

2014

Het Bijzondere Normaal

Psychomotorische behandelmodule voor ouderen met een verstandelijke beperking



Gemaakt door: M.C.A.M. Smetsers
Studentnummer: 475128
Naam academie: Hogeschool van
Arnhem en Nijmegen (HAN)
Opleiding: Creatieve therapie |
Psychomotorische therapie (PMT)
Basisgroep: CTO-VG01P/VH01P
Beoordelaar: Harriët Kienstra
Datum: 12-05-2014

De uitdrukking
van zijn gelaat
De eenvoud van
de mens
Zijn blijheid,
zijn innemende lach
De tederheid van
een onvergetelijke dag

Schampers (2010)

Voorwoord

Op 15 november 2013 ben ik in contact gekomen met Ivana Nagtegaal. Zij is werkzaam als psychomotorisch therapeut bij de instelling Ipse de Bruggen. Vanuit dit contact is een onderzoeksvraag ontstaan, waarop mijn afstudeeronderzoek gebaseerd is. Momenteel leest u het eindverslag van mijn onderzoeksperiode waaraan ik met veel plezier gewerkt heb.

Binnen dit eindverslag ben ik uitgedaagd door mijn opdrachtgever om een psychomotorisch therapeutische (PMT) behandelmodule te schrijven voor de doelgroep ouderen met een verstandelijke of meervoudige beperking. De reden dat ik voor deze onderzoeksvraag heb gekozen is ontstaan vanuit mijn interesse in veel kennis. Ik wilde me graag breed oriënteren gericht op verschillende doelgroepen. Met behulp van deze uitdaging heb ik mezelf kunnen verdiepen in de doelgroep ‘ouderen’ en de doelgroep ‘mensen met een verstandelijke beperking’.

Dit verslag is tot stand gekomen door investeringen vanuit mij en vele anderen. Op deze manier wil ik eerst mijn dank uitspreken naar alle professionals die gereageerd hebben op mijn enquête. Daarnaast wil ik de professionals bedanken die tijd vrijgemaakt hebben voor een interview. Door middel van deze informatie heb ik veel praktijkvoorbeelden verkregen die van toegevoegde waarde waren op de, helaas minimale, literatuur die te vinden was over deze specifieke doelgroep.

Daarnaast wil ik hen bedanken die mij gedurende de gehele onderzoeksperiode enorm gesteund hebben. Ten eerste wil ik mijn begeleider, Olivier Glas, van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen bedanken voor de richtinggevende feedback. Daarnaast gaat veel dank uit naar mijn medestudenten, Rob Aarntzen, Rachel Bomas en Loes Kleintank. Zij hebben mij gesteund bij lastige vraagstukken waardoor ik het vertrouwen kreeg dat ik op de goede weg was. Maar vooral ook de confronterende feedback die mij bewust maakte van mijn valkuilen, was zeer terecht en heeft mij geholpen tijdens mijn onderzoeksproces. Ook wil ik mijn ouders, mijn vriend, mijn zus en mijn schoonbroer bedanken, wie mij gesteund hebben gedurende deze gehele periode en mij geholpen hebben bij het vertalen van mijn samenvatting. Als laatste gaat extra dank uit naar mijn opdrachtgever, Ivana Nagtegaal. Door haar feedback die zeer doeltreffend was heb ik mezelf uitgedaagd om mijn verslaglegging en werkzaamheden efficiënter uit te voeren. Daarnaast heeft zij me ervan weerhouden om teveel uit te wijden en van mijn onderzoeksvraag af te stappen. Met behulp van haar snelle reacties en positiviteit heb ik de onderzoeksperiode als zeer positief ervaren.

Monique Smetsers
Mierlo, 10 mei 2014

Samenvatting

The English version of this summary is attached in appendix 1 (page 47).

Onderzoeksvraag

Welke psychomotorisch therapeutische (PMT) behandelmodule kan een bijdrage leveren aan het bevorderen van de kwaliteit van bestaan van mensen met een verstandelijke beperking, die wonen op de afdeling 'Zuideinde 2' (ouderen) bij de instelling Ipse de Bruggen?

Methode

Om antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van drie onderzoeksmethoden. Eerst is literatuuronderzoek uitgevoerd, om erachter te komen welke literatuur er bestaat tussen de combinatie PMT en ouderen met een verstandelijke beperking (de doelgroep). Deze literatuur bleek niet aanwezig te zijn. Daarom is vanuit de verkregen literatuur over beide doelgroepen (ouderen en mensen met een verstandelijke beperking) een enquête ontwikkeld voor PMT-ers welke werkzaam zijn met een van deze doelgroepen of de combinatie tussen beide. Daarnaast zijn interviews gehouden met vier hulpverleners, werkzaam op de instelling Ipse de Bruggen.

Resultaten

Om antwoord te verkrijgen op de onderzoeksvraag zijn 10 deelvragen beantwoord. Uit de literatuur blijkt de doelgroep kwetsbaar te zijn voor het verkrijgen van psychische problemen (Došen, 2005; Hekking & Fellingner, 2011; Meer, Hermesen & Keukens, 2003). Klachtbestrijding komt bij deze doelgroep echter vrijwel niet voor, vanwege de grote kans op overvraging. Vandaar dat de behandeling zich richt op het bevorderen van de kwaliteit van bestaan (Hekking & Fellingner, 2011; Visie Zuideinde 2, 2013).

Uit het onderzoek blijken lichaamsgerichte, ervaringsgerichte en cliëntgerichte benaderingswijzen als meest waardevol te worden geacht binnen de behandeling. Om de kwaliteit van bestaan te bevorderen, dient de PMT behandelmodule uit de volgende thema's te bestaan: contact maken, ervaren van mogelijkheden, genieten in het hier en nu, zelfvertrouwen, succeservaring opdoen en ontspanning. Tevens zijn binnen het onderzoek conclusies getrokken over welke attitude, werkvormen, randvoorwaarden en (contra-) indicaties, belangrijk zijn voor een PMT behandelmodule.

De cliënten van afdeling Zuideinde 2 zijn zeer divers. Onder andere wat betreft leeftijd, degradatie en psychische stoornissen. Uit het onderzoek blijkt dat de PMT behandelmodule afgestemd moet worden op de sociaal- emotionele ontwikkelingsleeftijd. Deze ontwikkelingsleeftijd bepaald namelijk de draagkracht van de cliënten (Došen, 2005). Daarnaast is geconcludeerd dat 'afstemming' het hoofdingrediënt is voor een behandeling aan de doelgroep.

Conclusie

Tot dusver was er geen PMT behandelmodule ontwikkeld voor de doelgroep. Uit het onderzoek blijkt 'afstemming' zeer van belang bij de doelgroep. Op basis hiervan is besloten om een algemene PMT behandelmodule te ontwikkelen, welke door de PMT-ers aangepast dient te worden op de specifieke doelgroep. Met behulp van de gegevens uit het onderzoek is de PMT behandelmodule 'Het Bijzondere Normaal' (bijlage 3) ontwikkeld.

Inhoud

1. Inleiding.....	6
1.1 Psychomotorische therapie	6
1.2 Ipse de Bruggen	6
1.3 Huidige situatie	6
1.4 PMT-module	7
1.5 Kwaliteit van bestaan.....	7
1.6 Terminologie	7
2. Vraagstelling en hypothesen.....	8
2.1 Onderzoeksvraag	8
2.2 Deelvragen	8
2.3 Hypothese.....	8
3. Onderzoeksmethoden	9
3.1 Deskresearch	9
3.2 Enquête.....	9
3.3 Interviews	10
4. Resultaten	11
4.1 Doelgroep	11
4.1.1 Ouderen.....	11
4.1.2 Verstandelijke beperking.....	13
4.1.3 Combinatie	15
4.2 Instelling.....	16
4.2.1 Behandelmethoden	16
4.2.2 Bewoners afdeling 'Zuideinde 2' Ipse de Bruggen	18
4.3 Module.....	20
4.3.1 Benodigdheden volgens professionals.....	20
4.3.2 Theoretisch kader	23
4.3.3 Thema's	26
4.3.4 Attitude.....	30
4.3.5 Werkvormen.....	33
4.3.6 Randvoorwaarden	35
4.3.7 (Contra-) indicaties	38
5. Conclusie	39
6. Discussie.....	41
6.1 Discussie over de onderzoeksmethoden.....	41
6.2 Discussie over de inhoud	41
7. Aanbevelingen	42
Literatuur	44
Bijlage 1: Engelse samenvatting (English summery)	47
Bijlage 2: Resultaten enquête.....	48
Bijlage 3: PMT Behandelmodule.....	54

1. Inleiding

1.1 Psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychosociale en/of psychiatrische problemen. Deze behandelvorm is gebaseerd op het gegeven dat mensen een onlosmakende fysieke relatie hebben met de wereld om hen heen (Hekking & Fellingier, 2011, p. 9). Het doel van de therapie is niet het bewegen op zich maar het observeren van gedragskenmerken en/of het verminderen of mogelijk zelfs wegnemen van een (psychiatrische) problematiek. Veelal wordt dit bewerkstelligd door situaties te creëren waarin gedragskenmerken zichtbaar worden en gedragsverandering tot stand gebracht kan worden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van lichaamsgerichte, bewegingsgerichte en ervaringsgerichte werkvormen en interventies. Deze werkvormen en interventies worden verantwoord vanuit theoretische referentiekaders en/of therapeutische strategieën, ontleend uit de psychologie en/of psychotherapie (NVPMT, 1995, p. 11).

1.2 Ipse de Bruggen

Ipse de Bruggen is een instelling voor mensen met een verstandelijke of meervoudige handicap. De instelling is gevestigd in de regio Zuid-Holland en beslaat 300 zorglocaties. Deze lopen uiteen van dagcentra, woningen en behandelcentra. Daarnaast worden begeleiding en behandeling geboden binnen de thuissituatie en op school. Met bijna 6.000 specialisten die werkzaam zijn wordt zorg geboden aan alle leeftijdscategorieën. De medewerkers bestaan uit professionals, stagiaires, leerlingen, flex-werkes en vrijwilligers. Vanuit de gedachte 'Iedereen is bijzonder' wordt de zorg aangeboden. Ieder mens, met of zonder handicap, jong of oud, met een eigen persoonlijkheid, achtergrond en levensovertuiging is anders en daardoor bijzonder (Ipse de Bruggen, z.d.).

De missie van de instelling is het bieden van een passend aanbod welke door interactie tot stand komt. Hierbij wordt rekening gehouden met de beperkingen en de mogelijkheden van de desbetreffende cliënt. Het doel van de behandeling is het verwerven en in stand houden van de meest betekenisvolle plaats in de samenleving (Ipse de Bruggen, z.d.). Hier wordt naartoe gewerkt middels de visie van Ipse de Bruggen. Ipse de Bruggen streeft ernaar om duurzaam aan de top van de verstandelijke gehandicaptenzorg te behoren in termen van kwaliteitszorg voor de cliënt en professionele ontwikkeling van de medewerkers. Hierbij wordt pro-actief rekening gehouden met de belanghebbenden van de cliënt. Dit alles wordt uitgevoerd op basis van een solide financieel kader en een aantrekkelijke vastgoedportefeuille (Ipse de Bruggen, z.d.).

1.3 Huidige situatie

PMT wordt veel toegepast bij mensen met een verstandelijke beperking, zo ook op de instelling Ipse de Bruggen. Echter tot op heden nog niet aan de ouderendoelgroep van de instelling. De meerwaarde van PMT binnen het behandelaanbod aan deze doelgroep werd echter wel onderkend. Vanuit deze reden is de vraag bij de instelling ontstaan hoe PMT bij deze doelgroep geïntegreerd zou kunnen worden. Met behulp van dit kwalitatieve onderzoek wordt deze vraag beantwoord.

1.4 PMT-module

Om PMT in te passen binnen het behandelaanbod voor de ouderendoelgroep van de instelling is gekozen voor een moduleontwikkeling. Met behulp van een module wordt het aanbod inzichtelijk gemaakt, door afgeronde zorgeenheden in kader te brengen. Hierdoor wordt zowel voor het multidisciplinaire team inzichtelijk wat PMT kan bieden bij deze doelgroep, als voor de algehele gezondheidszorg. Een behandelmodule sluit daarmee aan op de nieuwe ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg, waarin van zorgprofessionals gevraagd wordt dat handelingen Evidence Based Practise aangetoond worden (NVPMT, 1998, p.2). Binnen een module staat een specifiek doel centraal. Hierdoor kan een module binnen verschillende organisaties gebruikt worden en eventueel toegespitst worden op individuele niveaus (NVPMT, 1998, pp. 2-3). Het raamwerk van een PMT module bestaat uit een beschrijving van de doelgroep, (contra-) indicaties, randvoorwaarden voor de cliënt, intake, doelen, referentiekader, behandeling, organisatie, evaluatie, algemene randvoorwaarden, valkuilen en oplossingen, literatuurverwijzing en eventuele bijlagen (NVPMT, 1998, pp. 7-12).

1.5 Kwaliteit van bestaan

Binnen de gezondheidszorg heeft de laatste 2 decennia een verschuiving plaatsgevonden in de visie over het verlengen van het leven: “Leven toevoegen aan de jaren en niet alleen maar jaren aan het leven” (Ettema, Lange, Dröes, Mellenbergh & Ribbe, 2005; Heck, 2006). Vanuit deze nieuwe visie wordt behandeling geboden aan de ouderendoelgroep bij Ipse de Bruggen. Het doel van het zorgaanbod is de ouderen een prettige oude dag te bezorgen, dit wordt bewerkstelligd door het behandeldoel ‘de kwaliteit van bestaan bevorderen’ (Visie Zuideinde 2, 2013). Dit in tegenstelling tot het behandelen van probleemgebieden.

Het is lastig om het begrip ‘kwaliteit van bestaan’ te definiëren. Volgens een studie van Schalock bleken meer dan 100 verschillende definities over de kwaliteit van bestaan in de omloop te zijn (Heck, 2006, p. 140). Mede hierdoor is het lastig om ‘de kwaliteit van bestaan’ te meten bij cliënten (Ettema et al., 2005, p. 8). Ondanks dat, komen de volgende acht domeinen veelal binnen de literatuur naar voren: persoonlijke ontwikkeling, zelfbepaling, interpersoonlijke relaties, sociale inclusie, rechten, emotioneel welbevinden, fysiek welbevinden, materieel welbevinden (Maes & Petry, 2006; Moors, 2009; Teeuwen-Heintzberger, 2011; Verdoorn & Vulpen, 2011). Met behulp van deze acht domeinen wordt binnen dit onderzoeksverslag ‘de kwaliteit van bestaan’ beoordeeld.

1.6 Terminologie

Het onderzoeksverslag is beschreven in de mannelijke vorm, echter kan voor “hij”, “hem”, “zijn” en “cliënt” ook “zij”, “haar” en “cliënte” worden gelezen. Tevens worden er enkele afkortingen gebruikt in verband met de leesbaarheid van het onderzoeksverslag:

Psychomotorische therapie – PMT;

Psychomotorische therapeut(en) – PMT-er(s);

Ouderen met een verstandelijke of meervoudige beperking – de doelgroep;

Cliënten van afdeling Zuideinde 2 van de instelling Ipse de Bruggen – de specifieke doelgroep.

2. Vraagstelling en hypothesen

2.1 Onderzoeksvraag

Welke PMT behandelmodule kan een bijdrage leveren aan het bevorderen van de kwaliteit van bestaan van mensen met een verstandelijke beperking, die wonen op de afdeling 'Zuideinde 2' (ouderen) bij de instelling Ipse de Bruggen?

2.2 Deelvragen

1. Welke literatuur is bekend over de doelgroep 'ouderen' en 'verstandelijke beperking'?
2. Welke behandelmethod(e)n worden gebruikt binnen de instelling Ipse de Bruggen?
3. Welke cliënten bevinden zich op afdeling 'Zuideinde 2' van de instelling Ipse de Bruggen?
4. Wat dient aanwezig te zijn binnen de PMT behandelmodule, volgens professionals met de doelgroep?
5. Welk theoretisch kader is toepasbaar voor de PMT behandelmodule?
6. Welke thema's dienen binnen een PMT behandelmodule aan bod te komen om de kwaliteit van bestaan te bevorderen bij de doelgroep?
7. Welke attitude wordt van de PMT-er verwacht in een PMT behandelmodule voor de specifieke doelgroep?
8. Welke psychomotorische werkvormen passen binnen een PMT behandelmodule gericht op het bevorderen van de kwaliteit van bestaan, afgestemd op de doelgroep?
9. Wat zijn (rand)voorwaarden voor de uitvoering van een PMT behandelmodule gericht op het bevorderen van de kwaliteit van bestaan bij de doelgroep?
10. Wat zijn (contra-) indicaties voor deelname aan de PMT behandelmodule voor de doelgroep?

2.3 Hypothesen

Een psychomotorische behandelmodule bestaande uit thema's als succeservaring, zelfredzaamheid, hulp vragen, contact maken en ontspanning, kan de kwaliteit van bestaan bevorderen bij ouderen met een verstandelijke beperking, waardoor de cliënten meer zelfvertrouwen ontwikkelen en meer deel uit kunnen maken van de samenleving.

