte | - | +/- | + |
| - duidelijke regels voor het gebruik, uitzoeken en opruimen van materialen | - | +/- | + |
| - het kind weet wat het moet doen als hij/zij klaar is met de opdracht | - | +/- | + |
| - het kind weet hoe de behandeling er uit gaat zien | - | +/- | + |
| - de opdracht wordt altijd met het kind nabesproken | - | +/- | + |

Afstemming opdrachten op het niveau en interesse van het kind

- | | | | |
|--|---|-----|---|
| - het kind verricht opdrachten boven zijn/haar niveau | - | +/- | + |
| - het kind verricht opdrachten beneden zijn/haar niveau | - | +/- | + |
| - er is voldoende afwisseling tussen opdracht en vrij spel | - | +/- | + |

Instructie, verwerking en zelfstandig werken

- | | | | |
|--|---|-----|---|
| - het kind kan de instructie goed volgen | - | +/- | + |
| - het is voor het kind duidelijk wanneer hij/zij hulp mag vragen | - | +/- | + |
| - de opdracht is duidelijk voor het kind | - | +/- | + |

Probleemsituaties, niet gewenst gedrag en ordeverstoring

- | | | | |
|---|---|-----|---|
| - behandeling wordt regelmatig onderbroken door bijv. een binnenlopende collega | - | +/- | + |
| - het kind wordt afgeleid door geluiden in behandelruimte | - | +/- | + |
| - het kind wordt afgeleid door geluiden buiten de behandelruimte | - | +/- | + |

- het kind wordt door andere prikkels afgeleid - +/- +

Inrichting

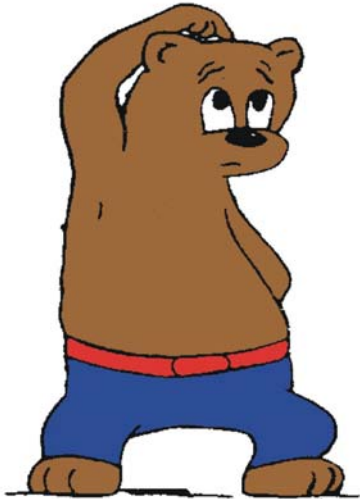
- in de behandelruimte is genoeg spelmateriaal aanwezig - +/- +
- in de behandelruimte voelt het kind zich veilig - +/- +
- in de behandelruimte is materiaal overzichtelijk opgeborgen - +/- +
- de behandelruimte is gezellig maar niet chaotisch - +/- +

Praktijkniveau

- er gelden duidelijke afspraken over gedrag in de praktijk - +/- +

Deze vragenlijst is gebaseerd op de "vragenlijst omgevingsfactoren concentratie" (Bakker-Beens, D.e.a., 1995 in Jeninga, 2008).

Bijlage 14 Beertjes van Meichenbaum



Wat moet ik doen?



Hoe ga ik het doen?



Ik doe mijn werk



Ik kijk mijn werk na
Wat vind ik ervan?

Verkorte instructie bij Meichenbaum methode

De methode wordt gebruikt bij de begeleiding van kinderen met werkhoudingsproblemen.

Basisprincipes:

Structuur en geduld. Extreme externe sturing kan leiden tot verinnerlijking van structuur bij kinderen met werkhoudingsproblemen.

Doel:

Werken via cognitieve gedragsmodificatie. Het cognitief functioneren van het kind willen beïnvloeden en veranderen middels de zelfinstructiemethode van Meichenbaum.

Probleemoplossing in 4 fasen:

1. Fase waarin probleem geanalyseerd wordt.
2. Fase waarin gezocht wordt naar oplossingsstrategie.
3. Fase waarin vooropgesteld werkplan uitgevoerd wordt.
4. Fase waarin werk geëvalueerd wordt.

Ondersteunen van elke fase door:

Verbaliseren. Het kind leert om het gehele denken en alle stappen te verwoorden.

Visualiseren.

Model staan.

Fase 1: Wat moet ik doen?

Dit is de fase waarin het kind de opdracht hoort of leest. Het is een heel belangrijke fase omdat elk detail, elk woord of cijfer zijn waarde heeft voor de uiteindelijke oplossing.

Een kleine onnauwkeurigheid bij het lezen, even verstrooid bij het luisteren... kan de taak in de verkeerde richting sturen. Het kan veel energie besparen als je bij elke opdracht natrekt of het kind echt wel weet wat het moet doen. In het begin speel je zelf beertje 1, na verloop van tijd en met behulp van de visuele ondersteuning, neemt het kind die rol over.

Fase 2: Hoe ga ik dat doen?

In deze fase staat het kind stil bij de oplossingsmethode, nog voor het daadwerkelijk aan de slag gaat. Als leerkracht, ouder of begeleider kan je dit denkproces richten of bijsturen door het kind hardop zijn werkplan te laten formuleren. Dit is de fase waarin het kind beroep doet op regels of 'vaste werkplannen'. Het kind leert hoe het verworven leerstof kan oproepen en toepassen.

Fase 3: Ik doe mijn werk.

Met een logisch, gestructureerd werkplan in zijn achterhoofd, kan het kind dit nu stap voor stap gaan uitvoeren. Na een intense begeleiding in de twee vorige fasen, is nu het moment gekomen waarop het kind zelfstandig moet leren werken. Als ouder, leerkracht of begeleider ben je gerust dat het kind weet 'wat' en 'hoe' en kan je eerder op een afstand een oogje in het zeil houden.

Fase 4: Ik kijk mijn werk na: wat vind ik ervan?

Dit is de evaluatiefase. Het kind heeft de gewoonte om zijn werk te 'laten' evalueren en niet zozeer om het zelf na te kijken. Beertje 4 heeft eigenlijk een dubbele functie. Enerzijds controleert hij, aan de hand van de vraagstelling en het werkplan, of de oplossing correct is. Anderzijds is dit ook de beer die gedurende de hele taakuitvoering het kind leidt en stuurt als een 'monitor'.

(Uit: Timmerman, 2000).

Bijlage 15 Kids' Skills

Kids' Skills

Oplossingen zoeken op eigen kracht

Laat ze zélf hun problemen oplossen

Uitvoerig nagaan waarom een kind een bepaald probleem heeft? Niet interessant, vindt de Finse psychiater en psychotherapeut Ben Furman. 'Leer ze liever hoe ze het op eigen kracht kunnen oplossen. 'In zijn boek Kids' Skills geeft hij aan hoe dat moet.'

'Kinderen hebben geen problemen, er zijn hooguit bepaalde vaardigheden die ze nog niet helemaal onder de knie hebben. En die vaardigheden kunnen ze in veel gevallen leren.' Dat is ongeveer de strekking van *'Kids' Skills'*, geschreven door de Finse psychiater en psychotherapeut Ben Furman. Het boek is net vertaald in het Nederlands. Zijn stelling klinkt prachtig maar doet tegelijkertijd denken aan managementclichés in de trant van; er bestaan geen problemen, alleen maar kansen, uitdagingen en oplossingen. Gespierde taal maar in de praktijk soms lastig toe te passen. Geldt dat ook voor *Kids' Skills*? In Nederland is deze aanpak nog vrij nieuw. Maar degenen die er mee hebben gewerkt zijn enthousiast. Want ook al pas je zijn stappenplan niet helemaal precies toe, het biedt veel interessante inzichten en aanknopingspunten. Om te beginnen de theorie. Zoals gezegd is het uitgangspunt heel positief. Je gaat niet uit van de problemen maar van de nog te leren vaardigheden.

Ben Furman: "Wat je vaak ziet als kinderen een bepaald probleem hebben, is dat ouders en hulpverleners eindeloos gaan zoeken naar de reden waarom een kind worstelt met dat probleem. Met andere woorden, er wordt flink gewroet in het verleden en er komen allerlei mogelijke verklaringen: te veel aandacht, te weinig aandacht, verkeerde vrienden, slechte band met de moeder, dominante vader etc. Maar uiteindelijk blijven het theorieën die je nooit kunt toetsen aan de werkelijkheid. En al zouden ze kloppen, dan nog kom je niet van je probleem af. Sterker nog, ik denk dat je kinderen alleen maar gekker maakt met al die therapie. Zeker omdat het zo focust op het negatieve. Daarmee vergroot je het probleem. En het leidt kinderen af van de enorme innerlijke kracht die ze hebben. Een goed voorbeeld van hoe dat mis kan lopen is het zesjarige kind dat onlangs samen met haar vader bij mij langs kwam omdat ze nog steeds in haar broek poepte. Ze was met haar vader al langs twee andere therapeuten geweest die haar er niet vanaf konden helpen. Wel kwamen die deskundigen steeds met een verklaring. Het had volgens hen alles te maken met het feit dat de moeder van het meisje kort geleden was overleden. Heel interessant, maar daar schoot dit meisje niets mee op. Mijn benadering was daarom als volgt: dit meisje moet nú leren om naar de WC te gaan als ze moet poepen en daar gaan we een plan voor maken. Dat plan hebben we samen met haar stap voor stap uitgevoerd. En met succes; daar hoefden we haar overleden moeder helemaal niet bij te halen."

Strategie

Caroline Beumer, die in Nederland *Kids' Skills* trainingen geeft en ouders en kinderen begeleidt bij het toepassen van *Kids' Skills*, verduidelijkt de theorie door het te vergelijken met de meer gangbare praktijk in Nederland: "Stel je komt bij een reguliere therapeut met de klacht dat je kind af en toe van die vreselijk driftbuien heeft. Waarschijnlijk zal die therapeut dan voorstellen om te kijken hoe jullie thuis met elkaar omgaan. Ze zal wat adviezen geven om de communicatie te verbeteren en als het tegen zit plakt ze ook nog een of ander etiket op het kind, - ADHD? - dat hem de rest van zijn leven blijft achtervolgen. Maar bij *Kids' Skills* ga je werken aan de oplossing. Het probleem wordt alleen in het begin genoemd om aan de hand daarvan samen met het kind naar de vaardigheid te zoeken die het probleem kan verhelpen of verminderen. Bij de oplossing ga je uit van de kracht van het kind. Ouders en de rest van de omgeving worden gezien als supporters die deze kracht tot bloei kunnen laten komen. Dat zal niet in alle gevallen leiden tot een perfecte oplossing maar het zorgt bijna altijd voor een flinke verbetering."

Om een nieuwe vaardigheid te leren ontwikkelde Furman een universeel stappenplan. Dat plan komt neer op het volgende:

Stap 1

Vertaal het probleem in te leren of te verbeteren vaardigheden. Met andere woorden: ga na welke vaardigheden het kind moet hebben om zijn probleem te overwinnen. Het is daarbij van essentieel belang dat hier wordt beschreven wat het kind zou kunnen *aan*leren in plaats van wat het kind zou moeten *af*leren. Gaat het bijvoorbeeld om een kind dat driftig is, dan is de vaardigheid die geleerd moet worden: rustig blijven of luisteren. Dat klinkt een stuk prettiger dan 'leren om niet meer zo driftig te zijn'. 'Als wij tegen een kind zeggen welk gedrag wij van hem willen zien in plaats van wat wij niet willen zien, zal het zich niet bekritiseerd voelen en dus niet de behoefte voelen om zich te verdedigen' aldus Furman in zijn boek. 'Zeg dus liever "Praat eens zachtjes" in plaats van "Schreeuw niet zo tegen me". Zeg "Wees eens aardig tegen je zusje" in plaats van "Hou op met je zusje plagen". Het maken van deze vertaalslag is volgens Furman het moeilijkste onderdeel van het stappenplan. Zeker wanneer het gaat om een wat groter probleem. Neem daar dan ook rustig de tijd voor en hak het probleem zonodig op in kleine deelproblemen. Begin steeds met het makkelijkste probleem. Is dat overwonnen dan begint het kind heel gemotiveerd aan het oplossen van het volgende probleem.