3. Onderzoeksmethoden

Met behulp van een kwalitatief onderzoek wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Bakker en Buuren (2009) beschrijven kwalitatief onderzoek als een onderzoek waarbij gegevens verzameld worden middels kwalitatieve onderzoeksmethoden bij een beperkt aantal proefpersonen. Middels deze onderzoeksmethoden wordt dieper ingegaan op een bepaald onderwerp (p. 243). Kwalitatief onderzoek begint veelal met een open onderzoeksvraag, waarbij de onderzoeker zich onbevooroordeeld opstelt en zich niet beperkt tot een bepaald aantal mogelijkheden (Baarda, 2009, pp. 18-19).

3.1 Deskresearch

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van deskresearch. Deskresearch is een onderzoeksmethode waarbij gebruik gemaakt wordt van bestaande gegevens (Baarda et al., 2013, p. 115). Deze gegevens zijn reeds eerder verzameld door een andere auteur (Baarda et al., 2013, pp. 115-116). Door middel van deskresearch worden eerder verschenen gegevens samengevoegd en aangevuld met nieuwe inzichten.

Databases

Voor het verkrijgen van de benodigde informatie zijn de volgende databases gebruikt:

- Digitale bibliotheek Hogeschool van Arnhem en Nijmegen;
- Digitale bibliotheek Avans Hogeschool;
- Springerlink, Google Scholar, HBO-kennisbank, Academic Search Complete;
- Cliëntendossier afdeling Zuideinde 2 van de instelling Ipse de Bruggen.

Gebruikte zoekwoorden

Psychomotorische therapie, PMT, (vak)therapie, ouderen, psychogeriatric, psychisch, cognitieve, handicap, beperking, verstandelijk, meervoudig, licht, matig, ernstig, ontwikkelingsniveau, kwaliteit van bestaan/leven, Schalock, fenomenologische benaderingswijze, fenomenologie, module, kwalitatief onderzoek, kwantitatief onderzoek, boxplot, benaderingswijzen, behandelmethoden, beschermingsfactoren, risicofactoren, enquête, interview, cliëntgericht, belevingsgerichte aanpak, lichamelijk, lichaamsgericht, eclecticisch, ontspannen, hier en nu, zelfvertrouwen, plezier, succeservaring, werkvormen, gedrag, empathie, motiveren, optimisme, observatie instrument/schaal.

Relevantie criteria

Bruikbare literatuur op het gebied van: theoretisch kaders, thema's, attitudes, randvoorwaarden, werkvormen in combinatie met ouderen en/of mensen met een verstandelijke beperking, is meegenomen in het onderzoek. Literatuur is gescreend op basis van titel, inhoudsopgave en/of de samenvatting. Literatuurbronnen die niet geïntegreerd kon worden binnen de deelvragen of enquête zijn niet opgenomen.

3.2 Enquête

Vanwege een gemis aan literatuur over PMT bij de doelgroep is een enquête ontwikkeld voor PMT-ers. Met behulp van een enquête kunnen gegevens verzameld worden over opinies, gedachten en/of kennis van respondenten. Met behulp van deze datagegevens kunnen grafieken ontwikkeld worden (Baarda et al., 2012, p. 191).

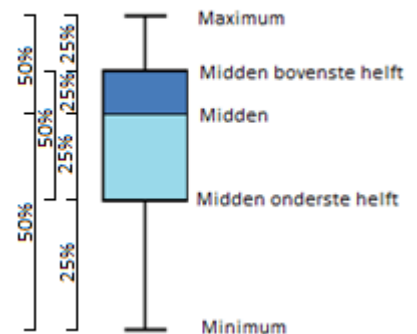
Met behulp van ThesisTools (z.d.) is een enquête ontwikkeld. Deze is gemaakt voor PMT-ers die werkzaam zijn bij mensen met een verstandelijke beperking, PMT-ers die werkzaam zijn bij ouderen, of PMT-ers die werkzaam zijn bij de combinatie tussen beide. 30 PMT-ers hebben gereageerd waarvan 15 PMT-ers de enquête volledig ingevuld hebben. De respondenten hebben vragen beantwoord over de methoden, thema's, attitudes en randvoorwaarden. Hierbij is gevraagd wat zij toepasbaar achten voor een PMT behandelmodule voor de doelgroep. Hierbij hadden zij de keuzemogelijkheid tussen: zeer onbruikbaar, onbruikbaar, gemiddeld, bruikbaar en zeer bruikbaar.

De gegevens uit de enquête zijn in grafieken verwerkt, zoals weergegeven in bijlage 2. Uit onderzoek is gebleken dat de meeste onderzoekers gebruik maken van parametrische testen. Een van de meest gebruikte methodes is de boxplot (Marmolejo-Ramos & Tian, 2010). De boxplot is een grafische techniek om de spreiding van een verdeling weer te geven (Marmolejo-Ramos & Tian, 2010). Binnen dit onderzoek is eveneens gebruik gemaakt van boxplotten. In figuur 1 is een voorbeeld weergegeven van een boxplot. Een boxplot dient als volgt afgelezen te worden:

Maximum:	De hoogste waarde die door respondenten is ingevuld.
Midden bovenste helft:	25% van de respondenten heeft een waarde hierboven opgegeven en 75% van de respondenten een waarde hieronder.
Midden:	De middelste waarde, 50% van de respondenten heeft een waarde hierboven ingevuld en 50% heeft een waarde hieronder ingevuld.
Midden onderste helft:	75% van de respondenten heeft een waarde hierboven opgegeven en 25% van de respondenten een waarde hieronder.
Minimum:	De laagste waarde die door respondenten is ingevuld.

N.B.: Wanneer het midden op de bovenste rand (zeer bruikbaar) ligt, wil dit zeggen dat 50% van de respondenten 'zeer bruikbaar' heeft ingevuld.

Figuur 1: uitleg boxplot



3.2 Interviews

In verband met het onderzoek zijn vier interviews (zie tabel 1) gehouden bij werknemers van de instelling Ipse de Bruggen die werkzaam zijn bij de doelgroep. De gegevens die hieruit naar voren zijn gekomen, zijn gebruikt voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. De afgenomen interviews hadden een half-gestructureerde vorm. Hiermee wordt bedoeld dat de interviewer vragen mag herformuleren en herfraseren, bijvoorbeeld wanneer een vraag niet goed begrepen is of wanneer er geen duidelijk antwoord gegeven is (Migchelbrink, 2006).

Tabel 1 Gegevens van de geïnterviewde professionals werkzaam bij Ipse de Bruggen.

Naam:	Functie:	Werkzaamheden:
Mw. Meijer	Bewegingsagoog, Ipse de Bruggen	Onderhouden bewegingsvaardigheden van cliënten en begeleidingsadviezen geven over creatief omgaan met beweegmomenten.
Mw. van Vliet	Verzorgende, Ipse de Bruggen	Verzorging en begeleiding van cliënten bij alle dagelijkse handelingen.
Mw. van Groeningen	Speltherapeut, Ipse de Bruggen	Therapeutische behandeling door middel van speltherapie en begeleidingsadviezen geven over de omgang met cliënten.
Mw. Peters	Gedrag deskundige, Ipse de Bruggen	Coördinerende taken binnen het team. Observatiegegevens verkrijgen en begeleidingsadviezen schrijven.

4. Resultaten

4.1 Doelgroep

4.1.1. Ouderen

Een welbekende kreet binnen de huidige bevolking in Nederland is: 'de bevolking vergrijsst'. Hiermee wordt bedoeld dat er steeds minder kinderen worden geboren en dat de bevolking tegelijkertijd steeds ouder wordt. Met het gevolg dat er steeds meer ouderen in onze samenleving komen. De gezondheidsproblematiek die gepaard gaat met het ouder worden neemt dus een (steeds) groter gebied in binnen de geestelijke gezondheidszorg (Hekking & Fellingier, 2011, p. 98).

Timmermans (1999) zegt dat er geen compleet beeld te verkrijgen is van de mate waarin zich onder Nederlandse ouderen psychische stoornissen voordoen. Echter kan voor een algemene indruk gekeken worden naar de cijfers uit een Amerikaans onderzoek (zie tabel 2). In de tabel wordt weergegeven welke stoornissen zich in welke mate voordoen bij volwassenen en ouderen boven de 65 jaar. Hieruit blijken cognitieve-, stemmings- en angststoornissen het meest voorkomend. Echter dient hierbij opgemerkt te worden dat andere stoornissen ook ondergediagnosticeerd kunnen zijn. Onder andere door een tekort aan bruikbare meetinstrumenten of doordat sommige psychische stoornissen als somatische stoornissen worden aangezien (Timmermans, 1999).

De oorzaak van psychiatrische stoornissen heeft veelal te maken met de verhouding tussen de draaglast- draagkrachtverhouding die de persoon bezit. Het ouder worden brengt nieuwe ontwikkelingstaken met zich mee waarbij nieuwe risicofactoren behoren, zoals bijvoorbeeld: verminderd inkomen, nieuwe sociale rollen, verminderd fysiek welbevinden, verlies van dierbaren, enzovoort (Hekking & Fellingier, 2011, p. 99). Hierdoor ontstaan problemen, veelal gebaseerd op zingeving-problematiek en aanpassingsproblematiek. Als gevolg van deze problemen wordt de balans tussen de draagkracht en draaglast uit evenwicht gebracht waardoor de oudere gevoeliger wordt voor stress. Hierdoor kan een voedingsbodem ontstaan voor (chronische) angst, paniekgevoelens en/of depressie (Hekking & Fellingier, 2011, p. 100).

Tabel 2 Prevalentie (in één maand waargenomen) van psychische stoornissen in de VS, naar leeftijdscategorie.

	18 jaar en ouder	65 jaar en ouder
Ernstige cognitieve stoornissen	1,3%	4,9%
Totaal stemmingsstoornissen	5,1%	2,5%
vv. ernstige depressie	2,2%	0,7%
vv. mildere, chronische depressie	3,3%	1,8%
Totaal angststoornissen	7,3%	5,5%
vv. fobieën	6,2%	4,8%
vv. paniekstoornis	0,5%	0,1%
vv. obsessief-compulsieve stoornis	1,3%	0,8%
vv. somatische stoornis	0,1%	0,1%
Totaal persoonlijkheidsstoornissen	0,5%	0,0%
vv. Schizofrene stoornis	0,1%	0,0%
Alcoholmisbruik of -afhankelijkheid	2,8%	0,9%
Drugsmisbruik of -afhankelijkheid	1,3%	0,0%
Totaal psychische stoornissen	15,4%	12,3%

Bron: Timmermans (1999).

De belangrijkste insteek binnen de zorg aan de oudere mens is vaak niet het verminderen of herstellen van verstoringen. Deze richt zich veeleer op het afremmen van- en leren omgaan met degeneratieve processen. Dat vraagt om geheel eigen doelen en beïnvloedingsstrategieën. Het behouden van een zo'n hoog mogelijke kwaliteit van bestaan en het bieden van zo veel mogelijk participatiemogelijkheden, staan binnen de bejegening van en zorg aan deze doelgroep centraal (Hekking & Fellingier, 2011, p. 99).

Betekenis voor dit onderzoek

Uit bovenstaande blijkt dat ouderen psychiatrische stoornissen ontwikkelen door verstoringen in de draaglast- draagkrachtverhouding. Deze verstoringen ontstaan veelal doordat ouderen moeite hebben met aanpassen op nieuwe ontwikkelingstaken die de ouderenleeftijd met zich meebrengt (Hekking & Fellingner, 2011, p. 99). Behandeling van psychiatrische stoornissen bij ouderen richt zich op het behouden van een zo hoog mogelijke kwaliteit van bestaan en het bieden van participatiemogelijkheden (Hekking & Fellingner, 2011, p. 99). Binnen de PMT behandelmodule wordt eveneens gewerkt aan het doel 'de kwaliteit van bestaan bevorderen'.

Afhankelijk van de fase in het proces van achteruitgang dient de PMT-er binnen de psychogeriatric voor een afgestemde behandelaanpak te kiezen (Dasler, 1994, p. 69; Hekking & Fellingner, 2011, p. 100). Hekking en Fellingner (2011) onderscheiden vier fases waarop de PMT-er dient af te stemmen. De cliënten van de specifieke doelgroep bevinden zich in de fase van achteruitgang, waarbij het accent ligt op het genieten van datgene wat de cliënt nog kan en het ervaren van het contact met zichzelf, de ander, verschillende materialen en de omgeving (p. 101). Cliënten behoren tot deze groep wanneer zij minder veranderbaar zijn, maar nog voldoende resterende vaardigheden bezitten. De therapeut richt zich binnen deze fase met een steunend-structurende aanpak op het onderhouden van de nog aanwezige vaardigheden (Hekking & Fellingner, 2011, p. 101).

4.1.2 Verstandelijke beperking

Mensen met een verstandelijke beperking hebben een blijvende ontwikkelingsachterstand ten gevolge van een stoornis in het cognitief functioneren. Meestal ontstaat deze stoornis en dus de achterstand al in een vroeg ontwikkelingsstadium (vóór, tijdens of korte tijd na de geboorte) (Meer et al., 2003, pp. 21-22). De diagnose ‘verstandelijk beperkt’ kan gesteld worden wanneer de volgende drie criteria aanwezig zijn (Došen, 2005, p. 19; American Psychological Association, 2007, p. 82):

- Beperkingen in het intellectuele functioneren (intelligentie quotiënt (IQ) lager dan 70);
- Beperkingen in het adaptieve gedrag (beperkte conceptuele, sociale en praktische vaardigheden);
- De criteria zijn ontstaan in de ontwikkelingsleeftijd (vóór de leeftijd van 18 jaar).

Ondanks de ontwikkelingsachterstand ontwikkelen mensen met een verstandelijke beperking zich net als anderen. De processen en de beïnvloedende factoren zijn hierbij gelijk, evenals de ontwikkelingsfasen en de volgorde van verschillende aspecten binnen een ontwikkelingsfase. Alleen het uiteindelijke ontwikkelingsniveau zal (aanzienlijk) lager liggen dan bij anderen (Meer et al., 2003, p. 35).

Mensen met een verstandelijke beperking kunnen erg van elkaar verschillen. Deze verschillen kunnen naast de achterstand in de cognitieve ontwikkeling ook ontstaan door problemen in gedrag en door achterstand in de ontwikkeling van verschillende andere psychosociale aspecten, zoals emotionele, sociale, seksuele, religieuze en morele aspecten (Došen, 2005, p. 20). De degradaties in verstandelijke beperking worden weergegeven in tabel 3 (Došen, 2005, p. 20).

Tabel 3 Indeling van verstandelijke beperking (VB) volgens de theorie van Piaget.

Graad van VB	IQ	Ontwikkelingsleeftijd	Cognitieve fase
Zeer ernstige VB	0-20	Tot 2 jaar	Sensomotorisch
Ernstige VB	20-35	2-4 jaar	Preoperationeel
Matige VB	35-50	4-7 jaar	Prelogisch
Lichte VB	50-70	7-12 jaar	Concrete operaties, logies

Bron: Došen (2005).

Mensen met een verstandelijke beperking hebben een grotere kans op comorbide problematiek. Uit onderzoek is gebleken dat de prevalentie van psychische stoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking drie tot vijf maal hoger is dan in de algemene bevolking (Meer et al., 2003, p. 313). Dit komt doordat zij extra kwetsbaar zijn voor psychiatrische aandoeningen door biologische factoren en werk- en leefomstandigheden. Vanwege de veelal complexe problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking is het lastig om psychiatrische problemen te diagnosticeren (Došen, 2005, p. 88).

Betekenis voor dit onderzoek

Mensen met een verstandelijke beperking krijgen te maken met dezelfde processen en beïnvloedende factoren als anderen (Meer et al., 2003, p. 35). Eveneens blijkt deze doelgroep zeer kwetsbaar te zijn voor psychiatrische aandoeningen (Meer et al., 2003, p. 313). Hieruit kan geconcludeerd worden dat mensen met een verstandelijke beperking extra kwetsbaar zullen zijn wanneer zij geconfronteerd worden met de risicofactoren welke zich voordoen op de ouderleeftijd. Dit vergroot de kans op psychiatrische problematieken. Hierbij dient toegevoegd te worden dat het afhankelijk is van de cognitieve, psychosociale, emotionele, sociale, seksuele, religieuze en morele ontwikkelingen in hoeverre iemand in

staat is om te anticiperen op risicovolle situaties. De PMT behandelmodule is gespecificeerd op ouderen met een matig verstandelijke beperking. Er blijkt echter niets geschreven te zijn over een PMT behandeling bij deze doelgroep. Hieronder volgt daarom een weergave van PMT bij cliënten met een licht- en ernstig verstandelijke beperking.

Mensen met een *licht* verstandelijke beperking worden gemakkelijk boven hun niveau en ontwikkelingsleeftijd aangesproken. Hierdoor worden ze snel overvraagd wat stress en spanning oplevert (Hekking & Fellingier, 2011, p. 82; Morfouace, 2010, p. 134). De PMT-er neemt bij deze doelgroep een directief sturende, steunende en voorspelbare attitude aan (Hekking & Fellingier, 2011, p. 82). Cliënten met een licht verstandelijke beperking kunnen minder goed inschatten wat het effect is van hun handelen op de omgeving (Morfouace, 2010, p. 134). Binnen de PMT wordt middels bewegingsgerichte en/of ervaringsgerichte werkvormen het eigen aandeel van de cliënt onontkoombaar duidelijk gemaakt. Vanuit dit inzicht worden gedragsalternatieven aangeleerd (Hekking & Fellingier, 2011, pp. 82-84). Mensen met een *ernstig* verstandelijke beperking gebruiken weinig tot geen verbale communicatie. Echter maken zij wel gebruik van gelaatsuitdrukkingen, bewegingen, geluiden, lichaamshouding en spierspanning om zich te uiten (Geet, 2013, p. 6). Omdat bewegen voor iedereen goed is voor de gezondheid, zowel fysiek als mentaal, dient de begeleiding geattendeerd te worden op bewegingsgerichte activiteiten voor deze doelgroep (Geet, 2013, p. 8). Bij deze doelgroep wordt van de PMT-er een oplettende houding gevraagd, zodat (onopvallende) lichaamssignalen opgemerkt worden. Hierdoor kan de PMT-er aansluiten bij de behoeften en behoeften van de cliënt (Geet, 2013, pp. 25-29).