Stap 2

Is het probleem en de bijbehorende te leren vaardigheid gedefinieerd, bespreek het probleem dan met het kind en probeer het eens te worden over de vaardigheid die het gaat leren. Furman: "Als je wilt dat je kind meewerkt, is het soms handig om *Kids' Skills* in groepsverband toe te passen. Ga met het de hele klas of het hele gezin bijvoorbeeld ergens aan werken of doe het twee aan twee: een broer en een zus, vader en zoon, moeder en dochter. Dat werkt motiverend. Ik ken bijvoorbeeld een vader en een zoon die samen gingen proberen om minder te vloeken of beter geformuleerd, gingen leren om netjes te praten. Dat werd een heel spel waarbij de jongen probeerde om de vader in een lastige positie te manoeuvreren zodat de kans groot was dat hij zou gaan vloeken. Door dit spel bleef het allemaal heel luchtig maar het leidde er wel toe dat de jongen niet meer vloekte. En zijn

vader was ook meteen geholpen."

Kids' Skills-coach Caroline Beumer benadrukt dat als je je kind echt enthousiast wilt maken om mee te werken, je soms heel subtiel te werk moet gaan. 'Het is heel belangrijk om te realiseren dat kinderen het vaak moeilijk vinden om hun gedrag te begrijpen. Als je bijvoorbeeld een driftig kind vraag waarom het steeds zo boos wordt zal het daar geen antwoord op kunnen vinden. En de kans is groot dat het geïrriteerd raakt zeker als je er te lang op door gaat. Wil je hem motiveren om zijn gedrag te veranderen, dan kun je beter proberen om aan te sluiten bij het positieve. Zeg bijvoorbeeld als een kind net een driftbui heeft gehad: "Jee, ik zag dat het je vlak voor je boos werd, lukte om je in te houden. Dat was vast heel moeilijk voor je. Wat knap, hoe deed je dat?" Als je die vraag stelt dan spreek je het kind aan op zijn vermogens, op zijn innerlijk kracht. Is het kind zich daar eenmaal van bewust dan is het meestal wel geïnteresseerd om dat te versterken. Dit proces kan overigens best even duren. Want zoals ik al zei; hoe jonger het kind hoe meer je de informatie moet doseren. Wil je te snel, dan haakt het in negen van de tien keer af.'

Stap 3

Stap 3 is er om het kind er echt van te overtuigen dat het zinnig is om de nieuwe vaardigheid te leren. In deze fase moeten kind en ouders en/of andere betrokkenen een lijst maken van de voordelen die het nieuwe gedrag zou kunnen opleveren. Dit verhoogt de motivatie van het kind.

Stap 4

Met stap 4 krijgt het leerplan een officieel tintje. Het krijgt namelijk een naam. Furman: "Door iets een naam te geven trek je het uit het vage. Zo wil een vriendin van mij nog steeds een keer op reis naar Australië. Dit noemt ze haar Australië-project. Daarmee is het een officieel iets geworden waar ze voor aan het sparen is en blijft het niet bij een vaag plan. Ditzelfde geldt voor het aanleren van een nieuwe vaardigheid."

Stap 5

Laat het kind een mascotte kiezen voor zijn project. Furman: "Dit klinkt misschien raar, maar heel veel mensen en zeker kinderen zijn op een bepaalde manier bijgelovig. Ik had een keer een jongen die alleen aan zijn nieuwe vaardigheid wilde werken als zijn pluchen paard in de buurt was. Kinderen kunnen daar een enorme kracht uit putten. Natuurlijk moet je kinderen die geen enkele behoefte hebben aan zo'n mascotte ook gewoon kunnen laten. Dan is het voor hen niet zo belangrijk."

Stap 6

Laat het kind een aantal supporters kiezen. Dat kunnen ouders zijn, grootouders, burens etc. maar ook vrienden, de juf of de meester. Vraag deze supporters het kind aan te moedigen in zijn strijd om een nieuwe vaardigheid te leren. Volgens Caroline Beumer kan deze aanmoediging op een hele eenvoudige manier gebeuren. Een kind vraagt bijvoorbeeld aan zijn grootmoeder: 'Oma hoe ga je me helpen om met het duimen te stoppen?' Dan kan de oma zeggen: 'Ik ga heel hard aan je denken want ik weet dat jij het kan'. Furman benadrukt dat een kind zich ook kan laten aanmoedigen door zijn leeftijdsgenoten, maar uiteraard blijft dit een beslissing die het kind zelf moet nemen.

Stap 7

Geef het kind het gevoel dat jij er vertrouwen in hebt dat het in staat is om een nieuwe vaardigheid aan te leren. Zeg dingen als: 'Het is je al eerder gelukt', of 'Je hebt in het verleden ook moeilijke dingen geleerd.' Ook irrationele argumenten zijn goed: 'Ik zie aan je ogen dat je het kan' of 'Jij als boogschutter kunt dat zeker.'

Stap 8

Maak een plan hoe je gaat vieren dat een kind zijn nieuwe vaardigheid onder de knie heeft gekregen. Want door vooraf te bepalen hoe je het gaat vieren, krijgt het kind de boodschap dat het daadwerkelijk in staat is om de vaardigheid te leren. Overigens moet je dat vieren volgens Ben Furman niet al te letterlijk opvatten: "Je kan ook afspreken dat je samen naar de film gaat, of naar het zwembad." "Of je gaat koekjes bakken, het hoeft helemaal niet iets groots te zijn", vult Beumer aan.

Stap 9

Bij deze stap gaat het er om dat het kind laat zien hoe het zich gaat gedragen wanneer het de vaardigheden beheerst. In het boek staan een paar voorbeelden:

'Als je hebt geleerd om zonder problemen naar bed te gaan, hoe ga je dan naar bed?'

'Als je andere kinderen niet meer gaat duwen, ook niet wanneer je ze plagen, wat doe je dan als iemand je plaagt?'

'Als je straks netjes gaat eten, hoe eet je dan?'

Door dit soort vragen te beantwoorden krijgt het kind niet alleen een duidelijker beeld van wat het betekent om iets te kunnen, het helpt ze ook om de nieuwe vaardigheid in de praktijk te brengen.