4.1.3 Combinatie

Bleeksma (2001) geeft aan dat er over een oudere cliënt met een verstandelijke beperking gesproken wordt als hij in de fase van late volwassenheid kenmerken van lichamelijke ouderdom vertoont zoals grijs haar, een rimpelige huid, een verminderde conditie, het tempo en eventueel de kwaliteit van zijn zelfredzaamheid dalen en als de cliënt behoefte krijgt aan een rustiger (niet per se een rustige) leefwijze (p. 16). Omdat mensen met een verstandelijke beperking vaak eerder ouderdomsproblemen ervaren, worden mensen met een verstandelijke beperking meestal al vanaf 50 jaar tot de 'ouderen' gerekend (Zomerplaag & Calis, 1998, p. 11).

Došen (2005) beweert dat het dementeringsproces een van de grootste problemen bij deze populatie is, maar tevens kunnen er ook verschillende andere psychiatrische problemen en gedragsproblemen ontstaan die karakteristiek zijn voor de oudere leeftijd, zoals depressie, psychose en angststoornissen (p. 364). Dit komt dus grotendeels overeen met de theorie vanuit de psychogeriatric aldus het onderzoek van Timmermans (1999). Verschillende onderzoekers hebben psychiatrische stoornissen gevonden bij 20% tot 25% van de mensen met een verstandelijke beperking die ouder dan 65 jaar waren (Došen, 2005, p. 364). Wanneer gedragsproblemen, dementie en psychiatrische beelden bij elkaar gerekend worden, stijgt het percentage tot 68,7% van de gevallen (Došen, 2005, p. 364). Het hoge percentage problemen wordt verklaard door biologische verschillen tussen ouderen met een verstandelijke beperking en de gewone populatie, en door de sociale en omgevingsomstandigheden waarin deze mensen leven (zoals vereenzaming door verlies van familieleden of sociale deprivatie door te weinig activiteiten) (Došen, 2005, p. 364). De behandeling van psychiatrische problemen zoals dementie, depressie, psychose en angststoornissen bestaat bij deze populatie voornamelijk uit psychofarmaca. Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat ouderen veelal overgevoelig kunnen reageren op de psychofarmaca (Došen, 2005, pp. 367-373). Daarnaast wordt de omgeving aangepast aan de behoeften van de betrokken persoon (Došen, 2005, pp. 367-373). Om dit te verwezenlijken worden omgangsadviezen geschreven.

Betekenis voor dit onderzoek

Uit bovenstaande informatie wordt de conclusie, dat mensen met een verstandelijke beperking op de ouderenleeftijd extra kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van psychiatrische aandoeningen, onderbouwd. Daarentegen blijken ontwikkelingstaken, welke overeenkomen met de ouderdom, bij mensen met een verstandelijke beperking al vanaf 50 jaar voor te komen. Došen (2005) beschrijft sociale en levensomstandigheden, zoals vereenzaming en deprivatie door te weinig activiteit, als grootste risicofactoren bij de doelgroep (p. 364). Voor de PMT behandelmodule is het van belang om op deze risicofactoren in te spelen om de kwaliteit van bestaan te bevorderen. Daarnaast kan uit deelvraag 4.1.1 t/m 4.1.3 geconcludeerd worden dat de PMT behandelmodule afgestemd dient te worden op de achteruitgang en het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Belangrijk hierbij is dat de cliënt niet over- of ondervraagd wordt.

4.2 Instelling

4.2.1 Behandelmethoden

Op afdeling Zuideinde 2, van de instelling Ipse de Bruggen, wordt voornamelijk gewerkt volgens de principes uit de fenomenologische benadering. Hierbij staan empathie, onvoorwaardelijke acceptatie, respect voor het individu van de persoon en rekening houden met de behoeften van de persoon centraal (Visie Zuideinde 2, 2013). Vanuit de Visie Zuideinde 2 (2013) en Ipse de Bruggen (z.d.) wordt de doelstelling als volgt geformuleerd: 'elk individu een menswaardig bestaan en een gelukkige oude dag bieden'. Om dit te verwezenlijken wordt 'zorg op maat' geboden, oftewel de individuele behoeften van de cliënt staan centraal.

Binnen de behandeling staan de dimensies van de kwaliteit van bestaan centraal, zie hoofdstuk 1.5 voor de dimensies. Hiermee wordt getracht de cliënt een normaal mogelijk leven te laten leven (Visie Zuideinde 2, 2013). Hierbij is de volgende visie geformuleerd: 'Het gewone leven als perspectief. Het gewone bijzonder en het bijzondere gewoon' (Visie Zuideinde 2, 2013). Het gewone leven is het perspectief voor iedere cliënt. De kern van deze gedachte is dat het gewone leven een therapeutisch effect heeft (Visie Zuideinde 2, 2013). Met 'het gewone bijzonder' wordt bedoeld dat het uitvoeren van dagelijkse zaken samen met de cliënt, als resultaat *bijzonder* ervaren wordt. Door cliënten te betrekken bij deze dagelijkse activiteiten en taken, krijgen zij meer invloed op hun leven. Dit zal de kwaliteit van leven bevorderen (Visie Zuideinde 2, 2013). 'Het bijzondere gewoon' drukt uit dat het van belang is om het bijzondere van de cliënt gewoon te vinden. Door de problematiek van de cliënt te accepteren en daardoor niet te zien als obstakel, wordt de cliënt onvoorwaardelijk geaccepteerd. Vanuit deze onvoorwaardelijke acceptatie wordt de mogelijkheid geboden om de cliënt een zinvol bestaan te bieden (Visie Zuideinde 2, 2013). Met behulp van dit beleid verplaatst de focus van de zorg. Deze richt zich namelijk niet zozeer op het beïnvloeden van probleemgebieden, maar veel meer op het herstellen van het gewone leven om deze zo kwalitatief mogelijk in te vullen (Visie Zuideinde 2, 2013).

Ipse de Bruggen heeft de volgende missie geformuleerd: 'Met respect voor de bewoner, rekening houdend met zijn of haar mogelijkheden, een passend aanbod tot stand laten komen via interactie, met als doel het verwerven en in stand houden van de voor de individuele bewoner meest betekenisvolle plaats in de samenleving' (Visie Zuideinde 2, 2013; Ipse de Bruggen, z.d.). Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat naast de algemene visie ook rekening gehouden wordt met het aanpassingsproces dat met het ouder worden teweeggebracht wordt. Door het ouder worden gaan mensen veelal minder goed functioneren op lichamelijk, cognitief, sociaal en emotioneel gebied. Om de zorgbehoefte te beantwoorden wordt veelal extra ondersteuning geboden. De begeleiders bieden deze zorg aan vanuit een betrokken houding waarbij respect voor de ouder wordende bewoner centraal staat en er rekening gehouden wordt met zijn of haar mogelijkheden en beperkingen (Visie Zuideinde 2, 2013).

Betekenis voor dit onderzoek

Met behulp van deze deelvraag kan de PMT behandelmodule aansluiten op de behandelwijze van de instelling Ipse de Bruggen. Hieruit concluderend wordt op de instelling gewerkt vanuit een cliëntgerichte methode, waarbij behandeling geboden wordt om 'de kwaliteit van bestaan' te bevorderen en de cliënten een 'prettige oude dag te bieden'. Voor de PMT behandelmodule is het van belang dat de PMT-er in zijn attitude empathisch is, de

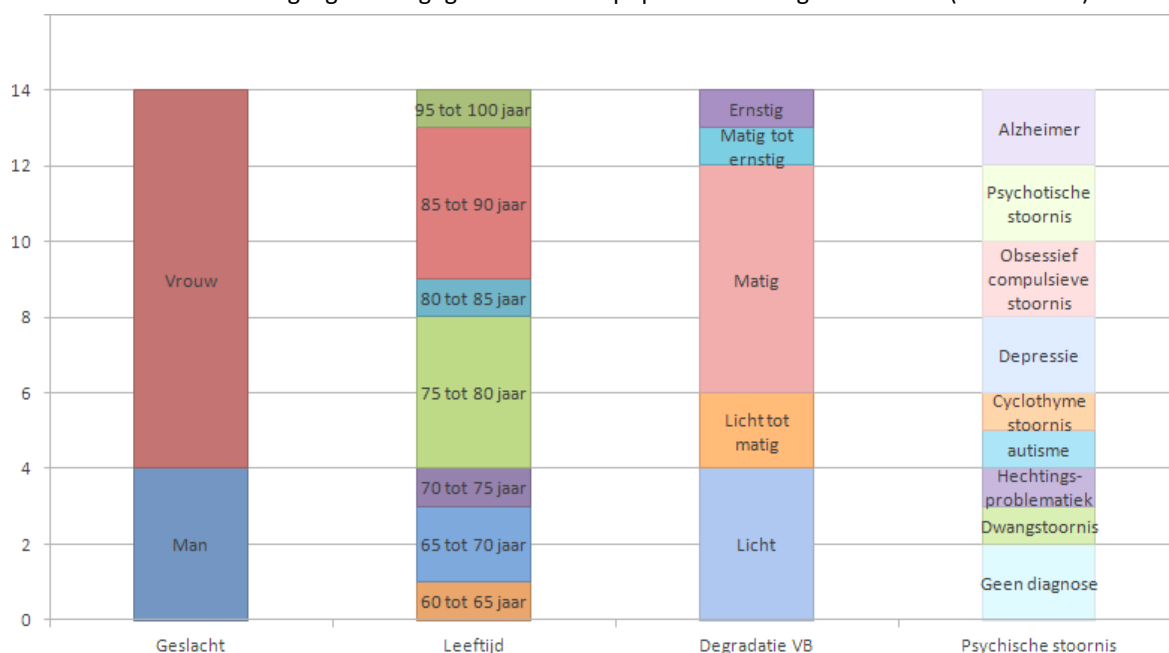
cliënt onvoorwaardelijk accepteert, respect heeft voor de eigenheid van de cliënt en rekening houdt met de behoeften van de cliënt. In verband met de oudere leeftijd van de doelgroep dient eveneens rekening gehouden te worden met de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Op oudere leeftijd gaan cliënten namelijk veelal minder goed functioneren op lichamelijk, cognitief, sociaal en emotioneel gebied.

4.2.1 Bewoners afdeling 'Zuideinde 2' Ipse de Bruggen

In hoofdstuk 4.1 is een theoretisch overzicht geschetst van de doelgroep waarvoor een PMT behandelmodule ontwikkeld is. Deze beschrijving is echter nog zeer breed. Om het onderzoek te kaderen is daarom gekozen om een PMT behandelmodule te ontwerpen voor afdeling 'Zuideinde 2' van de instelling Ipse de Bruggen. Het beeld van deze specifieke doelgroep wordt middels deze deelvraag geschetst. Onderstaande gegevens zijn beschreven vanuit het cliëntdossier van de specifieke doelgroep (21-04-2014).

Op afdeling Zuideinde 2 wonen 14 cliënten met een verstandelijke of meervoudige beperking. Om de gegevens over de cliëntenpopulatie op de afdeling inzichtelijk te maken is onder andere gebruik gemaakt van grafieken. Op grafiek 1 zijn de algemene gegevens van de cliëntenpopulatie onderverdeeld waardoor de variatie in geslacht, leeftijd, verstandelijke beperking en psychische stoornis op de afdeling inzichtelijk wordt.

Grafiek 1 Indeling algemene gegevens cliëntenpopulatie afdeling Zuideinde 2 (21-04-2014).



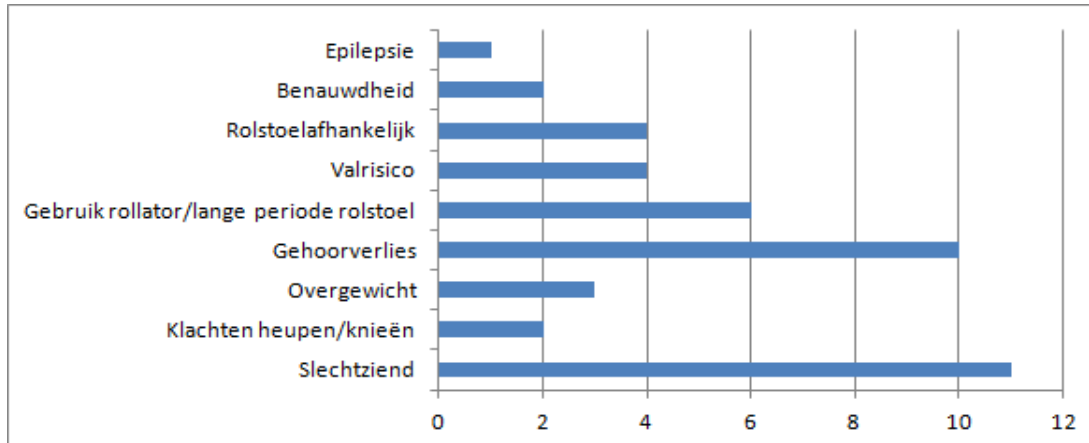
Per staaf wordt de frequentie van voorkomen geschetst. Omdat er 14 cliënten woonachtig zijn op de afdeling is de hoogste waarde 14. Ieder deelgebied beschrijft een domein, de grootte van dit domein bepaald de frequentie van voorkomen.

Zoals uit grafiek 1 op te maken is, is de doelgroep zeer gevarieerd. Daarom is het niet mogelijk om een algemene cliëntenbeschrijving te formuleren over de desbetreffende cliënten. Dit blijkt ook uit de gedragskenmerken die de cliënten laten zien. Deze variëren van onzeker, afwachtend, vriendelijk en/of openhartig tot snel gefrustreerd, mopperig, star en/of destructief gedrag.

In de benadering van de cliënten staan voornamelijk het positief benaderen, structureren en stimuleren als zeer belangrijk aangeschreven. De algemene doelen komen veelal overeen. Deze bestaan bijvoorbeeld uit het aanbrengen van structuur in het dagelijkse leven, het in stand houden van vaardigheden en het leren omgaan met het proces van ouder worden. Daarnaast zijn er ook nog doelen toegevoegd die specifiek op de cliënt gericht zijn.

Vanwege de verhoogde leeftijd ontstaan er meer lichamelijke gebreken (Bleeksma, 2001, pp. 55-75). Dit kan binnen de PMT voor belemmeringen zorgen in het behandelaanbod. Hiermee dient dus rekening gehouden te worden, zodat de cliënten niet overvraagd worden. In grafiek 2 staat een weergave van het aantal lichamelijke beperkingen dat zich voordoet bij de specifieke doelgroep.

Grafiek 2 Lichamelijke beperkingen belemmerend voor PMT van de cliëntenpopulatie op afdeling Zuideinde2.



Uit eerdere resultaten (hoofdstuk 4.1.1 t/m 4.2.1) blijkt dat het voor een PMT behandelmodule zeer belangrijk is dat er afgestemd wordt op de sociaal-emotionele leeftijd van de cliënten. Op de afdeling wordt dit gemeten middels een vragenlijst voor de begeleiding (de Vineland-Z). Er wordt op drie domeinen getoetst. Het domein Communicatie richt zich op de communicatie in de ruimste zin, door middel van mimiek, gebaar, gesproken (receptief en expressief) en geschreven taal. Het domein Dagelijkse Vaardigheden richt zich op een groot aantal aspecten van de zelfverzorging, de huishoudelijke taken en het zich aanpassen aan de maatschappelijke regels. Het domein Socialisatie richt zich op het omgaan en rekening houden met anderen in de ruimste zin, en het deelnemen aan sociale activiteiten (Lekkerkerker & Konijn, 2011, p. 134). Desondanks het gebruik van deze vragenlijst, zijn de scores van de cliënten bij slechts enkele cliënten bekend. Daarnaast zijn de scores per domein ook zeer variërend, zo heeft een cliënt de score 5;8 jaar op het domein Communicatie, de score 4;7 jaar op het domein Dagelijkse Vaardigheden en de score 2;4 jaar op het domein Socialisatie. Wat betreft het verstandelijke/cognitieve vermogen zijn wel meer scores bekend. Deze zijn uiteenlopend van een ontwikkelingsleeftijd van 1½ tot 9 jaar.

Betekenis voor dit onderzoek

Door het in kaart brengen van de cliëntgegevens van de specifieke doelgroep kan de PMT behandelmodule beter afgestemd worden op de cliënten die behandeld worden op afdeling Zuideinde 2. Concluderend kan er bij deze doelgroep geen algemene cliëntenbeschrijving geformuleerd worden. Tevens is uit deelvraag 4.1.1 t/m 4.2.1 geconcludeerd dat het behandelaanbod afgestemd dient te worden op de desbetreffende cliënten. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het lastig is om een specifieke module te beschrijven voor de doelgroep. Daarom is voor dit onderzoek besloten om een globale module te ontwikkelen, welke door de PMT-er(s) afgestemd dient te worden op de specifieke cliënten.