Stap 10

Treed naar buiten. Door het kind aan anderen te laten vertellen waar het mee bezig ontstaat er een soort verwachtingseffect van de omgeving. Dat is gunstig. Uit onderzoek blijkt namelijk dat als een kind een bepaald probleem heeft en de omgeving denkt dat daar toch weinig aan te doen is, het kind wordt besmet met deze pessimistische opvatting. Omgekeerd geldt dat een kind dat laat zien dat het graag iets nieuws wil leren, zijn omgeving overtuigd van zijn wilskracht en daarmee zorgt voor positieve verwachtingen. En die positieve verwachtingen zorgen er weer voor dat een kind een grotere kans van slagen heeft. Overigens betekent dit naar buiten treden niet dat de hele wereld op de hoogte moet worden gebracht. Beperk het tot de familie, eventueel wat goede vriendin, en als het relevant is, de juf op school.

Stap 11

Spreek met het kind af hoe het zijn vaardigheden gaat oefenen. Volgens Furman is het handig om het kind dit zelf te laten verzinnen. Help het kind oefeningen te verzinnen die steeds een beetje moeilijker worden. Bij jonge kinderen kunnen rollenspelen in het begin heel nuttig zijn, maar oudere kinderen zullen daar waarschijnlijk geen zin in hebben. Voor hen kan het leuk zijn een logboekje bij te houden van de momenten waarop zij succesvol de te leren vaardigheid hebben toegepast. In deze fase is het heel belangrijk om te blijven realiseren dat het oefenen zeker gepaard gaat met een aantal tegenslagen - twee stappen

vooruit, één achteruit. Ander belangrijk punt is dat de nieuw te leren vaardigheid minimaal een keer per dag geoefend moet worden en, afhankelijk van de te leren vaardigheid, misschien wel vaker. En, heel belangrijk; deel veel complimenten uit. Wat dat laatste betreft is het volgens Furman goed om te realiseren dat indirecte complimentjes vaak nog effectiever zijn dan directe. "Zeg bijvoorbeeld - als je weet dat je kind je kan horen - tegen een vriendin hoe knap je het van je kind vindt dat hij al twee nachten in zijn eigen bed heeft geslapen." Een andere complimenteertechniek die Furman aanraadt is de zogenaamde 'driewerf hoera'. Zeg eerst 'Oh' en 'Ah, wat knap van je', zeg daarna dat je beseft hoe moeilijk het voor een kind moet zijn geweest om het gedrag te vertonen en vraag daarna hoe het kind het voor elkaar heeft gekregen. Met name dit laatst bevestigt het kind in zijn eigen vermogen om die nieuwe vaardigheid te leren.

Stap 12

Geheugensteuntjes bedenken: bedenk met het kind hoe het er aan herinnerd wil worden dat het zijn vaardigheid even is vergeten. Furman benadrukt dat je deze herinnering niet moet brengen als kritiek in de trant van 'Nou ben je toch weer driftig / aan het duimen/ uit je bed gekropen.' Dat werkt demotiverend. Zeg liever 'Hee, je vergat iets' of spreek een code af die aan het kind duidelijk maakt dat het even op het verkeerde spoor zit.

Stap 13

Vier dat het kind zijn vaardigheid heeft geleerd. Doe dit op de manier waarop dit is afgesproken bij punt 8.

Stap 14

Stimuleer het kind om zijn nieuw geleerde vaardigheid aan een ander door te geven. Volgens Furman beklijft een pas geleerde vaardigheid het beste als het kind het weer leert aan een ander kind. Die neiging om iets aan een ander te leren, hebben kinderen volgens hem al van nature. Het geeft ze namelijk het gevoel dat ze nuttig en waardevol zijn.

Stap 15

Op naar de volgende vaardigheid! Volgens Furman is het handig om alledaagse problemen een voor een aan te pakken. Wil je bijvoorbeeld dat je kind stopt met nagelbijten, in zijn eigen bed slaapt en minder snel driftig is, zet dan twee van die problemen in de wacht - besteed daar geen aandacht aan - en kies er één uit om mee te beginnen. Als het kind in staat is om de eerste vaardigheid aan te leren, zal het extra gemotiveerd zijn om aan het volgende te beginnen.

Stappen overslaan

Zowel Furman als Beumer benadrukken dat het niet altijd nodig is om alle stappen uit te voeren. Furman: "Als je echt een serieus probleem hebt, bijvoorbeeld een kind dat niet in zijn eigen bed wilt slapen, is het wel verstandig om het stappenplan te volgen. Gaat het om kleinere dingen, zoals leren fietsen, dan is dat niet nodig. Je hoeft namelijk niet met een kind eindeloos stil te gaan staan bij de vraag waarom het zo belangrijk is om te leren fietsen. En nee, natuurlijk moet je niet elk wissewasje aan willen pakken met *Kids' Skills*. Wel zijn er punten die je in je achterhoofd kunt houden, zoals het zeggen wat je wél wilt in plaats van

wat je niet wilt. En ook het aanmoedigen is iets wat in zijn algemeenheid goed werkt bij kinderen."

Gaat *Kids' Skills* niet voorbij aan de verschillen die er nou eenmaal zijn tussen kinderen?

Furman: "Nee, dat doet het niet. Natuurlijk kun je een verlegen kind niet voor 100% van zijn verlegenheid af helpen. Maar je kunt wel bereiken dat het kind iets minder verlegen wordt. Daar geloof ik echt stellig in, zelfs als het gaat om kinderen met een neurologisch probleem."

(Furman, 2009)

Bijlage 16 Groepsbehandeling

Uitwerking aanbevelingen ten aanzien van groepsbehandelingen bij het jongere kind

Aanpak:

Het is belangrijk om eerst een paar lessen te investeren in het maken van concrete afspraken en het duidelijk formuleren van de regels die gelden binnen deze groepsles (Johnson & Johnson, 2008). Dit is mogelijk door middel van oefeningen waarbij de regels ook verinnerlijkt worden, dat wil zeggen door te oefenen de kinderen laten ervaren wat nou precies bedoeld wordt. Bijvoorbeeld: Wat is stil zijn? Wat is stil zitten? Enzovoort.