4.3 Module

4.3.1 Benodigdheden volgens professionals

Bij deze deelvraag is een zeer grote hoeveelheid informatie verkregen, welke niet rendabel is om hier te benoemen. Binnen de informatie is de keuze gemaakt om de meest relevante onderwerpen voor de onderzoeksvraag hier te beschrijven. De informatie is gescreend op basis van bruikbaarheid voor de integratie binnen de PMT behandelmodule en de frequentie dat een onderwerp ter sprake is gekomen.

Zorg op maat

Uit interviews op de instelling Ipse de Bruggen (Groeningen, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Meijer, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014; Peters, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Vliet, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014) werd duidelijk dat 'zorg op maat' erg belangrijk is bij de specifieke doelgroep. Er dient goed afgestemd te worden op de mogelijkheden en onmogelijkheden van de desbetreffende cliënt(en). In de praktijk wordt hiervoor gebruik gemaakt van de cliëntgerichte benadering. Zoals eerder in hoofdstuk 4.2.2. te lezen, is de cliëntenpopulatie op de afdeling zeer gevarieerd. Uit de literatuur blijkt eveneens dat er veel verschillen zijn binnen de cliëntenpopulatie en dat hierop afgestemd dient te worden, middels een 'zorg op maat' programma (Bleeksma, 2001; Došen, 2005; Dröes, 2011; Geet, 2013; Zomerplaag en Calis, 1998).

Sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd

Groeningen (persoonlijke mededeling, 27 maart 2014), Peters (persoonlijke mededeling, 27 maart 2014) en Vliet (persoonlijke mededeling, 20 maart 2014) benadrukken het belang om binnen het zorgaanbod af te stemmen op de sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd van de cliënt. Peters (persoonlijke mededeling, 27 maart 2014) gaf hierbij aan dat het sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau veelal lager ligt dan het cognitief ontwikkelingsniveau. Echter bepaalt de sociaal-emotionele leeftijd de draagkracht van de cliënt. Door een cliënt te benaderen op het cognitieve ontwikkelingsniveau wordt hij daardoor veelal overvraagd, wat tot negatieve gevolgen kan leiden. In de literatuur wordt verwezen naar de persoonlijkheid van de cliënt die is opgebouwd uit vier basis aspecten: namelijk de fysiologische ontwikkeling, de cognitieve ontwikkeling, de sociale ontwikkeling en de emotionele ontwikkeling (Došen, 2011; Gils, 2008). Deze aspecten ontwikkelen zich apart van elkaar, maar zijn niet onafhankelijk van elkaar. Hieruit wordt duidelijk dat alle gebieden meegenomen dienen te worden in de benadering naar de cliënt om af te stemmen op de persoonlijkheid. Tevens benadrukt Došen (2011) dat er discrepantie aanwezig kan zijn tussen de cognitieve en de emotionele ontwikkelingsleeftijd. In de meeste gevallen blijkt de cognitieve ontwikkeling dan veelal hoger ontwikkeld te zijn dan de emotionele ontwikkeling (pp. 48-49). Hieruit opmakend blijkt de uitspraak van Peters (persoonlijke mededeling, 27 maart 2014) dus overeen te komen met de literatuur. Er kan dus discrepantie aanwezig zijn tussen het emotionele en het cognitieve niveau van een persoon (Došen, 2011, p. 48). In dergelijke gevallen is er sprake van een labiele persoonlijkheidsstructurering met een verhoogd risico op het ontstaan van een psychische stoornis (Došen, 2011, pp. 61-62). Hieruit blijkt dat het risicoverlagend is wanneer het behandel aanbod afgestemd wordt op de (sociaal-) emotionele leeftijd van de cliënt. De kans dat de cliënt over- of ondervraagd wordt neemt hierdoor af. Peters (persoonlijke mededeling, 27 maart 2014) gaf hierbij echter de kanttekening dat bij de ouderendoelgroep rekening gehouden dient te worden met het feit dat een cliënt al vele jaren levenservaring heeft binnen een bepaalde ontwikkelingsleeftijd.

Hierdoor kan gedrag vertoond worden dat de cliënt, door begeleiding en herhaling, in de jaren geleerd heeft wat boven zijn ontwikkelingsniveau ligt.

Attitude

Wat betreft de attitude van de PMT-er wordt een cliëntgerichte benadering als zeer waardevol beschouwd bij deze doelgroep (Groeningen, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Meijer, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014; Peters, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Vliet, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014). Om dit te bewerkstelligen dient de PMT-er creatief en flexibel te zijn om op (lastige) situaties in te spelen en zich aan te passen aan de mogelijkheden van de cliënt(en). Tevens dient de PMT-er ervoor te zorgen dat de cliënten voldoende uitdaging aangeboden krijgen (Groeningen, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Meijer, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014; Peters, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Vliet, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014). Verder wordt het belang van goed luisteren benadrukt. Hiermee wordt bedoeld dat de PMT-er nagaat wat de cliënt bedoelt met het gedrag dat hij laat zien. Dit is voornamelijk van belang omdat sommige cliënten zichzelf niet zo goed in woorden kunnen uitdrukken en er dan iets anders schuilgaat achter het (probleem)gedrag dat een cliënt laat zien (Došen, 2011, pp. 58; Koreman, 2008, pp. 13-14; Peters, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Vliet, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014). Eveneens zijn complimenten, structuur en een rustige uitstraling/omgeving belangrijk, want hierdoor ervaart de cliënt meer rust en zal hij eerder positieve ervaringen opdoen (Peters, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Vliet, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014). Bovendien gaf Meijer (persoonlijke mededeling, 20 maart 2014) aan dat rekening gehouden dient te worden met de ouderdom, waardoor cliënten meer hulp nodig hebben. Deze hulp bestaat bijvoorbeeld uit een arm om op te steunen tijdens het lopen. De respondenten van de enquête hebben eveneens aangegeven welke attitude van belang zijn voor de PMT behandelmodule. Hier wordt in hoofdstuk 4.3.4 op teruggekomen.

Mediërende therapie

De behandelaren van de doelgroep werken zoals eerder benoemd niet klachtgericht, maar richten zich op het bevorderen van de kwaliteit van bestaan bij de doelgroep. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van mediërende therapie. Mediërende therapie is een behandelmethode waarbij de omgeving aangepast dient te worden, om de leermogelijkheden van de cliënten zoveel als mogelijk te stimuleren (Warnez, 2002, p. 8). Deze methode wordt ingezet om gedragskenmerken van de cliënt te ondervinden binnen verschillende situaties. Daarnaast wordt met behulp van deze therapievorm onderzocht welke attitude en benadering het meest bijdragen aan het bevorderen van de kwaliteit van bestaan bij de cliënt. Door middel van de begeleidingsadviezen die hieruit voortkomen, wordt beter afgestemd op: de wensen, mogelijkheden en behoeften van de cliënt (Groeningen, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Meijer, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014; Peters, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014). Peters (persoonlijke mededeling, 27 maart 2014) geeft hierbij aan dat het gedrag dat een cliënt laat zien veelal contextgebonden is en daardoor de oplossing dus ook in de context te vinden is. Uit de literatuur blijkt eveneens dat de sociale omgeving van doorslaggevende waarde kan zijn voor de ontwikkeling van cliënten (Warnez, 2002, p. 8).

Randvoorwaarden

De meningen van de professionals die werken met de specifieke doelgroep, zijn zeer uiteenlopend wat betreft de randvoorwaarden. Vanwege de verschillende disciplines wordt zeer uiteenlopend en op een ander gebied gekeken naar de belangrijke randvoorwaarden voor een PMT behandelmodule. Zo gaf de bewegingsagoog aan dat er gebruik gemaakt kan worden van zowel een zwembad alsook een gymzaal. Tevens werd door de bewegingsagoog benoemd dat de gemiddelde conditie van de cliënten slecht te noemen is en een sessie van 3 kwartier daarom maximaal haalbaar is. Hierin is 25 tot 30 minuten in beweging zijn inbegrepen (Meijer, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014). Daarentegen gaf de gedragdeskundige aan dat de diagnostiek belangrijk is, alvorens met een behandelgroep te starten. Daarnaast dient er rekening gehouden te worden dat de cliënt voldoende structuur behoudt in zijn weekschema en tevens niet overvraagd wordt door twee intensieve therapieën na elkaar te plannen (Peters, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014). Wat betreft het aanbod van de therapie gaf Peters (persoonlijke mededeling, 27 maart 2014) duidelijk de voorkeur aan een individuele PMT behandelmodule. Zij geeft hier de voorkeur aan om op die manier de veiligheid te bevorderen. Zij is namelijk van mening dat het bedreigend is wanneer er andere mensen aanwezig zijn. Mensen kunnen zich wel vergelijken met elkaar, maar niemand zal specifiek voelen wat een ander ervaart. Vliet (persoonlijke mededeling, 20 maart 2014) gaf aan dat het afhankelijk is van de persoon of deze individuele therapie ofwel groepstherapie dient te krijgen. Zij vindt het belangrijk dat er eerst goed afgestemd wordt op de persoon, waardoor de gedragskenmerken duidelijk in beeld gebracht kunnen worden. Hiermee kan bekeken worden hoe iemand reageert binnen verschillende situaties en hoe daarop afgestemd dient te worden. Wanneer dit helder is, zou er na een individuele behandeling mogelijk een doorstroming plaats kunnen vinden naar een groepsbehandeling. Binnen de PMT behandelmodule zullen de randvoorwaarden zoals hierboven beschreven meegenomen worden. Afhankelijk van de resultaten, welke uit de volgende deelvragen voortvloeien, zal besloten worden of de module individugericht of groepsgericht zal worden.

Betekenis voor dit onderzoek

De geïnterviewde professionals benadrukken eveneens het belang van afstemmen op de cliënt door zorg op maat te bieden. Daarbij wordt geadviseerd om af te stemmen op de sociaal-emotionele leeftijd van de cliënt, omdat deze ontwikkelingsleeftijd de draagkracht van de cliënt bepaald (Došen, 2011, p. 48; Peters, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014). Verder wordt mediërende therapie aangeraden om de kwaliteit van bestaan te bevorderen. Concluderend blijkt de context van grote meerwaarde in het bepalen van de kwaliteit van bestaan, voornamelijk bij deze doelgroep (Warnez, 2002, p. 8; Zomerplaag & Calis, 1999, p. 52). Voor de PMT behandelmodule zal dit meegenomen worden binnen het multi-disciplinaire team, waarin begeleidingsadviezen gegeven zullen worden aan de begeleiders. De geadviseerde attitude en randvoorwaarden zullen betrokken worden in de volgende deelvragen omtrent attituden en randvoorwaarden.

4.3.2 Theoretisch kader

In bijlage 2, grafiek 3, is te zien dat de PMT-ers voornamelijk de cliëntgerichte, lichaamsgerichte en belevingsgerichte benaderingswijze aanraden voor een PMT behandelmodule voor de doelgroep (Respondenten enquête, 2014). Deze benaderingswijzen zijn als meest waardevol beoordeeld om de kwaliteit van bestaan te bevorderen bij de doelgroep. Daarom zal hieronder een beeld geschetst worden van deze benaderingswijzen. Vervolgens zal aangegeven worden welke benaderingswijzen relevant zijn voor de PMT behandelmodule. Concluderend wordt vermeld hoe de benaderingswijzen verwerkt zijn binnen de module.

Cliëntgerichte methodiek

In de cliëntgerichte benadering is de kracht van de cliënt het vertrekpunt voor de therapie (Mönnink, 2009, p. 51). Hierbij wordt de grondgedachte gebruikt dat ieder mens een aangeboren kracht bezit om zichzelf te ontwikkelen en zichzelf te ontplooien (Weerman, 2006, p. 127). De therapeut heeft binnen deze benadering een afwachende rol, hij volgt de cliënt in zijn proces (Mönnink, 2009; Weerman, 2006). Een van de uitgangspunten binnen deze benadering is dat de cliënt als één geheel gezien dient te worden. De aandacht dient niet alleen gericht te zijn op de beperkingen, maar tevens ook op mogelijkheden. Verder wordt ervan uitgegaan dat mensen zichzelf ontwikkelen en daardoor nooit te typeren zullen zijn. De ontwikkeling wordt gezien als een proces (Weerman, 2006, p. 131). De therapeutische attitude die bij deze benadering gebruikt wordt is er een van onvoorwaardelijke positieve acceptatie van de cliënt, empathie en een echt contact. Hierbij wordt onder andere gebruik gemaakt van aandachtig luisteren, samenvatten, spiegelen, aanmoedigen, zelfonthulling en bevestigen (Weerman, 2006, pp. 132-134). Binnen deze benaderingswijze wordt de aandacht gericht op hetgeen dat zich afspeelt in het heden (Mönnink, 2009; Weerman, 2006).

Zomerplaag en Calis (1998) en Došen (2011) geven aan dat binnen de zorg voor ouderen met een verstandelijke beperking steeds meer gewerkt wordt vanuit de cliëntgerichte benadering. Hierdoor wordt meer variëteit aangeboden en wordt vraaggericht gewerkt. Door meer variëteit aan te bieden en de cliënt zelf te laten sturen, wat voor zorg deze wil, wordt de zelfbepaling gestimuleerd. Dit zal de kwaliteit van bestaan ten goede komen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de cliëntgerichte benaderingswijze passend bevonden wordt voor een PMT behandelmodule voor ouderen met een verstandelijke beperking, om de kwaliteit van bestaan te bevorderen.

Lichaamsgerichte methodiek

Therapeuten die werken met de lichaamsgerichte benaderingswijze richten zich op lichamelijke gewaarwordingen of klachten. Van daaruit benaderen ze de psychische en gedragsmatige kanten van de persoon. Hierbij wordt uitgegaan van de visie dat lichaam en geest met elkaar in verbinding staan (Weerman, 2006, p. 147). Door bewust te letten op lichamelijke signalen bij de cliënt kunnen indirecte signalen van emotie of spanning zichtbaar worden (Mönnink, 2009, p. 286). Vloeberghs en Bloemen (2005) geven aan dat lichaamsgerichte therapieën de 'lichamelijkheid', met de daarbij behorende bewegingen, impulsen, sensaties en spanningen, als aangrijpingspunt nemen voor de behandeling (p. 23). Verder geeft Weerman (2006) aan dat emotionele pijn en ervaringen in het lichaam worden opgeslagen (p. 152). De oefeningen die gebruikt worden binnen de therapeutische behandeling zijn gericht op het veroorzaken van lichamelijke gewaarwordingen (sensaties).

Met behulp van deze oefeningen kunnen gevoelens van pijn verkend, verwoord en waar mogelijk hanteerbaar gemaakt worden (Vloeberg & Bloemen, 2005, p. 39). Het algemene doel van deze methodiek is het verminderen of uit de weg ruimen van negatieve spanningen in het lichaam. Hiervoor zijn verschillende technieken ontwikkeld, zoals onder andere: de zelfaanrakingstechniek, ontspanningstechniek, lichaamsbewustwordingstechniek en de scalingstechniek (spanningsmeter, energiemeter) (Mönnink, 2009, p. 293). Binnen deze technieken maakt de therapeut gebruik van interventies zoals bijvoorbeeld: lichaamsbeleving, ontspanning, aarden (het voelen van contact met de grond), ademhaling, focussen en het aanleren van een andere, meer adequate manier van omgaan met bepaalde situaties en bijbehorende emoties (Weerman, 2006, pp. 155-156). De attitude van de therapeut is bij deze methodiek zeer aandachtig en opmerkzaam. De therapeut moet in het hier-en-nu aanwezig zijn en vertellen wat hij waarneemt bij de cliënt. Hiervoor dient hij oog te hebben voor subtiliteiten in het lichaam en de beleving van de cliënt (Vloeberg & Bloemen, 2005, pp. 39-40).

Geet (2013) beschrijft dat bewegen en sporten goed is voor de gezondheid, zowel fysiek als mentaal. Ditzelfde geldt eveneens voor mensen met een verstandelijke beperking. Een doelgroep die zelfstandig minder goed in staat is om te bewegen (p. 8). Door deel te nemen aan bewegingsactiviteiten verhoogd de alertheid en kan de eigenwaarde vergroten (Geet, 2013, p. 8). Dit is bevorderlijk voor de persoonlijke ontwikkeling en het emotioneel welbevinden. Tevens kunnen lichamelijke activiteiten ontspanning bieden, waardoor een prettig gevoel ontstaat (Geet, 2013, p. 8). Dit is eveneens bevorderlijk voor het emotioneel welbevinden en het fysieke welbevinden. Hieruit concluderend kan gezegd worden dat een lichaamsgerichte benaderingswijze bruikbaar kan zijn voor een PMT behandelmodule voor de doelgroep om de kwaliteit van bestaan te bevorderen.