Deze fase is eigenlijk de voorbereidingsfase en bestaat uit het maken van concrete afspraken en het duidelijk formuleren van de regels. Maar meer nog dan dat is het belangrijk dat de kinderen naast het auditief verwerken van de regels en afspraken deze ook leren voelen en ervaren, zodat ze precies weten wat er bedoeld wordt. Dit lijkt ons zeker voor kinderen die niet talig zijn ingesteld en/of moeite hebben met de verwerking van auditieve informatie binnen hun sensorisch systeem, zeer waardevol. Ook Leenders (1994) zegt hierover: "Vooraf bij jonge kinderen is het goed bepaalde regels en afspraken te oefenen. Dit kan uitstekend in spelsituaties. Wanneer de regels worden geoefend, worden ze duidelijker en gaan kinderen begrijpen waarom handhaving hiervan belangrijk is."

Gebaseerd op bovenstaande en zeer goed te combineren met het doel van de fysiotherapeutische groepsbehandeling, namelijk het stimuleren en ondersteunen van de motorische ontwikkeling, zijn ons inziens de volgende oefeningen.

Een belangrijk onderdeel van deze oefeningen is het bespreken en evalueren van het nut van deze regels. Leenders (1994) zegt hierover: "Zolang kinderen het nut van bepaalde regels niet zien, is de kans groot dat de kinderen telkens opnieuw vervallen in dezelfde 'overtredingen'."

De volgende praktische voorbeelden zijn gebaseerd op de oefeningen zoals ze worden beschreven in het boek van Kaat Timmerman (2000). Wij hebben ze aangepast aan de fysiotherapeutische behandelsituatie:

- Wat is stilzitten?

Laat de kinderen bepaalde bewegingen uitvoeren zoals rennen, hinkelen of kruipen. Op het reeds afgesproken stopteken moeten alle kinderen onmiddellijk stoppen met bewegen.

De kinderen evalueren elkaar: Wie is niet op tijd gestopt? Hoe komt dat? We oefenen tot het bij alle kinderen lukt.

Een onderdeel van het evalueren is samen bespreken waarom het soms nodig is om stil te zitten, wanneer dat niet nodig is, enzovoort.

- Wat is stil zijn?

Oefen het dichtdoen van de ogen en het luisteren naar de geluiden die te horen zijn. De opdracht kan zijn om zoveel mogelijk geluiden op te merken. Een andere optie is het geven van een bewegingsinstructie zoals klappen, hinkelen of huppelen enzovoort aan één kind en de andere kinderen met het gezicht afgewend laten raden en benoemen welke beweging of activiteit het kind verricht.

Ook deze oefeningen worden op bovenstaande wijze geëvalueerd.

- Wanneer mag je praten?

Als een (of meerdere) kind(eren) steeds door de instructies of de oefening heen praat(en), is een optie om af te spreken dat ze alleen tussen de oefeningen door iets mogen vertellen en alleen als de begeleider niet aan het praten is. Als een kind zich toch vergist kun je zeggen:

“Onthoud goed wat je wilt zeggen, want dadelijk wil ik het graag horen.”

Als een kind zich niet aan de afspraak houdt maak je geen opmerking maar teken je een afgesproken symbool achter de naam van het kind. De kinderen willen geen symbool, proberen zich in te houden en zijn in veel gevallen ná de oefening alweer vergeten wat ze wilden zeggen. Het is mogelijk om dit systeem te koppelen aan een beloningssysteem, dit kan zijn het mee mogen helpen met opbouwen en/of opbergen van de materialen.

- Nauwkeurigheid, doet het kind precies wat de bedoeling is?

Dit kan geoefend worden doordat de begeleider of een van de kinderen een opdracht geeft en deze eventueel voordoet, de kinderen moeten dus goed kijken en/of luisteren waarna ze precies hetzelfde moeten doen. In het kader van een fysiotherapeutische groepsbehandeling zal dit een beweging of activiteit zijn. Een andere optie is dat de begeleider zelf mee doet, nadat een van de kinderen de opdracht heeft gegeven, waarna ze de begeleider uitvoering mogen evalueren. Belangrijk hierbij is dat ze leren om op de details te letten.

Ook evalueren: Waarom is het vaak belangrijk om precies te doen wat gevraagd wordt?

- Stopgedrag oefenen.

Maak een lange baan waar ze op een afgesproken manier overheen moeten bewegen. Op het afgesproken stopsignaal moeten ze stilstaan en wachten op de volgende instructie.

Na afloop het verloop van de oefening en het waarom evalueren.

- ‘Papegaaien’ oefenen.

Dit is het oefenen van het kunnen nazeggen van een opdracht. Door het nazeggen is er een grotere kans dat de opdracht onthouden wordt. Tevens is dit een voorbereiding voor het kunnen verwoorden van een opdracht.

We kunnen dit oefenen doordat de begeleider een korte opdracht geeft, bijvoorbeeld: “loop op je tenen naar de overkant”, waarna de kinderen eerst tegelijk en in een latere fase afzonderlijk de opdracht moeten herhalen. Hierbij is het mogelijk het kind erop voor te bereiden dat het aan de beurt is om de volgende opdracht na te zeggen. Nog later wordt een willekeurig kind uitgekozen om de opdracht te herhalen.

- Deelopdrachten oefenen.

Veel opdrachten binnen de fysiotherapeutische groepsbehandeling bestaan uit meerdere deelopdrachten, daarom lijkt het ons zeer zinvol ook dit te oefenen.

Gebaseerd op de oefeningen volgens Timmerman (2000) maar omgevormd tot fysiotherapeutische oefeningen:

Bijvoorbeeld: “Ga rennend naar de hoepels en ga in een van de hoepels staan.” Maar ook: “Ga rennend naar de hoepels en ga in de rode hoepel staan.”

Een andere methode die te gebruiken is, is de methode ‘Remweg?!’

Dit is een trainingsprogramma waarmee (professionele) opvoeders leren hoe zij kinderen in de leeftijd van 6 tot en met 12 jaar kunnen leren om eerst te stoppen, te kijken, te luisteren en na te denken om daarna pas tot actie over te gaan (Koning e.a., 1999).