Belevingsgerichte methodiek

Binnen de belevingsgerichte benaderingswijze sluit de therapeut nauw aan bij de belevingswereld van de cliënt (Linnebank, 2001; Pool, Mostert & Schumacher, 2003). Veldhuis (2006) beschrijft de belevingsgerichte aanpak als een benaderingswijze waarbij rekening gehouden wordt met het individu en de omstandigheden van het moment (p. 19). De gevoelens en de hulpvraag van de cliënt staan centraal (Linnebank, 2001, p. 7). Met behulp van deze therapie komt de cliënt meer in contact met zijn eigen innerlijk, zoals zijn gedachten, gevoelens en drijfveren. Met behulp van de belevingsgerichte benadering wordt er naar gestreefd dat de cliënt zijn ziekte en/of problematiek een plaats leert te geven, waardoor meer ruimte ontstaat om het leven te waarderen (Pool et al., 2003). Binnen deze benadering richt de zorg zich niet op hetgeen cliënten niet meer kunnen, maar wat ziekte, handicap of beperking voor uitwerking hebben op het leven van cliënten (Pool et al., 2003, p. 39). Binnen de belevingsgerichte benadering staan afstemmen, gelijkwaardigheid, gezamenlijkheid, gepastheid en autonomie centraal (Pool et al., 2003, pp. 39-42). Hiervoor stemt de PMT-er zijn tempo af op dat van de cliënt, richt hij zijn aandacht op de cliënt en heeft oog voor sfeer en veiligheid. Om dit te bewerkstelligen maakt de PMT-er gebruik van oogcontact, troosten, bemoedigen, geruststellen en ruimte geven voor het uiten van onzekerheden (Veldhuis, 2006, p. 19). Concluderend kan gezegd worden dat de belevingsgerichte benaderingswijze zich richt op het bevorderen van de kwaliteit van bestaan in plaats van klachtgericht te werk te gaan.

De belevingsgerichte benaderingswijze is voornamelijk ontwikkeld voor mensen met dementie, ofwel chronische klachten (Linnebank, 2001; Pool et al., 2003; Veldhuis, 2006). Ondanks dat deze benaderingswijze niet specifiek benoemd is, in combinatie met de doelgroep, kan het belang van deze benadering niet onderschat worden. Door deze benadering dienen de PMT-ers zich in te leven in de beleving van de desbetreffende cliënt. Tevens worden er in deze benaderingswijze veel interventies gepleegd, welke de kwaliteit van bestaan bevorderen. Zo wordt er bijvoorbeeld afgestemd op de zorgbehoefte van de cliënt, maar wordt hij tevens autonoom bevonden voor hetgeen hij nog kan (Pool et al., 2003, pp 40-42). Hierdoor wordt de zelfbepaling van de cliënt gestimuleerd. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de belevingsgerichte benaderingswijze bruikbaar is voor een PMT behandelmodule voor de doelgroep om de kwaliteit van bestaan te bevorderen.

Betekenis voor dit onderzoek

De hierboven weergegeven methodieken sluiten alle drie aan op de behoeftigheden en behoeften van de cliënt. Hierbij richten de verschillende methodieken zich ieder op een ander perspectief, maar over het algemeen kan wederom geconcludeerd worden dat afstemmen zeer belangrijk is bij deze doelgroep.

Binnen de behandelmodule zal gewerkt worden vanuit een eclectisch-integratief theoretisch kader, waarbij de cliëntgerichte benaderingswijze, de lichaamsgerichte benaderingswijze en de belevingsgerichte benaderingswijze gecombineerd en samengevoegd worden. Een eclectische-integratieve benadering houdt in dat de therapeut zich niet beperkt tot één theoretische benadering. Daarentegen integreert de therapeut op systematische wijze elementen uit verschillende theorieën in de eigen theorie en praktijk (Snellen & Drift, 2014, p. 138). Het is hierbij van belang dat de PMT-er de cliënt vanuit contact benaderd. Tevens dient hij te letten op de lichamelijke houding van de cliënt en hieruit op te maken wat de houding voor betekenis heeft op de gemoedstoestand van de cliënt. Dit wordt belangrijk geacht omdat lichaamssignalen niet afhankelijk zijn van taal of cognitie, een gebied wat veelal onderontwikkeld is (Došen, 2011, pp. 58; Koreman, 2008, pp. 13-14). Daarnaast zal de PMT-er zich in moeten leven in de situatie waarin de cliënt zich bevindt. Hierdoor sluit de afstemming beter aan op de behoeften van de cliënt.

4.3.3 Thema's

Onder het begrip PMT-thema wordt een te onderscheiden element uit de menselijke beleving en/of interactie verstaan dat gerelateerd is aan probleemervaringen in het dagelijks leven van een doelgroep, bijvoorbeeld vertrouwen, ruimte en kracht (Hekking & Fellingner, 2011, p. 120). In grafiek 4 t/m 11, bijlage 2, is te zien dat de PMT-ers verschillende thema's als zeer bruikbaar kwalificeren bij de doelgroep (Respondenten enquête, 2014). De thema's contact maken, ervaren van mogelijkheden, genieten in het hier en nu, zelfvertrouwen, succeservaring opdoen, ontspanning en veiligheid worden als meest waardevol betiteld. De betekenis van deze thema's wordt eerst uitgewerkt, waarna vervolgens wordt aangegeven welke thema's relevant zijn voor de PMT behandelmodule.

Contact maken

Het begrip 'contact' wordt omschreven als 'onderlinge binding'. (Groen, Jongeman en Meggelen, 2011, p. 68). Volgens Groen et al. (2011) bestaat contact altijd uit een verbinding tussen twee of meer personen, waarbij wederkerigheid aanwezig is (Groen et al., 2011, p. 69). Contact is echter een zeer breed begrip, dat op verschillende manieren beschreven kan worden. Zo geeft Geet (2013) aan dat het onmogelijk is om niet te communiceren. Haar visie is dat ieder gedrag een vorm van communicatie is. Met behulp van kleine (non-) verbale signalen wordt de gemoedstoestand van een persoon (onbewust) weergegeven (p. 25). Rutten-Saris (1990) en Došen (2011) geven aan dat zelfs baby's al contact uitlokken en hierin de intensiteit en hoeveelheid stimulatie kunnen uitlokken bij de omgeving (p. 47). Concluderend blijkt dat contact heel basaal toegepast kan worden. Binnen de visie vanuit de PMT wordt eveneens gezegd dat contact gemaakt kan worden met het eigen lichaam (Hekking & Fellingner, 2011, p. 25). Hierbij wordt onder andere gebruik gemaakt van interventies uit de lichaamsgerichte benaderingswijzen, zoals lichaamsbewustzijn, ontspanning en de ademhaling.

Het is bij de doelgroep afhankelijk van de sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd op welke manier het thema 'contact maken' geïndiceerd kan worden binnen een PMT behandelmodule. Uit hoofdstuk 4.1.2 blijken de gegevens omtrent de sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd te variëren van 2 tot 8 jaar. Om het thema 'contact maken' hierop aan te sluiten worden de ontwikkelingen op sociaal gebied bij deze ontwikkelingsleeftijden weergegeven. Binnen de fase eerste individuatie (18 tot 36 maanden) leert de cliënt meer afstand te nemen van zijn vertrouwenspersoon, hierdoor richt de cliënt zich meer op de omgeving. De cliënt denkt op een ego-centrische manier, waarbij geen rekening wordt gehouden met de omgeving (Došen, 2011, p. 57). Hieruit kan geconcludeerd worden dat binnen deze ontwikkelingsfase het thema contact maken met leeftijdsgenoten een overvraging zal zijn. Daarentegen is contact maken met de omgeving en/of zichzelf wel haalbaar. Binnen de identificatiefase (3 tot 7 jaar) komt de verbale communicatie tot stand. Daarnaast leert de cliënt de sociale regels aan en ontstaat sociaal contact naar anderen toe (Došen, 2011, p. 58). Hieruit concluderend kan het thema 'contact maken' toegepast worden bij deze doelgroep. Hierbij dient echter goed afgestemd te worden op de mogelijkheden en ontwikkeling van de cliënt(en). Binnen de realiteitsbewustwordingsfase (7 tot 12 jaar) worden sociale competenties als zeer belangrijk beschouwd. De cliënt probeert te voldoen aan eisen van autoriteiten. De cliënt vervult meerdere sociale rollen zoals binnen een gezin en op school. Karakteristiek voor deze fase zijn vertrouwen, loyaliteit, respect en dankbaarheid. Binnen deze ontwikkelingsfase kan eveneens het thema 'contact maken' gebruikt worden in de PMT behandelmodule.

Ervaren van mogelijkheden

Mensen met een verstandelijke beperking ervaren problemen op verschillende gebieden van het menselijk functioneren. Door deze problemen ervaren ze weinig succeservaringen en zijn afhankelijk van hun omgeving (Geet, 2013, p. 6). Door het ervaren van eigen mogelijkheden ontstaat succeservaring en daardoor plezier (Dröes, 1997, p. 45). Hiermee wordt het belang weergegeven dat het thema ‘ervaren van de eigen mogelijkheden’ belangrijk is bij de doelgroep. Daarnaast kan het ervaren van de eigen mogelijkheden compensatie bieden tegen de beperkingen die de cliënten in hun dagelijkse leven tegenkomen. Het uiteindelijke doel is het versterken van het emotionele evenwicht en het bevorderen van een positief zelfbeeld (Dröes, 1997, pp. 45-46). Došen (2011) geeft hierbij eveneens aan dat het functioneren volgens eigen vermogen een voorwaarde is voor de psychische gezondheid (p. 22).

Genieten in het hier en nu

Het thema ‘genieten in het hier en nu’ zal opgesplitst worden, waarbij het begrip ‘hier en nu’ eerst verder uitgewerkt wordt. Hulsbergen (2009) verwoordt ‘hier en nu’ als “het leven in aandacht: met open, oordeelloze aandacht leven voor alles wat zich op dit moment voordoet” (p. 17). Mensen met een verstandelijke beperking leven veelal in het ‘hier en nu’. Pas vanaf een sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd van 5 jaar worden oorzaak en gevolg duidelijk onderscheiden (Došen, 2011, p. 57). Hierbij dient echter de kanttekening gemaakt te worden dat cliënten soms op een veel later moment kunnen reageren op situaties uit het verleden. Als voorbeeld benoemd Bleeksma (2001) dat een cliënt na een half jaar erg slecht eet en slaapt. Dit gedrag blijkt naar verwachting een gevolg te zijn van een overleden medecliënt een half jaar eerder (pp. 119-120). Concluderend blijken cliënten (met een sociaal emotionele ontwikkelingsleeftijd tot 5 jaar) zich niet zo bewust te zijn van het verleden en/of de toekomst. Ondanks dat zij zich hier niet bewust van zijn, is het belangrijk dat cliënten momenten ervaren waarin ze kunnen genieten. Hierdoor ontstaat plezier, wat ontspanning teweegbrengt (Geet, 2013, p. 42).

Zelfvertrouwen

In de dikke van Dale wordt ‘zelfvertrouwen’ omschreven als het vertrouwen in de eigen kracht (Van Dale Uitgevers, 2014). Zelfvertrouwen kan opgevat worden als een persoonlijkheidseigenschap en kan variëren per vaardigheid. Het vertrouwen in de eigen effectiviteit wordt beïnvloed door een viertal factoren: ervaringen met de taak, indirecte ervaringen met de taak, verbale overtuiging en emotionele spanning (Wouw, 2008, p. 18). Wanneer iemand positieve ervaringen opdoet door het ‘goed’ uitvoeren van een taak, groeit het zelfvertrouwen. Dit kan beïnvloed worden door training. Met de ‘indirecte ervaringen met de taak’ wordt verwezen naar het scenario dat zich in het hoofd afspeelt, veelal voorafgaand aan de taak. De ‘verbale overtuiging’ verwijst naar hetgeen anderen zeggen, of de persoon tegen zichzelf zegt, over de capaciteiten om een taak positief te volbrengen. Om dit onderdeel te beïnvloeden zijn complimenten belangrijk. Met de ‘emotionele spanning’ worden de gevoelens van spanning bedoeld. Deze beïnvloeden de verwachting. De emotionele spanning kan beïnvloed worden door middel van ontspanningsoefeningen en/of het formuleren van positieve gedachten (Wouw, 2008, pp. 18-20). Zelfvertrouwen is voor mensen met een verstandelijke beperking een belangrijk thema (Bleeksma, 2001, pp. 19-20;). Hiermee kan de eigenwaarde vergroot worden waardoor cliënten zich meer bekwaam voelen en positiever zijn (Geet, 2013, p. 8; Peters, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Vliet, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014; Zomerplaat & Calis, 1998, p. 52). Om het

zelfvertrouwen te vergroten dient de cliënt situaties aangeboden te krijgen waarbij hij een positieve ervaring op kan doen. Hierin komt het hierboven beschreven thema ‘ervaren van mogelijkheden’ opnieuw terug.

Succeservaring opdoen

In de dikke van Dale wordt ‘succes’ omschreven als een ‘goede afloop’ (Van Dale Uitgevers, 2014). Om succeservaring op te doen dienen cliënten situaties aangeboden te krijgen waarbij ze hun mogelijkheden kunnen benutten. Hierdoor zal de situatie positief aflopen, wat ten goede komt aan het zelfvertrouwen van de cliënt. Hieruit concluderend is ‘succeservaring opdoen’, net zoals de hierboven beschreven thema’s ‘ervaren van mogelijkheden’ en ‘zelfvertrouwen’, belangrijk voor een PMT behandelmodule om de kwaliteit van bestaan te bevorderen.

Ontspanning

De term ‘ontspanning’ verwijst naar het Latijnse woord ‘*relaxare*’ wat ‘loslaten’ en ‘losmaken’ betekent (Harvey, 2001, p. 11). Hierop voortbouwend beschrijft Harvey (2001) ontspanning als: het loslaten van spanning, problemen loslaten en het opzoeken van rust en recreatie (p. 11). Spierspanning wordt aangestuurd door de hersenen. Wanneer spieren gespannen zijn, zijn de hersenen overactief. Wanneer chronische spanning ontstaat, betekent dit direct overactiviteit van de hersenen. Dit heeft een heel scala van gezondheidsproblemen tot gevolg, zoals een hoge bloeddruk, onregelmatig hartritme, spastische darm en/of een opspelende maag (Harvey, 2001, p. 12). Eveneens bij de doelgroep is het van belang dat er voldoende ontspanning en rust aangeboden wordt binnen een dagprogramma. Hierdoor zal het fysieke welbevinden bevorderen, wat de kwaliteit van bestaan ten goede komt (Bleeksma, 2001, p. 20; Zomerplaat & Calis, 1998, p. 44). Peters (persoonlijke mededeling, 27 maart 2014) benadrukte het belang van ontspannen bij deze doelgroep. Eveneens wordt het thema ‘ontspannen’ nog viermaal benadrukt binnen de enquête door respondenten (Respondenten enquête, 2014).

Veiligheid

In de dikke van Dale wordt ‘veiligheid’ omschreven als het ‘veilig-zijn’, waarbij ‘veilig’ verwijst naar het vrij zijn van gevaar (Van Dale Uitgevers, 2014). Uit deze betekenis kan geconcludeerd worden dat ‘veiligheid’ een subjectieve waarneming is, welke per persoon verschillend kan worden ervaren. Brandsma (2012) geeft aan dat mensen het best leren in een veilige omgeving (p. 35). Om de veiligheid te bevorderen is het belangrijk dat: grenzen aangegeven worden, de omgeving steun en zorg biedt, de faciliteiten aanwezig zijn voor zelfzorg en er een sfeer aanwezig is dat het oké is, zelfs als dat niet zo lijkt te zijn (Brandsma, 2012, p. 35). Vanuit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat veiligheid een sfeer is. Deze sfeer is van belang om een vertrouwensrelatie op te bouwen met de cliënten. Dit kan onder andere gecreëerd worden door: respect, openheid, steun en onvoorwaardelijke acceptatie. Ook Visie Zuideinde 2 (2013) erkent het belang van een veilige sfeer. Echter kan geconcludeerd worden dat veiligheid niet als thema gebruikt kan worden binnen de PMT. Daarentegen dient getracht te worden om gedurende de gehele behandelperiode een veilige sfeer te creëren en te behouden.

Betekenis voor dit onderzoek

Uit het bovenstaande blijken de thema’s ‘contact maken’, ‘ervaren van mogelijkheden’, ‘genieten in het hier en nu’, ‘zelfvertrouwen’, ‘succeservaring opdoen’ en ‘ontspannen’ bruikbaar te zijn voor een PMT behandelmodule aan de doelgroep. Concluderend blijkt het

bij deze doelgroep van belang te zijn dat ze een positieve ervaring opdoen binnen de sessies waardoor zelfvertrouwen, ontspanning en plezier optreden.

Omdat de PMT behandelmodule de cliënten iets dient te leren, is het belangrijk dat cliënten vaardigheden aangeleerd krijgen om de kwaliteit van bestaan positief te beïnvloeden. Vaardigheden die hierbij aangeleerd kunnen worden zijn onder andere: bewustwording van lichaamssensaties door deze te benoemen, op een basaal niveau ontspannen met behulp van ontspanningstechnieken, inschatten van eigen mogelijkheden, keuzes leren maken en angsten verminderen door positieve ervaringen op te doen (Respondenten enquête, 2014).

Zoals geconcludeerd kan worden uit het thema 'contact maken' is het van belang om de PMT behandelmodule af te stemmen op de sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd. Dit beïnvloed namelijk de mogelijkheden en beperkingen van de cliëntenpopulatie. Met de gegevens uit het cliëntendossier, zoals vermeld in hoofdstuk 4.2.2, en de uitwerking van het thema 'contact maken' is besloten om de PMT behandelmodule te specificeren op de sociaal emotionele ontwikkelingsleeftijd van 3 tot 7 jaar. Dit wordt de identificatiefase genoemd (Došen, 2011, p. 57). Binnen de identificatiefase beschikt de cliënt over een ontwikkelde motoriek en een goede sensorische integratie. Daarnaast is de verbale communicatie tot stand gekomen en zijn de waarneming en het gevoelsleven redelijk ontwikkeld en gedifferentieerd. Gedurende deze fase ontwikkelt zich het magisch denken, waarin nog verwarringen aanwezig zijn tussen reële en imaginaire ervaringen en objecten. Op sociaal vlak neemt de persoon regels van sociaal gedrag over en tracht hij samen met anderen iets tot stand te brengen. Verder leert de cliënt binnen deze fase verantwoordelijkheid te dragen voor zijn eigen daden. Echter is de cliënt binnen deze fase nog niet in staat om de controle te behouden over zijn eigen emoties (Došen, 2011, p. 58).

4.3.4 Attitude

Met het begrip 'attitude' wordt de houding, zowel fysiek als psychologisch, bedoeld die iemand aanneemt binnen een bepaalde situatie (Hekking & Fellingner, 2011, p. 114). Met een therapeutische attitude wordt een bewust gekozen en aangemeten houding bedoeld, die in zijn effect ten dienste staat van het proces van de cliënt (Hekking & Fellingner, 2011, p. 114). In het hieronder beschreven stuk wordt gesproken over een therapeutische attitude.

Een module is veelal opgebouwd uit een beginfase, een middenfase en een eindfase. In de beginfase staat de PMT behandelmodule in het teken van kennismaken met de therapeut en elkaar (Hekking & Fellingner, 2011, p. 14). Hierin speelt het afstemmen van de therapeut op de persoonlijkheid en de problematiek van de cliënt een cruciale rol in het aangaan van een effectieve therapeutische relatie (Hekking & Fellingner, 2011, p. 14). Naast het opbouwen van vertrouwelijke interacties dient volgens Došen (2011) eveneens gezocht te worden naar een juiste manier van communiceren (bijvoorbeeld verbaal of via materiaal) (p. 83). Binnen de enquête is getoetst welke attitudes van belang zijn binnen een PMT behandelmodule voor de doelgroep. In bijlage 2, grafiek 12, is te zien dat PMT-ers in de beginfase aanraden om een motiverende, ondersteunende, empatische, afstemmende, uitnodigende en optimistische attitude aan te nemen. De middenfase is een fase waarin (persoonlijke) thema's centraal staan (Dasler, 1994, p. 109). Met behulp van de middenfase wordt getracht gedragsverandering tot stand te brengen bij de cliënt door gebruik te maken van bewegingsgerichte en/of lichaamsgerichte werkvormen (Hekking & Fellingner, 2011, p. 62). In bijlage 2, grafiek 13, is te zien dat PMT-ers in de middenfase een complimenteuzen, optimistische, empatische, afstemmende en uitnodigende attitude aanraden. In de eindfase staan afronding van de PMT behandelmodule en afscheid nemen van de therapeut en elkaar centraal. In bijlage 2, grafiek 14, is te zien dat PMT-ers in de eindfase een empatische, complimenteuzen, optimistische en gelijkwaardige attitude aanraden. Hieronder is per attitude beschreven wat de attitude impliceert.

Motiverende attitude

Motiveren wordt ook wel bemoedigen genoemd (Van Dale Uitgevers, 2014). Alvorens de interventies kans van slagen hebben, dienen de cliënten gemotiveerd te worden om deel te nemen aan therapie (Lange, 2010, p. 83). Door middel van motiveringstechnieken wordt beoogd, om de inzet van de cliënten voor de therapie in zijn algemeenheid in positieve zin te beïnvloeden. Hiervoor dient de therapeut de cliënt onder andere te accepteren, hoop te geven, te complimenteren en problemen positief te etiketteren. Hierdoor zal het zelfvertrouwen van de cliënt vergroot worden (Lange, 2010, pp. 83-86).

Ondersteunende attitude

Ondersteunen wordt ook wel helpen of bijstaan genoemd (Van Dale Uitgevers, 2014). Met het begrip 'ondersteuning' verwijst Došen (2011) naar het hanteren van middelen en strategieën die erop gericht zijn om onder andere: de ontwikkeling, de belangen en het welzijn van een persoon te bevorderen en het persoonlijk functioneren te verbeteren (p. 43). Hieruit concluderend wordt een cliënt dus bijgestaan in het uitvoeren van taken. Deze worden niet geheel overgenomen, alleen wanneer de cliënt de taken niet zelfstandig kan uitvoeren.

Empatische attitude

Howe (2013) verwoordt empathie als het aanvoelen van gevoelens van buitenaf. Dit komt tot stand door het inleven in de situatie van anderen, zonder dat de ander zijn situatie

uitlegt (p. 9). Bij mensen met een (ernstig) verstandelijke beperking is het van groot belang dat je open staat voor alle zichtbare en onzichtbare signalen die de cliënt laat zien. Maar ook welke de therapeut laat zien (Geet, 2013, p. 34). Bij deze doelgroep zijn het lichaam en de non-verbale signalen een hulpmiddel om contact te leggen. Voornamelijk omdat de taal en het cognitieve vermogen van veel cliënten onderontwikkeld is (Došen, 2011, pp. 58; Koreman, 2008, pp. 13-14; Peters, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Vliet, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014). Vanuit de theorie van Rogers is het van belang dat de therapeut empatisch werkt en goed kan afstemmen op de deelnemers. Hierbij komen vragen aan bod als: 'Wat voelt de deelnemer? Wat doet dat met mij (de therapeut)? Hoe stem ik (de therapeut) af op de noden van de cliënt?' Hierbij is het van belang om zo echt en/of authentiek mogelijk te zijn in de relatie met de ander (Geet, 2013, p. 34).

Afstemmende attitude

'Afstemmen op' wordt ook wel 'in overeenstemming brengen met' genoemd (Van Dale Uitgevers, 2014). Bij de doelgroep is afstemmen een zeer belangrijk begrip. In verschillende literatuurbronnen (Bleeksma, 2001; Došen, 2011; Dröes, 1997; Geet, 2013) wordt het belang beschreven om af te stemmen op de (on-)mogelijkheden van de cliënt. Dit wordt gedaan door aan te sluiten bij het cognitief, sociaal, en emotioneel niveau van de cliënt. Hierdoor wordt de cliënt niet over- of ondervraagd. Voor een verdere uitschrijving van het belang van afstemmen, verwijs ik u door naar deelvraag 4.1.1 t/m 4.3.2.

Uitnodigende attitude

Met een uitnodigende attitude wordt getracht cliënten deel te laten nemen binnen een therapiesessie. Dröes (1997) beschrijft dat het van belang is om een open en positieve houding te hebben om cliënten uit te nodigen. Tevens zorgt deze houding ervoor dat er een veilige sfeer gecreëerd wordt (p. 57). Van belang is dat cliënten kunnen oefenen en dat de fouten die bij het oefenen horen geaccepteerd ofwel positief geëtiketteerd worden (Miller & Rollnick, 2011, p. 155).

Optimistische attitude

Optimisme verwijst naar 'de neiging om gunstige uitkomsten te verwachten' (Van Dale Uitgevers, 2014). Om de cliënt vertrouwen te geven in de behandeling is een optimistische attitude van belang (Došen, 1997, p. 83). Ervaringsdeskundigen beschrijven dat optimisme ertoe geleid heeft dat ze de problematieken aankunnen. Ze beschrijven het letterlijk als 'wondermiddel' (Hafkenscheid, 2009, p. 162; Hoes, 2014, p. 21). Door als therapeut een optimistische attitude aan te nemen weerspiegelt je positiviteit en vertrouwen, wat de cliënt beïnvloedt.

Complimenteuze attitude

Een compliment is een woord van lof (Van Dale Uitgevers, 2014). Volgens Lange (2010) is het van groot belang dat cliënten complimenten krijgen. Dit zal het zelfvertrouwen van de cliënten vergroten. Veelal komen de cliënten binnen op het moment dat het niet goed gaat in hun leven en zij, de cliënten, een aandeel hebben aan het mislopen van hun leven. Hierdoor is hun zelfvertrouwen niet al te groot. Doordat de therapeut de positieve kanten signaleert (bijvoorbeeld de inzet, de betrokkenheid, de integriteit) zal het de cliënten helpen om vertrouwen op te bouwen en problemen aan te pakken (p. 84).

Gelijkwaardige attitude

Het woord gelijk betekent 'overeenkomend in waarde of belang' (Van Dale Uitgevers, 2014). Hetgeen de instelling Ipse de Bruggen als grondgedachte heeft is dat ieder mens bijzonder is. Mensen met een verstandelijke beperking zijn net als mensen zonder beperking stuk voor stuk bijzonder (Ipse de Bruggen, n.d.). Hieruit concluderend is de attitude 'gelijkwaardigheid' binnen Ipse de Bruggen erg belangrijk. Bleeksma (2001) beschrijft dat een gelijkwaardige relatie opgebouwd wordt door het in waarde laten van de ander en het zonder oordeel afstemmen op de ander (p. 39).

Betekenis voor dit onderzoek

Met de uitwerking van deze deelvraag is geschetst welke attitude van belang is voor de begin-, midden- en eindfase van de PMT behandelmodule. Concluderend dient een attitude aangenomen te worden waardoor de cliënt zich geaccepteerd, begrepen en op zijn gemak gesteld voelt. Tevens dient de cliënt uitgenodigd te worden om deel te nemen aan de PMT behandelmodule en daarbinnen nieuwe ervaringen op te doen. Hiermee wordt getracht de cliënt meer zelfvertrouwen op te laten bouwen. Deze attitudes komen veelal overeen met hetgeen dat aangeraden werd vanuit de visie van afdeling Zuideinde 2 (Visie Zuideinde 2, 2013) en door de professionals met de specifieke doelgroep, zoals in hoofdstuk 4.3.1 beschreven staat. Hierbij dient echter toegevoegd te worden dat de PMT-er goed hoort te luisteren en kijken naar hetgeen dat de cliënt communiceert. De aangeraden attitudes komen overeen met de theoretische benaderingswijzen, zoals beschreven in hoofdstuk 4.3.2. Voor de PMT behandelmodule zullen bovenstaande attitudes geïntegreerd worden.

4.3.5 Werkvormen

Met werkvormen wordt verwezen naar de aanpak of het geheel van handelingen waarmee de PMT-er de cliënten ondersteunt om de doelstellingen te bereiken. Door de keuze voor een bepaalde werkvorm, streeft de PMT-er specifieke leerprocessen en –resultaten bij de cliënten na (KU Leuven, 2012).

Uit de enquête zijn verschillende werkvormgebieden naar voren gekomen welke veelal gebruikt worden in de praktijk. Zo wordt veel gebruik gemaakt van: basketbalvarianten, badmintonvarianten, overspelen met een bal (gooien/schoppen), mikvarianten op doel, rollen van voorwerpen en relaxatieoefeningen. Daarentegen worden slechts zelden werkvormen toegepast als: springvarianten, tenten bouwen, tjoekvarianten en tikvarianten (Respondenten enquête, 2014).

Om met behulp van werkvormen de kwaliteit van bestaan te bevorderen bij de doelgroep, is het een voorwaarde dat de activiteiten worden afgestemd op de individuele mogelijkheden en interesses van de cliënten (Geet, 2013, p. 47; Zomerplaa & Calis, 1998, p. 47). Daarnaast benadrukken Zomerplaa en Calis (1998) het belang van zinvolle activiteiten. Dit zal de persoonlijke ontwikkeling en het emotioneel welbevinden versterken, omdat het zelfvertrouwen vergroot wordt middels zinvolle activiteiten (p. 47). Verder zal het de zelfbepaling ten goede komen, wanneer cliënten zelf mogen kiezen op welke manier ze de werkvorm invullen (Zomerplaa & Calis, 1998, p. 15).

Binnen de enquête hebben enkele respondenten beschreven welke werkvormen zij als meest waardevol achten bij de doelgroep om de kwaliteit van bestaan te bevorderen (Respondenten enquête, 2014):

- Controlled approach (thema's: afstand en nabijheid, grenzen | kwaliteit van bestaan: persoonlijke ontwikkeling, zelfbepaling, interpersoonlijke relaties);
- Badminton met een ballon (thema's: plezier, grenzen, uitdagen, ontdekken van mogelijkheden, samenwerken, verwoorden van emoties | kwaliteit van bestaan: persoonlijke ontwikkeling, interpersoonlijke relaties, emotioneel welbevinden, fysiek welbevinden);
- Brug bouwen (thema: samenwerken | kwaliteit van bestaan: persoonlijke ontwikkeling, zelfbepaling, interpersoonlijke relaties);
- Schommel, hangmat, balmassage en fitness (thema: ontspanning | kwaliteit van bestaan: emotioneel welbevinden, fysiek welbevinden);
- Bal overgooien en persoonseigenschappen noemen (thema: contact maken | kwaliteit van bestaan: interpersoonlijke relaties);
- In een kring twee ballen in tegengestelde richting doorgeven (thema's: afstemmen, samenwerken, grenzen | kwaliteit van bestaan: zelfbepaling, interpersoonlijke relaties);
- Parcours met obstakels (thema's: oriëntatie in ruimte, oplossingen zoeken | kwaliteit van bestaan: persoonlijke ontwikkeling, fysiek welbevinden);
- Stoeivormen (thema's: stevigheid, (zelf)vertrouwen | kwaliteit van bestaan: persoonlijke ontwikkeling, zelfbepaling, emotioneel welbevinden, fysiek welbevinden);
- Bewegen op muziek (thema's: dichtbij en veraf, plezier, ontspanning | kwaliteit van bestaan: zelfbepaling, emotioneel welbevinden);
- Doelen op basketbalboard (thema's: inschatten van mogelijkheden, leren kennen van grenzen en beperkingen | kwaliteit van bestaan: interpersoonlijke ontwikkeling, zelfbepaling);

- Stuiteren met een bal (thema's: afpakken bal, leiden/volgen, nadoen bewegingshandelingen, afstand/nabijheid | kwaliteit van bestaan: persoonlijke ontwikkeling, zelfbepaling)
- Ontspanningsoefeningen (thema's: lichaamsbewustwording, reguleren spanning, ontspanning | kwaliteit van bestaan: emotioneel welbevinden, fysiek welbevinden);
- Mikspel (thema's: ervaren van mogelijkheden | kwaliteit van bestaan: emotioneel welbevinden, fysiek welbevinden);
- Massage met/zonder voorwerpen (thema: aanraken, aangeraakt worden, ontspanning | kwaliteit van bestaan: zelfbepaling, emotioneel welbevinden, fysiek welbevinden).

Betekenis voor dit onderzoek

Met behulp van bovenstaande gegevens worden de werkvormen uitgewerkt voor de PMT behandelmodule. Bij de werkvormen zal beschreven worden hoe deze de kwaliteit van bestaan zullen bevorderen. Echter dient door de PMT-er zelf afgestemd te worden op de mogelijkheden en interesses van de desbetreffende cliëntengroep. Door de voorbeeldwerkvormen uit de praktijk te verbinden aan de kwaliteit van bestaan zal gewerkt worden aan het algemene doel van de PMT behandelmodule.

4.3.6 Randvoorwaarden

Om een situatie te creëren waarin cliënten gestimuleerd worden om te leren, is het van belang dat een sessie goed voorbereid is (Geet, 2013, p. 37). Binnen deze voorbereiding dient de PMT-er zich te realiseren wat hij wil bereiken tijdens de sessie. Hierdoor ontstaat een samenhang tussen de activiteiten en de doelen (Geet, 2013, p. 37). Om het doel te bereiken zal onder andere voorbereiding nodig zijn omtrent de structuur van een sessie, de locatie waar de sessie plaats zal vinden, de tijd die nodig is, de keuze voor individuele ofwel groepstherapie en de benodigde materialen (Dasler, 1994; Geet, 2013). Hieronder volgt een uiteenzetting van de randvoorwaarden welke van belang zijn binnen de PMT behandelmodule.