Hier volgen nog een aantal vaardigheden die de begeleider van een groep zou moeten beheersen (gebaseerd op Leenders, 1994):

- Een schema maken van de inhoud van de les en deze aan het begin met de kinderen bespreken geeft overzicht. Liefst gevisualiseerd, bijvoorbeeld met behulp van pictogrammen.

Dit zal zeker voor jonge kinderen of kinderen met ASS of (kenmerken van) ADHD veel prettiger zijn dan een les vol 'verrassingen'. Van Lieshout (2002) zegt hierover in het kader van de begeleiding van kinderen met ASS: "In ruimte, tijd, activiteit en begeleidingsstijl moet alles overzichtelijk en gestructureerd zijn vanwege de fragmentarische waarneming van het kind."

- Alternatief gedrag aanreiken.

Naar het kind toe aangeven waarom je het niet eens bent met de wijze waarop het kind zich gedraagt. Je ondersteunt het kind bij het veranderen van de situatie door aan te geven hoe het anders zou kunnen en waarom dat prettiger zou zijn. Van Lieshout (2002) zegt hierover in het kader van de begeleiding van kinderen met ODD: "Verder zal hij geconfronteerd moeten worden met zijn voor anderen verstorend gedrag en alternatieven aangereikt moeten krijgen."

Belangrijk bij het benoemen van het storende gedrag is om vanuit de 'ik-vorm' te spreken. In zo'n ik - zin neem je verantwoordelijkheid voor je eigen innerlijke toestand en leg je de verantwoordelijkheid voor het gedrag bij het kind zelf. Tegelijkertijd vermijdt de ik-vorm de negatieve invloed die met de jij-vorm samengaat (Stanford, 1997). Deze theorie van psycholoog Thomas Gordon kwamen wij overigens in veel literatuur tegen.

Als het mis gaat met het gedrag van een kind in de groep probeer dan zo veel mogelijk samen met het kind tot een oplossing te komen. "Ik zie dat je.... Het gevolg is.... Zou dit anders kunnen?... Weet je nog welke afspraak we hierover hebben gemaakt?..."

Het aanspreken van de hele groep in de ik - vorm sluit hierbij aan. Bijvoorbeeld: "Ik zie dat een aantal mensen zich niet aan de regels houdt." in plaats van: "Jullie houden je niet aan de regels."

- De kinderen stimuleren om zelf tot oplossingen voor problemen te komen.

Als kinderen binnen de groepsbehandeling ruzie maken, zou een oplossing kunnen zijn om dit in de groep te bespreken en samen proberen om tot een andere aanpak voor dit probleem te komen. Bijvoorbeeld: "Hoe gaan we dit oplossen, hebben jullie een idee?"

- De betrokkenheid bij datgene dat in de behandeling gebeurt vergroten door vragen te stellen. Deze vragen kunnen de kinderen aanmoedigen na te denken over de activiteit waar ze mee bezig zijn en om eventueel problemen op te lossen. Ze kunnen echter ook leiden tot eigen ideeën en aanvullingen op de oefenstof.

- Kinderen verantwoordelijkheid geven.

Een mogelijkheid is om bijvoorbeeld iedere bijeenkomst één kind te benoemen als de assistent. Maak een namenlijst in alfabetische volgorde. Iedere les is een kind aan de beurt om de assistent te zijn. Volg hierbij de lijst. De inhoud van deze taak wordt samen met de kinderen besproken: "Hebben jullie zelf nog ideeën over wat de assistent mag doen?" We maken samen de afspraak dat we ook luisteren naar de assistent.

- Zorg ervoor dat positief gedrag voldoende gestimuleerd wordt door te complimenteren. Het complimenteren van het proces in plaats van het eindproduct werkt tevens positief op de motivatie.

- Investeer in de aanvangsfase tijd voor het tot stand brengen van een positieve interdependentie (= wederzijdse afhankelijkheid). Ook dit kan middels oefeningen waarbij samenwerking geoefend wordt en waarbij ervaren kan worden dat bij een goede samenwerking het kind ook zelf makkelijker de beloning verdient. Hier volgen twee voorbeelden van oefeningen:

Voorbeeld 1: Elk kind moet 5x de bal gevangen hebben (= haalbaar doel), ik gooi hem aan. Degenen die het al gehaald hebben mogen op het “kampioensbankje” gaan zitten. Pas als de groep compleet is zijn ze echt kampioen en krijgen ze een extra sticker. De begeleider geeft het voorbeeld en stimuleert de kinderen om degenen die het nog niet gehaald hebben luidkeels aan te moedigen.

Voorbeeld 2: De kinderen gaan twee aan twee ruggelings tegen elkaar zitten. De een duwt de ander met zijn rug naar de overkant. Hoe soepeler het geduwde kind dit laat gebeuren hoe beter en sneller het gaat. Ze zijn pas kampioen als de hele groep aan de overkant is. Er is geen tijdslimiet en ze worden gestimuleerd elkaar aan te moedigen.

- Reflecteren en evalueren moet vanaf het begin een belangrijke plaats innemen. Te beginnen met het evalueren van de oefeningen. Ook de toepassing van de regels in de groep wordt met de kinderen geëvalueerd. Hoe worden ze ervaren? Werken ze? Moet er iets veranderd of aangepast worden?

- De motivatie binnen de groep kan vergroot worden door de betrokkenheid te vergroten. Dit kan door middel van het stellen van vragen over de oefenstof en het uitdagen van de kinderen om zelf met leuke ideeën en aanvullingen te komen. Je zou kunnen proberen of het werkt om aan het eind van iedere les bij de evaluatie, de kinderen te vragen om de oefening waar we volgende keer mee beginnen zelf te kiezen.

Bovenstaande vaardigheden hebben meer effect als de begeleider beschikt over een aantal algemene kenmerken die kunnen bijdragen aan een goed pedagogisch klimaat:

Hij of zij moet kunnen leiding geven en grenzen stellen waarbij vooral de kwaliteit en niet de kwantiteit van de regels van belang is. Er moet sprake zijn van positieve betrokkenheid. De begeleider moet sensitief en responsief zijn, beschikken over humor en duidelijk en consequent “gedragsmanagement” laten zien.