Individueel of groep

Uit de enquête wordt duidelijk dat de PMT-ers, werkzaam met de doelgroep, adviseren om een groepsgerichte PMT behandelmodule te ontwikkelen (Respondenten enquête, 2014). Dit in tegenstelling tot de adviezen binnen de interviews met de professionals met de specifieke doelgroep, zoals in deelvraag 4.3.1. beschreven (Peters, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Vliet, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014). De PMT behandelmodule zal zich richten op cliënten met een sociaal-emotionele leeftijd van 3 tot 7 jaar. Alvorens de ontwikkelingsleeftijd van 3 jaar is de verbale communicatie tot stand gekomen. In de ontwikkelingsfase van 3 tot 7 jaar neemt de cliënt regels en gedragingen van sociaal gedrag over van belangrijke anderen. Daarnaast trachten de cliënten binnen deze ontwikkelingsfase iets tot stand te brengen met anderen (Došen, 2011, p. 58). Hieruit concluderend richten cliënten binnen deze ontwikkelingsfase hun aandacht steeds meer op de omgeving. Peters (persoonlijke mededeling, 27 maart 2014) benadrukt het belang van observatie alvorens een PMT behandelmodule te beginnen. Tevens zegt Vliet (persoonlijke mededeling, 20 maart 2014) dat de module eerst individueel gestart kan worden, waardoor gedragskenmerken duidelijk worden. Vanuit deze gedragskenmerken kan in kaart gebracht worden hoe de PMT-er dient in te spelen op het gedrag van de cliënt. Daarnaast kan middels de observaties geconcludeerd worden of groepstherapie geïndiceerd is of niet. Daarentegen blijkt uit de enquête dat groepstherapie bij deze doelgroep door de PMT-ers geadviseerd wordt (Respondenten enquête, 2014). Hieruit kan geconcludeerd worden dat groepstherapie in de praktijk bij deze doelgroep mogelijk is. Door deze conclusie is besloten om een groepsgerichte PMT behandelmodule te ontwikkelen voor dit onderzoek. Hierbij wordt echter als voorwaarde beschreven dat cliënten alvorens deelname, een individuele observatieperiode hebben doorlopen. Binnen deze periode observeert de PMT-er gedragskenmerken van de cliënt. Hiervoor kan er gebruik gemaakt worden van observatieschalen. Tot op heden is er geen observatie instrument voor de doelgroep ontwikkeld. Echter zou een aangepaste variant, van de Qualidem (Ettema et al., 2005), de aangepaste PsyMot voor Licht Verstandelijk Beperkte Jongeren (Ritbergen & Coenen, 2010) of de Gedragsobservatieschaal Psychomotorische Therapie voor Ouderen met Dementie (GPMT-dem) (Lauriks & Dröes, 2007) wellicht bruikbaar zijn. Met behulp van deze observaties zal in het multidisciplinaire team teruggekoppeld worden waarom deelname aan de PMT behandelmodule geïndiceerd of gecontra-indiceerd is voor de betreffende cliënt.

Door de PMT-ers is een groepsgrootte van 4 of 6 cliënten geadviseerd (Respondenten enquête, 2014). Zomerplaag en Calis (2013) benadrukken echter dat het nogal afhankelijk is van de mate van beperking die de cliënten hebben, welke groepsgrootte geadviseerd wordt. Ditzelfde geldt eveneens voor de hoeveelheid begeleiding die nodig is (p. 39). Uit de enquête

is gebleken dat de PMT-ers aanraden om 1 begeleider op 3 cliënten te plaatsen (Respondenten enquête, 2014). Wanneer de groep groter wordt dan 4 cliënten is binnen de enquête geadviseerd om te werken met een co-therapeut. Deze co-therapeut hoeft niet perse bewegingsdeskundig geschoold te zijn. Ditzelfde blijkt eveneens uit de literatuur (Dröes, 1997, p. 63; Geet, 2013, p. 39).

Ruimte en materiaal

Door de respondenten (Respondenten enquête, 2014) zijn zeer uiteenlopende waarden opgegeven omtrent de hoeveelheid vierkante meter die nodig zijn voor de PMT behandelmodule. De gemiddelde waarde die hieruit voortkomt is 56 m². Dröes (1997) geeft aan dat de ruimte ten minste groot genoeg moet zijn om zittend een ruime kring te maken met 3 a 4 meter doorsnee (p. 61). Geet (2013) geeft daarbij de toevoeging dat een ruimte niet te groot dient te zijn, want dit kan beangstigend werken. Om dit te verminderen kan gewerkt worden met schermen om de ruimte te verkleinen en meer prikkelarm te maken (p. 40). Concluderend voldoet een kleine gymzaal aan de voorwaarden zoals deze hierboven geadviseerd worden. De afmetingen van zo'n kleine gymzaal zullen rond de 50 m² liggen. Verder is het handig om over een opbergplaats te beschikken om hulpmiddelen, zoals een rollator, op te bergen (Meijer, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014).

Het is van belang dat er voldoende en variërend materiaal aanwezig is. Het materiaal moet makkelijk hanteerbaar zijn, uitlokken tot bewegen en kunnen dienen als middel bij het leggen van contacten met andere deelnemers (Dröes, 1997, p. 72). Hierbij gaat de voorkeur uit naar licht materiaal (Dröes, 1997, p. 72; Dasler, 1994, p. 105). Daarnaast kan gewerkt worden met muziek. Dit kan als hulpmiddel werken om spontane acties uit te lokken (Dröes, 1997, p. 73). Hierbij dient de kanttekening gemaakt te worden dat de ruimte prikkelarm dient te zijn. Dit is van belang omdat de bewegingsgebonden activiteit vaak al sterk genoeg is om te zorgen voor een enorme zintuiglijke ervaring bij mensen met een verstandelijke beperking (Geet, 2013, p. 40). Ook dienen er binnen de ruimte voldoende hulpmiddelen aanwezig te zijn om cliënten te verplaatsen en te ondersteunen. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van hulpmiddelen zoals tilliften, sling/draagzak, kussens en 'rollen' ter ondersteuning van de cliënten (Geet, 2013, pp. 40-41).

Opbouw en frequentie sessie

De frequentie waarmee de PMT sessies moeten plaatsvinden, hangt voor een deel af van de mogelijkheden en de hulpvraag van de cliënten. Bij deze doelgroep is structuur en herkenning van groot belang, dit vergroot de veiligheid. Hieruit concluderend is het van belang dat de bijeenkomsten zoveel mogelijk op hetzelfde tijdstip en binnen dezelfde gymzaal plaatsvinden (Dasler, 1994, p. 108). Hiervoor is het van belang dat de ruimte iedere week op vaste tijden beschikbaar is (Dröes, 1997, p. 61). Uit de enquête wordt een frequentie van 1 keer in de week geadviseerd (Respondenten, 2014). De opbouw van de sessie is eveneens nagevraagd binnen de enquête. Voor de beginfase is geadviseerd om 5 à 10 minuten uit te trekken (Respondenten enquête, 2014). Wat betreft de geadviseerde tijd voor de kern, is zeer uiteenlopend geantwoord. De waarden variëren van 15 tot 60 minuten, echter gaat de voorkeur bij de meeste respondenten uit van 20 óf 35 minuten (Respondenten enquête, 2014). Voor de eindfase wordt geadviseerd om 10 minuten de tijd te nemen om af te sluiten (Respondenten enquête, 2014). Meijer (persoonlijke mededeling, 20 maart 2014) benadrukt dat deze specifieke doelgroep een sessie van maximaal 45 minuten volhoudt, waarbij de groep 25 tot 30 minuten in beweging gebracht kan worden.

Aan de hand van bovenstaande informatie is voor de PMT behandelmodule besloten om de sessie maximaal 45 minuten te laten innemen. Hierbij zal het begin 10 minuten innemen, de kern 25 minuten en de afsluiting eveneens 10 minuten.

Betekenis voor dit onderzoek

Uit bovenstaande resultaten is geconcludeerd dat de PMT behandelmodule ontwikkeld zal worden in de vorm van een groepsbehandeling. De grootte van de groep zal afhankelijk zijn van het aantal aanmeldingen met een minimum van 3 cliënten tot maximaal 6 cliënten. Wanneer de groep meer dan 4 cliënten beslaat, dient een extra co-therapeut ondersteuning te bieden. De sessies zullen aangeboden worden in een kleine gymzaal van rond de 50 m². Wat betreft het materiaal dient er gebruik gemaakt te worden van licht en makkelijk hanteerbaar materiaal. Daarnaast dienen er voldoende hulpmiddelen aanwezig te zijn om de cliënten op te tillen en/of te verplaatsen. Een sessie zal 45 minuten innemen. 10 minuten voor het begin, 25 minuten voor de kern en 10 minuten voor de afsluiting van de sessie. Alvorens deelname aan de PMT behandelmodule dient een cliënt een individuele observatieperiode doorlopen te hebben. Hieruit is binnen een multidisciplinair team overeenstemming verkregen vanuit de observaties of deelname aan de PMT behandelmodule geïndiceerd dan wel gecontra-indiceerd is.

4.3.7 (Contra-) indicaties

Indicaties

De cliënten, welke woonachtig zijn op de afdeling, zijn geïndiceerd voor individuele observatie, behalve wanneer dit door een van de onderstaande contra-indicaties niet mogelijk is. Uit interviews (Groeningen, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Peters, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Vliet, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014) is gebleken dat cliënten veelal hulpvragen hebben rondom spanningsgerelateerde klachten (zowel lichamelijk als emotioneel), eenzaamheid en het opdoen van nieuwe ervaringen. Hieruit voortvloeiend zijn de volgende indicaties geformuleerd:

- ≥ 50 jaar;
- Sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd van 3 t/m 7 jaar;
- Deelnemers zijn woonachtig op een afdeling voor ouderen met een verstandelijke beperking;
- Observatieperiode bij psychomotorische therapeut gehad;
- Spanningsgerelateerde klachten (zowel lichamelijk als emotioneel);
- Nieuwe (succes)ervaringen opdoen;
- Eenzaamheid.

Contra-indicaties

In de enquête hebben de PMT-ers aangegeven wat zij zien als contra-indicatie voor deelname aan een PMT behandelmodule voor de doelgroep. Hieruit is het volgende rijtje ontstaan (Respondenten enquête, 2014):

- Een sociaal-emotionele leeftijd van onder de 3 jaar;
- Te laag IQ (minimaal IQ > 45, zodat ik-besef aanwezig is);
- Aversie tegen bewegingsactiviteiten;
- Psychose gerelateerde stoornissen;
- Verslavingsproblematiek;
- Geen realiteitsbesef;
- Ongemotiveerd;
- Zeer angstig, waardoor de cliënt geblokkeerd raakt;
- Drug- en/of alcoholproblematiek;
- Fysieke beperkingen waarbij medische oorzaken onvoldoende uitgesloten zijn;
- Fysieke beperkingen waarbij deelname niet mogelijk is, ondanks eventuele aanpassingen.

Naast deze algemene contra-indicaties is binnen de enquête ook aangegeven welke contra-indicaties er kunnen zijn voor een PMT behandelmodule in de vorm van groepstherapie.

Hieruit zijn de volgende contra-indicaties voortgekomen (Respondenten enquête, 2014):

- Ernstig probleemgedrag en/of agressief gedrag dat ontwikkelingsgericht groepsproces met de andere groepsleden verhindert;
- Ernstige en/of progressieve gezondheidsproblemen (i.v.m. continuïteit van de groep);
- Forse persoonlijkheidsproblematiek;
- Dementie (dient extra begeleiding bij aanwezig te zijn en een andere begeleidingswijze);
- Algehele doofheid.

Mönnink (2009) geeft hierbij nog ter aanvulling aan dat een onvoldoende uitgesloten medische oorzaak voor problemen en het gebruik van bepaalde medicatie eveneens contra-indicaties kunnen zijn voor deelname aan lichaamsgerichte therapieën (p.293).

Betekenis voor dit onderzoek

De indicaties en contra-indicaties die uit deze deelvraag zijn voortgekomen, zijn letterlijk overgenomen binnen de PMT behandelmodule.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk zullen de verbanden weergegeven worden tussen de conclusies uit dit onderzoek. Hierop aansluitend zal de onderzoeksvraag beantwoord worden.

Dit onderzoek richt zich op de doelgroep ouderen met een verstandelijke beperking. Cliënten behoren tot deze doelgroep wanneer zij een leeftijd hebben bereikt hoger dan 50 jaar en gediagnosticeerd zijn met de diagnose ‘verstandelijke beperking’ (American Psychological Association, 2007, p. 82; Došen, 2011, p. 19; Zomerplaag & Calis, 1998, p. 11). De doelgroep is zeer kwetsbaar voor het ontwikkelen van psychiatrische aandoeningen. Dit komt doordat de doelgroep minder goed in staat is om zich aan te passen aan de ontwikkelingstaken, horend bij de ouderenleeftijd. Hierdoor raakt de balans verstoort tussen de draagkracht- en de draaglast.

De cliënten van afdeling Zuideinde 2 hebben zeer uiteenlopende problematieken. Het is daarom niet mogelijk om een algemene beschrijving te geven van deze cliëntenpopulatie. Ondanks dat, is besloten om de PMT behandelmodule in te kaderen, door deze af te stemmen op de sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd. Hiervoor is gekozen omdat de draagkracht van een persoon afhankelijk is van de sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd (Došen, 2005, pp. 48-49). De PMT behandelmodule wordt geschreven voor cliënten van de specifieke doelgroep met een sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd van 3 tot 7 jaar. Ook wel de identificatiefase genoemd (Došen, 2011, p. 57). Binnen de identificatiefase beschikt de cliënt over een ontwikkelde motoriek en een goede sensorische integratie. Daarnaast is de verbale communicatie tot stand gekomen en zijn de waarneming en het gevoelsleven redelijk ontwikkeld en gedifferentieerd. Gedurende deze fase ontwikkelt zich het magisch denken, waarin nog verwarringen aanwezig zijn tussen reële en imaginaire ervaringen en objecten. Op sociaal vlak neemt de cliënt regels van sociaal gedrag over en tracht hij samen met anderen iets tot stand te brengen. Verder leert de cliënt binnen deze fase verantwoordelijkheid te dragen voor zijn eigen daden. Echter is de cliënt binnen deze fase nog niet in staat om de controle te behouden over de eigen emoties (Došen, 2011, p. 58).

Uit het onderzoek blijkt dat ‘afstemming’ zeer belangrijk is bij deze doelgroep. Hierop aansluitend werd ‘zorg op maat’ geadviseerd, tijdens de interviews (Groeningen, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Meijer, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014; Peters, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Vliet, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014) en vanuit de literatuur (Bleeksma, 2001; Došen, 2005; Dröes, 2011; Geet, 2013; Zomerplaag en Calis, 1998). Hierdoor is besloten om een algemene PMT behandelmodule te beschrijven, waarbij de PMT-er vanuit zijn deskundigheid zelf dient af te stemmen op de specifieke cliënten.

Het hoofddoel van de PMT behandelmodule is het bevorderen van de kwaliteit van bestaan. Om dit doel te behalen zal er binnen de PMT behandelmodule gewerkt worden met de thema’s: contact maken, ervaren van mogelijkheden, genieten in het hier en nu, zelfvertrouwen, succeservaring opdoen en ontspanning. Hierbij zal er gewerkt worden vanuit een eclectisch-integratieve benaderingswijze waarbij de cliëntgerichte, lichaamsgerichte en ervaringsgerichte benaderingswijzen geïntegreerd zijn. De PMT-er dient hierin een attitude aan te nemen waardoor de cliënt zich geaccepteerd, begrepen en op zijn gemak gesteld voelt. Dit kan bewerkstelligd worden door afstemming, empathie, gelijkwaardigheid en het opbouwen van een vertrouwensband. Hierdoor ontstaat een veilige

sfeer, wat ontspanning teweegbrengt. Dit zal de kwaliteit van bestaan positief beïnvloeden. Wat betreft de werkvormen dienen lichaamsgerichte en belevingsgerichte werkvormen aangeboden te worden. Hierdoor kan de PMT-er zowel interventies toepassen vanuit de lichaamsgerichte benaderingswijzen, alsook de belevingsgerichte benaderingswijzen. Binnen de behandeling dient de PMT-er alert te zijn op het positief beïnvloeden van lichaamsspanningen, het uitlokken van contact en het creëren van succeservaringen waardoor het zelfvertrouwen bevorderd wordt. Hierdoor zal de cliënt beter in staat zijn om zich te ontspannen, plezier te beleven en zich gewaardeerd te voelen. Dit zal de eenzaamheid verminderen en de kwaliteit van bestaan bevorderen.

Onderzoeksvraag

“Welke psychomotorische behandelmodule kan een bijdrage leveren aan het bevorderen van de kwaliteit van bestaan van mensen met een verstandelijke beperking, die wonen op de afdeling ‘Zuideinde 2’ (ouderen) bij de instelling Ipse de Bruggen.”

Voor deze doelgroep was tot dusver geen PMT behandelmodule ontwikkeld om de kwaliteit van bestaan te bevorderen. Door middel van literatuuronderzoek, interviews met professionals op de afdeling en een enquête voor PMT-ers is antwoord verkregen op de deelvragen. Hieruit blijkt een benaderingswijze waarbij cliëntgerichte, lichaamsgerichte en belevingsgerichte benaderingswijzen gecombineerd worden als meest bruikbaar gezien te worden om de kwaliteit van bestaan te bevorderen. PMT werkt vanuit diezelfde benaderingswijzen. Eerst wordt contact gemaakt met de cliënt (cliëntgerichte methodieken). Vanuit dit contact worden lichaamsgerichte werkvormen (lichaamsgerichte methodieken) en ervaringsgerichte werkvormen (belevingsgerichte methodieken) aangeboden. Hieruit concluderend is PMT geïndiceerd voor de behandeling van de doelgroep om de kwaliteit van bestaan te bevorderen. Met behulp van de conclusies die voortkwamen uit de deelvragen is een PMT behandelmodule ontwikkeld (bijlage 3).

6. Discussie

6.1 Discussie over de onderzoeksmethoden

Literatuuronderzoek

Tot op heden was er geen literatuur verkrijgbaar waar de doelgroep in combinatie met PMT beschreven staat. Hierdoor zijn literatuurbronnen uit andere werkveldgebieden (psychogeriatric, verstandelijke beperking, maatschappelijk werk, enz.) gecombineerd met elkaar. Hierbij zijn eveneens de gegevens uit de interviews en de enquête meegenomen. Er kan echter gediscussieerd worden of de verbanden in de praktijk werkelijk bruikbaar zijn en/of voorkomen. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat de gecreëerde werkvormen uit de PMT behandelmodule in de praktijk niet bruikbaar zijn bij de specifieke doelgroep.