Bijlage 17 Teamcoaching

Een verandertraject binnen de fysiotherapiepraktijk

Het verandertraject (project):

In het kader van ons praktijkonderzoek hebben wij een intakeformulier ontwikkeld waarvan het de bedoeling is dat het voorafgaand aan het (kinder)fysiotherapeutisch onderzoek door de ouders van het kind wordt ingevuld en geretourneerd. Wij zouden willen dat alle medewerkers van onze fysiotherapiepraktijk dit formulier gaan gebruiken.

Hoe implementeren wij als gedragspecialist dit formulier en hoe coachen we het team in dit implementatietraject?

Om inzicht te krijgen in de mogelijkheden en de mogelijke belemmeringen die ons in dit implementatietraject te wachten staan hebben wij ervoor gekozen alle medewerkers de 'Groepsroltest' van Belbin te laten invullen. Tevens hebben wij drie medewerkers gevraagd om de 'Vragenlijst Lerende Organisatie' van Nelson en Burns in te vullen.

De 'Groepsroltest' geeft ons inzicht in de sterke kanten en de 'Toelaatbare zwakheden' van ieder teamlid maar ook in die van ons zelf. Door te kijken naar onze eigen teamrol wordt duidelijker met welke 'bril' wij ons team begeleiden naar iets nieuws. Welke competenties kunnen wij aanspreken bij het coachen en wat zijn mogelijke valkuilen?

De 'Vragenlijst Lerende Organisatie' geeft een indicatie over in hoeverre wij een lerende organisatie zijn, dat wil zeggen, in hoeverre zijn wij reactief, responsief en proactief? Hoe zit het met de structuur, de motivatie, de communicatie en dergelijke?

Vragenlijst Lerende Organisatie

Op alle drie de vragenlijsten is te zien dat wij maar ongeveer de helft van het maximaal aantal te behalen punten scoren.

Er is duidelijk te zien dat wij vooral een reactief lerende organisatie zijn. Dit is met name zichtbaar bij de volgende aspecten: Organisatiedoel, Planning, Management, Structuur en de Ontwikkelingsfase. Dit wil zeggen dat verschillende delen van de organisatie verschillende aandachtspunten hebben, dat plannen gemaakt worden om de status-quo te continueren, managers geven direct leiding aan de activiteiten van alledag. Tevens duiken er ad-hoc problemen op die om een oplossing vragen zodat de managers vaak het gevoel hebben dat ze achter de feiten aanlopen. De organisatie is fragmentarisch. Op papier is hij één geïntegreerd geheel, maar in werkelijkheid is de organisatie opgesplitst in min of meer zelfstandig werkende onderdelen. Als we kijken naar de organisatieontwikkeling zien we dat veel tijd, aandacht en energie gaat naar het draaiende houden van de bestaande organisatie. Voor onze instelling, een eerstelijns fysiotherapiepraktijk, betekent dit dat de organisatie opgesplitst is in (kinder)fysiotherapeuten die vooral met kinderen tot 2½ jaar werken, (kinder)fysiotherapeuten die met kinderen vanaf ongeveer 2½ jaar werken en fysiotherapeuten die met volwassenen werken. Deze groepen hebben ieder hun eigen behoeften ten aanzien van inrichting van de werkplek, materialen en communicatie. Er is dan ook veel tijd en energie nodig om in al deze verschillende behoeften te voorzien. Excellent zijn we vooral op de aspecten Tijds kader en Motivatie. Dat wil zeggen dat de aandacht vooral gericht is op het in de toekomst verwezenlijken van het potentieel van de

organisatie. De organisatie is trots op het verleden en er is een goed inzicht in het huidige potentieel. De belangrijkste motivatie is het ontwikkelen van de eigen professionaliteit en daarmee het verwezenlijken van de doeleinden van de organisatie. Concreet geldt voor iedere medewerker dat er veel tijd gestoken wordt in scholing en ontwikkeling van de eigen kwaliteit.

Voor het project geldt dus dat het niet zo gemakkelijk zal zijn om het intakeformulier te implementeren omdat dit vooral een proactief instrument is en wij niet echt een proactieve organisatie zijn. Qua organisatieontwikkeling gaat er veel tijd en energie naar de bestaande organisatie waardoor iets 'wat er bovenop komt' al snel te veel is. Door de opsplitsing in meerdere min of meer zelfstandig werkende onderdelen is het belangrijk om al deze 'onderdelen' mee te krijgen. Dit vraagt waarschijnlijk om verschillende manieren van aanpak.

Het is belangrijk om het team aan te spreken op de te behalen 'winst' in de toekomst, namelijk vergroting van het potentieel van de praktijk als het intakeformulier praktijkbreed gebruikt gaat worden. Duidelijk maken aan het team dat de professionaliteit toeneemt als het formulier gebruikt wordt is ook een mogelijke insteek.

Groepsroltest

Teamsamenstelling:

Team van 10 fysiotherapeuten waaronder 2 eigenaren. Er is 1 administratieve kracht (1).

Volgens de Groepsroltest van Belbin zijn de eigenaren beiden Bedrijfsman

De medewerkers zijn:

Bedrijfsman en Plant (2)

Voorzitter en Bedrijfsman (3)

Groepswerker (4)

Bedrijfsman en groepswerker (5)

Voorzitter (1)

Vormer (6)

Voorzitter (7)

Monitor (8)

Groepswerker(9)

Coaches zijn Nicole en Hettie.

Nicole: Voorzitter en bedrijfsman

De voorzitter kan door nadruk te leggen op de procedure een onafhankelijke positie innemen, hierdoor kan de voorzitter iedereen bij het team betrekken.

Kan de meningen en opvattingen van anderen goed verwoorden.

Toelaatbare zwakheid:

Kan manipulatief zijn in de poging alle neuzen een kant op te krijgen.

De bedrijfsman is ordelijk en taakgericht, een harde werker, heeft praktisch inzicht en organisatie talent. Betrouwbaar, consciëntieus en plichtsgetrouw, gaat op zeker.

Toelaatbare zwakheid:

Soms weinig flexibel, voorspelbaar en behoudend.

Hettie: Bedrijfsman en groepswerker.

De bedrijfsman is ordelijk en taakgericht, een harde werker, heeft praktisch inzicht en organisatie talent.

Is betrouwbaar, consciëntieus en plichtsgetrouw, gaat op zeker.

Toelaatbare zwakheid:

Soms weinig flexibel, voorspelbaar en behoudend.

De groepswerker is behulpzaam en attent, gericht op harmonie. Bezit tact en diplomatie en kan met iedereen overweg.

Toelaatbare zwakheid:

Kan te meegaand zijn, kan moeilijk uit de weg met conflicten en kan daardoor in kritieke momenten moeilijk een beslissing nemen.

In onze teamsamenstelling valt op dat verschillende mensen dezelfde rol vervullen. Er zijn veel Voorzitters en Bedrijfsmannen.

Vanuit onze eigen groepsrollen beschikken wij over een aantal competenties die waardevol zijn als het gaat om het coachen van een implementatie traject zoals hier aan de orde is.

Nicole bezit als voorzitter de competentie om de procedure aan te geven en de bedoeling van het intakeformulier te verhelderen.

Omdat Hettie en Nicole beide bedrijfsmannen zijn zou de organisatie van het implementatie traject geen probleem moeten zijn vanwege de aanwezigheid van praktisch inzicht en organisatietalent.

Omdat Hettie ook nog een groepswerker is, is tact en diplomatie aanwezig om omzichtig met eventuele weerstand om te gaan.

Vanuit onze toelaatbare zwakheden zou te weinig flexibiliteit een valkuil kunnen zijn.

Als het ons lukt om collega 6 als Vormer achter ons project te krijgen, kan hij een belangrijke rol spelen bij het enthousiasmeren van de overige teamleden.

Collega 2 kan als plant moeite hebben met het opvolgen van protocollen, het is dus belangrijk om haar achter het project te krijgen. Het is wel een feit dat haar belangrijkste rol die van bedrijfsman is waardoor zij waarschijnlijk, als wij haar kunnen overtuigen van het nut van het intakeformulier, consciëntieus hiermee aan de slag gaat. Zij zal wel eerst overtuigd moeten worden van de praktische waarde.

We zullen moeten oppassen voor collega 8 als monitor omdat hij wel eens voor vertraging van het traject zou kunnen zorgen omdat hij eerst alle voors en tegens in kaart wil brengen en de beslissing om het intakeformulier daadwerkelijk praktijkbreed te implementeren eerst zorgvuldig wil afwegen.

Ook collega 4 bezit als groepswerker tact en diplomatie waardoor zij mee kan helpen om omzichtig eventuele weerstand te overwinnen.

Collega 1 hoeft als administratieve kracht het intakeformulier niet zelf te gaan gebruiken, toch speelt zij binnen de praktijk een belangrijke neutrale rol. Deze wordt nog versterkt door haar groepsrol als voorzitter. Zij kan helpen met het verduidelijken van de procedure.

Doordat zij met iedereen in het team te maken heeft kan zij iedereen op het project aanspreken waardoor zij ieder teamlid erbij betrekt.

Coachingstraject

Om het project te doen slagen zijn een aantal factoren essentieel.

Het hele team zal tot een heldere visie moeten komen wat betreft het gebruik van het intakeformulier in de toekomst. Het is belangrijk om samen doelen af te spreken bijvoorbeeld over het tijdstip waarop iedereen het formulier in gebruik moet hebben. We spreken gezamenlijk een evaluatiemoment af waarop we het inzetten van het intakeformulier gaan evalueren. Door gebruik te maken van factoren zoals die uit de 'Vragenlijst Lerende Organisatie' en de 'Groepsroltest' komen en hierboven reeds beschreven werden, neemt het commitment toe. Iedereen moet 'eigenaar' zijn van het project waarbij het voor ons als coaches belangrijk is om de verantwoordelijkheid over de kwaliteit van de resultaten en interactie bij het team neer te leggen. Hierdoor neemt namelijk de motivatie voor verandering toe.

Het is belangrijk om de 'winst' duidelijk te maken. Deze bestaat uit het hebben van veel informatie over de achtergrond van het kind vóór dat je aan het onderzoekstraject begint. Dit scheelt tijd, biedt de mogelijkheid om indien dat wenselijk is eerst de ouders, zonder kind, uit te nodigen voor de eerste intake en het biedt de mogelijkheid om het kind op een beter op het kind afgestemde wijze te benaderen.

Doordat wij tijdens deze opleiding veel positieve ervaringen opgedaan hebben met oplossingsgericht werken, spreekt het 'reteaming' ons erg aan. Deze manier van oplossingsgericht teamcoaching past zowel bij ons, als bij het team én bij het doel dat we willen bereiken.

Vanwege de aanwezigheid in ons team van nogal veel 'sterke' groepsrollen is het gezamenlijk aangaan van het proces waarbij iedereen inspraak heeft als het gaat over de visie, het doel, het bespreken van de voordelen, de mogelijke tegenvallers en het stappenplan. Het team moet vooral niet het gevoel krijgen dat ze iets 'door de strot geduwd krijgen'. Positief aspect is dat ons team positief staat tegenover onze opleiding tot gedragsspecialist, waardoor zij open staan voor verbeteringen van het eigen handelen die door ons worden aangereikt.

Concreet: Wij zitten ten tijde van dit praktijkonderzoek midden in een tijd- en energierovend traject van praktijkovername waardoor het moment niet geschikt is om een project als dit op te starten. Ons plan is om een aantal zaken direct na het beëindigen van deze Masteropleiding in de praktijk aan te gaan pakken. Dit implementatietraject is daar één van. Gezien de ervaring die wij de afgelopen twee jaar, gedurende deze studie, hebben opgedaan met betrekking tot het coachen en begeleiden van collegae, hebben wij de overtuiging dat dit project zal slagen zeker gezien de positieve attitude van de overige teamleden.