Interviews

Er zijn vier interviews gehouden met verschillende professionals uit verschillende disciplines van de instelling Ipse de Bruggen. De gegevens die hieruit voortkwamen zijn gebruikt om af te kunnen stemmen op de specifieke doelgroep. Er valt echter te betwijfelen of deze doelgroep teveel vanuit eenzelfde opinie kijkt, vanwege de gelijke achtergrond bij de instelling Ipse de Bruggen. Het is mogelijk dat een grotere groep professionals met meer diverse achtergronden tot andere resultaten had geleid.

Enquête

De ontwikkelde enquête is voortgekomen uit een literatuurstudie. De optiemogelijkheden zijn achteraf gezien echter niet volledig geweest. Dit is voortgekomen door onervarenheid met de doelgroep en het ontwikkelen van een enquête. Daartegenover staat dat de enquête veel tijdinvestering kostte van de PMT-ers. Wellicht is dit de reden waardoor van de 30 respondenten slechts 15 respondenten de gehele enquête hebben ingevuld. Voor meer betrouwbare resultaten dient een grotere groep de enquête te beantwoorden.

6.2 Discussie over de inhoud

Doordat het onderzoeksvoorstel direct goedgekeurd was, was het niet meer mogelijk om deelvragen te wijzigen en/of aan te passen. Hierdoor is binnen het onderzoek ondervonden dat er een deelvraag omtrent 'de kwaliteit van bestaan' en een deelvraag omtrent 'de sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijden van mensen met een verstandelijke beperking' gemist werd. Daarentegen bleek de deelvraag 'Wat dient aanwezig te zijn binnen de PMT behandelmodule, volgens professionals met de doelgroep?' te breed te zijn om concreet te beantwoorden.

Binnen het onderzoek zijn de antwoorden van de respondenten, als leidraad genomen voor het beantwoorden van de vragen rondom de PMT behandelmodule. Hierbij is besloten om alleen de meest waardevolle aspecten (zoals onder andere de behandelmethoden, thema's en attitude) uit te werken voor het onderzoek. Dit betekent dat de ontwikkelde PMT behandelmodule grotendeels is gebaseerd op de antwoorden van de respondenten. Er is echter niet uitgezocht of de overige behandelmethoden, thema's, attitudes, werkvormen, randvoorwaarden en (contra-)indicaties ook waardevol zijn voor een PMT behandelmodule om 'de kwaliteit van bestaan' te bevorderen bij de doelgroep.

Daarnaast zorgt het gebruik van boxplots ervoor dat er gewerkt wordt met middelste waarden. Hierdoor lijken enkele boxplots op elkaar terwijl het mogelijk is dat de respondenten wellicht één keer meer of minder 'zeer bruikbaar' ingevuld hebben. Uit enkel

de boxplot, is dit niet af te lezen. Daarvoor dienen er staafgrafieken gebruikt te worden per aspect. Dit betekende voor het onderzoek echter, dat de bijlage erg lang en onoverzichtelijk zouden worden. Daarom is besloten om deze data vertroebelingen te accepteren.

Verder kan de keuze voor groepsbehandeling ter discussie gesteld worden. Uit de enquête bleek door 13 PMT-ers groepsbehandeling aangeraden te worden (Respondenten enquête, 2014). Daarentegen werd in de interviews een individuele PMT behandelmodule aangeraden (Peters, persoonlijke mededeling, 27 maart 2014; Vliet, persoonlijke mededeling, 20 maart 2014). Binnen het onderzoek is gekozen om een combinatie van beide te maken door cliënten eerst individuele observatiesessies uit te voeren, alvorens deelname aan de PMT behandelmodule geïndiceerd bevonden kan worden.

Als laatste is de PMT behandelmodule nog niet in de praktijk uitgevoerd. Hierdoor kan de bruikbaarheid en de effectiviteit ter discussie gesteld worden. Om dit te toetsen dient de PMT behandelmodule in de praktijk uitgevoerd te worden.

7. Aanbevelingen

Zoals eerder benoemd, werd aanbevolen om de cliënten alvorens deelname aan de PMT behandelmodule eerst individueel te observeren binnen de PMT. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een PMT observatie-instrument. Bijvoorbeeld een aangepaste variant, van de Qualidem (Ettema et al., 2005), de aangepaste PsyMot voor Licht Verstandelijk Beperkte Jongeren (Ritbergen & Coenen, 2010) of de Gedragsobservatieschaal Psychomotorische Therapie voor Ouderen met Dementie (GPMT-dem) (Lauriks & Dröes, 2007). Met behulp van de observaties kan in kaart gebracht worden wat de draagkracht en draaglast van een specifieke cliënt zijn.

Tevens werd in de enquête aanbevolen om het doel ‘de kwaliteit van bestaan’ binnen een multidisciplinair team aan te bieden (Respondenten enquête, 2014). Hierbij kan PMT een bijdrage leveren op de gebieden: interpersoonlijke relaties, emotioneel welbevinden, persoonlijke ontwikkeling en fysiek welbevinden.

De module ‘het bijzondere normaal’ is ontwikkeld naar aanleiding van de onderzoeksvraag. Alvorens dit onderzoek was er nog geen PMT behandelmodule ontwikkeld voor de doelgroep. Tevens was er nog geen informatie over PMT bij de doelgroep te verkrijgen. Om de validiteit van de ontwikkelde PMT behandelmodule te toetsen dient deze toegepast te worden in de praktijk. Daarom is het aan te raden om de PMT behandelmodule gedurende een bepaalde tijd uit te voeren, te evalueren en vervolgens, waar nodig, aan te passen.

Bij de doelgroep wordt veel gebruik gemaakt van mediërende therapie. Om hierop aan te sluiten kan een begeleidingsmodule voor de verzorgenden op de afdeling beschreven worden. Dit zal eveneens een bijdrage kunnen leveren aan het bevorderen van de kwaliteit van bestaan bij deze doelgroep. Peters (persoonlijke boodschap, 27 maart 2014) benadrukt hierbij dat de PMT-ers goed zijn in het observeren van gedragskenmerken. Ze vragen zich af wat cliënten communiceren met de boodschap die ze laten zien. Ook vragen PMT-ers zich af wat de cliënt letterlijk voelt.

Literatuur

- American Psychological Association. (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Nederlandse vertaling Harcourt Assessment BV.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Goede, M. de, Peters, V. & Velden, T. van der. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3^e druk). Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Hulst, M. van der, Fischer, T., Julsing, M., Vianen, R. van, & Goede, M. de. (2012). *Basisboek Methoden en Technieken: Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis* (5^e druk). Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, D.B. (2009). *Dit is onderzoek!: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bakker, E. & Buuren, H. van. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bleeksma, M. (2001). *Begeleiding van oudere cliënten met een verstandelijke handicap*. Baarn: Uitgeverij H. Nelissen.
- Brandsma, R. (2012). *Mindfulness Praktijkboek: Vaardigheden voor trainers*. Tiel: Uitgeverij Lannoo.
- Dasler, J. van. (1994). *Bewogen door beweging: Bewegingsagogie en bewegingstherapie in de psychogeriatric*. Nijkerk: Uitgeverij Intro.
- Došen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Dröes, R.M. (1997). *Beweeg met ons mee!: Een activeringsprogramma in groepsverband voor dementerende mensen*. Utrecht: De tijdstroom.
- Ettema, T., Lange, J. de, Dröes, R.M., Mellenbergh, D., & Ribbe, M. (2005). *Handleiding Qualidem*. Utrecht: Trimbos-instituut. Gedownload op 19 februari 2014, van <http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/news/newsitem/view.asp?objectID=562>
- Geet, E. van. (Eindred.). (2013). *Bewegen en bewogen worden: Een praktisch leerboek voor iedereen die werkt met mensen met een Ernstige Meervoudige Beperking*. Bunnik: Stichting Onbeperkt Sportief.
- Gils, M. van. (2008). *Sociaal-emotionele ontwikkeling van leerlingen met een matige en ernstige verstandelijke beperking*. Antwerpen: Garant.
- Groen, M., Jongman, H. & Meggelen, A. van. (2011). *Praktijkgerichte sociale vaardigheden: Met aandacht voor de ander* (2^e druk). Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Hafkenscheid, A. (2009). Column: Vertrouwen, wilskracht en optimisme. *Psychologie & Gezondheid*, 37 (3), 162-164.
- Harvey, J.R. (2001). *Ontspannen kun je leren* (6^e druk). Vianen: The House of Books.
- Heck, G. L. van. (2006). Kwaliteit van leven: Conceptualisering, meting en toepassing. *Gedrag en gezondheid*, 34 (4), 140-143.
- Hekking, P., & Fellingier, P. (2011). *Psychomotorische therapie: Een inleiding*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Hoes, L. (2014). 'Optimisme is een prachtig medicijn': Alzheimerpatiënt Leo van Dijk. *Denkbeeld*, 19 (2), 18-21.

- Howe, D. (2013). *Empathy: What it is and why it matters*. Hampshire: PALGRAVE MACMILLAN.
- Hulsbergen, M.L. (2009). *Mindfulness: De aandachtsvolle therapeut*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Ipsede Bruggen (z.d.). *Zorgaanbod: Diagnostiek en behandeling*. Geraadpleegd op 5 maart 2014, van <http://www.ipsedebruggen.nl/>
- Koreman, F. (2008). Applied Behavior Analysis en Emerging Body Language. In S. van Veen-Graafstal MSc., C.M.A. Heijligers, Prof. Dr. A.M.T. Bosman (Red.), *Onderzoek naar de methodiek Emerging Body Language: Een eerste verkenning* (pp. 13-15). Boxtel: Radboud Universiteit Nijmegen.
- KU Leuven. (2012). *Onderwijslexicon: Werkvormen*. Gedownload op 12 mei 2014, van <https://www.kuleuven.be/onderwijslexicon/index.php>
- Lange, A. (2010). Het motiveren van cliënten in directieve therapie met congruente en judoachtige technieken. In K. van der Velden, K. Hoogduin & A. Lange (Red.), *Directieve therapie* (pp. 83-96). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Lauriks, S., & Dröes, R.M. (2007). Ontwikkeling van de Gedragsobservatieschaal Psychomotorische therapie voor demente ouderen (GPMT-dem): Betrouwbaarheid en criteriumvaliditeit. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38 (2), 79-90.
- Lekkerkerker, L., & Konijn, C. (2011). Beoordeling sociaal aanpassingsvermogen bij jeugdigen: Ontwikkeling van een instrument. *Kind & Adolescent*, 32 (3), 134-145.
- Linnebank, M. (2001). *Studentenhandleiding: Belevingsgerichte begeleiding*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Maes, B., & Petry, K. (2006). Kwaliteit van Leven bij Personen met Verstandelijke Beperkingen. *Gedrag en gezondheid*, 34 (4), 192-201.
- Marmolejo-Ramos, F., & Tian, T. S. (2010). The shifting boxplot: A boxplot based on essential summary statistics around the mean. *International Journal of Psychological Research*, 3 (1), 37-45
- Meer, J. van der, Hermesen, P., & Keukens, R. (2003). *Ondersteunen van mensen met een verstandelijke beperking: Praktijkleerboek voor spw/sph* (1^e druk). Twello: Van Tricht Uitgeverij.
- Migchelbrink, F. (2006) *Praktijkgericht Onderzoek In Zorg En Welzijn*. Amsterdam: uitgeverij SWP
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2011). Motiverende gespreksvoering: Een methode om mensen voor te bereiden op verandering (8^e druk). Plaats onbekend: Ekklesia.
- Mönnink, H. de. (2009). *De gereedschapskist van de maatschappelijk werker: cliëntgericht multimethodisch maatschappelijk werk* (3^e druk). Maarssen: Elsevier.
- Moors, D. (2009). *Net als iedereen: Verhoging van de levenskwaliteit bij personen met een verstandelijke beperking door buurtactiviteiten* (verslag afstudeeropdracht). Gezondheidszorg en Chemie, Bachelor in de Ergotherapie, Campus Geel, Katholieke Hogeschool Kempen.
- Morfouace, M. (2010). Behandeling van seksueel misbruik van kinderen met een verstandelijke handicap: De individuele Horizon-methode. In J. Lange (Red.),

- Psychomotorische therapie: Lichaams- en belevingsgerichte interventies in de ggz* (pp. 133-146). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- NVPMT. (1995). *Beroepsprofiel: Psychomotorisch therapeut*. Enschede: NVPMT.
- NVPMT. (1998). *Handleiding Module-ontwikkeling voor Psychomotorische Therapie (Concept-versie)*. Reader Studiecendum HAN. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Pool, A., Mostert, H., & Schumacher, J. (2003). *De kunst van het afstemmen: Belevingsgerichte zorg: theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Ritbergen, B. van, & Coenen, M. (2010). *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de PsyMot bij Licht Verstandelijk Beperkte jongeren* (masterthese). Master Psychomotorische Therapie, Faculteit CALO, Hogeschool Windesheim, Zwolle.
- Rutten-Saris, M. (1990). *Basisboek lichaamstaal*. Assen: Van Gorcum.
- Schampers, B. (2010). *Gevoelens handicap*. Gedicht van een respondent. Geraadpleegd op 1 mei 2014, van http://www.1001gedichten.nl/gedichten/41735/gevoelens_handicap/
- Snellen, A., & Drift, R. van der. (2014). *Basismodel voor methodische hulp- en dienstverlening in het sociaal werk: Een eclectisch-integratieve aanpak*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Teeuwen-Heintzberger, I. (2011). *Kwaliteit van bestaan, keuzemogelijkheden en gedragsproblemen bij mensen met een matige verstandelijke beperking* (verslag afstudeeropdracht). Master Orthopedagogiek, Universiteit Utrecht.
- ThesisTools. (z.d.). ThesisTools Online Enquêtes. Geraadpleegd op 31 maart 2014, van <http://www.thesistools.com/>
- Timmermans, J.M. (1999). *Psychische problemen bij ouderen: Prevalentie, risicofactoren, sociale gevolgen en hulpverlening*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Van Dale Uitgevers. (2014). *Gratis woordenboek*. Geraadpleegd op 7 mei 2014, van http://www.vandale.nl/opzoeken#.U2qVFPI_upE
- Veldhuis, M. (2006). Belevingsgerichte zorg op maat: Werken met een belevingsdiagnose. *Denkbeeld*, 18 (1), 19-23.
- Verdoorn, P. & Vulpen, A. van. (2011). *Werken aan kwaliteit van bestaan: Bouwstenen voor inclusief ondersteunen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom Nelissen.
- Visie Zuideinde 2. (2013). *Visie op wonen, Zuideinde 2*. Intern document binnen Ipse de Bruggen waarin de visie van de afdeling Zuideinde 2 beschreven staat. Ipse de Bruggen: Zuideinde 2, Zwammerdam.
- Vloeberghs, E. & Bloemen, E. (2005). *Uit lijfsbehoud: Lichaamsgericht werken met vluchtelingen in de ggz*. Utrecht: Stichting Pharos.
- Warnez, J. (2002). *Mediërend Agogisch Handelen: Een cognitieve benadering van volwassenen met verstandelijke beperkingen*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen en één cliënt: Theorie en toepassing voor de praktijk van SPH en MWD*. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Wouw, A. van der. (2008). Bouwen aan zelfvertrouwen. *Sportgericht*, 62 (4), 18-20.
- Zomerplaaig, J. & Calis, W. (1998). *Ouderen met een verstandelijke handicap: verkenning van trends, knelpunten en mogelijkheden*. Utrecht: NIZW.

Bijlage 1: Engelse samenvatting (English summary)

Research Question

What psychomotor treatment (PMT) module can distribute in the process of upgrading the quality of life of people with a mental handicap, living in department “Zuideinde 2” (elders) in the facility Ipse de Bruggen?

Method

To get an answer on the research question, use has been made of three research methodology. First a desk research has been performed to find out what literature exists in combination with psychomotor therapy and elders with a mental disability (target audience). No literature seemed available about this subject, therefore there has been developed an inquiry, based on the information found in literature about both target groups (elders and people with a mental handicap). This inquiry can be used by psychomotor therapists, working with one of the two targetgroups, or a combination of both.

In addition there have been held interviews with 4 aid workers, working in the facility Ipse de Bruggen.

Results

To get the answer to the research question, 10 sub-questions have been answered. From the literature shows that the target audience is vulnerable to getting psychological problems. (Došen, 2005; Hekking & Fellingner, 2011; Meer, Hermesen & Keukens, 2003). Complaint control is a thing that rarely occurs in these target groups, due to the big chance of overquestioning.

Hence why the treatment specifies to the quality of life. (Hekking & Fellingner, 2011; Visie Zuideinde 2, 2013). From the inquiry prove body-oriented, experiential and client-oriented approaches to be deemed most valuable within the treatment.

To improve the quality of life, the PMT treatment module has to exist of the following themes: making contact, experience of possibilities, enjoy the here and now, self-confidence, gaining success experience and leisure. Things have also been concluded about what attitude, workforms, conditions and (contra-) indications are important for a PMT treatment module. The clients in department Zuideinde 2 are very diverse, among other things as regards to age, degradation and mental impediment.

From the inquiry shows that the PMT treatment module needs to be lined with the social-emotional age-development. This age-development determines the capacity of clients (Došen, 2005). Aside from this there is concluded that “tuning” appears to be the main ingredient for treatment of the target audience.

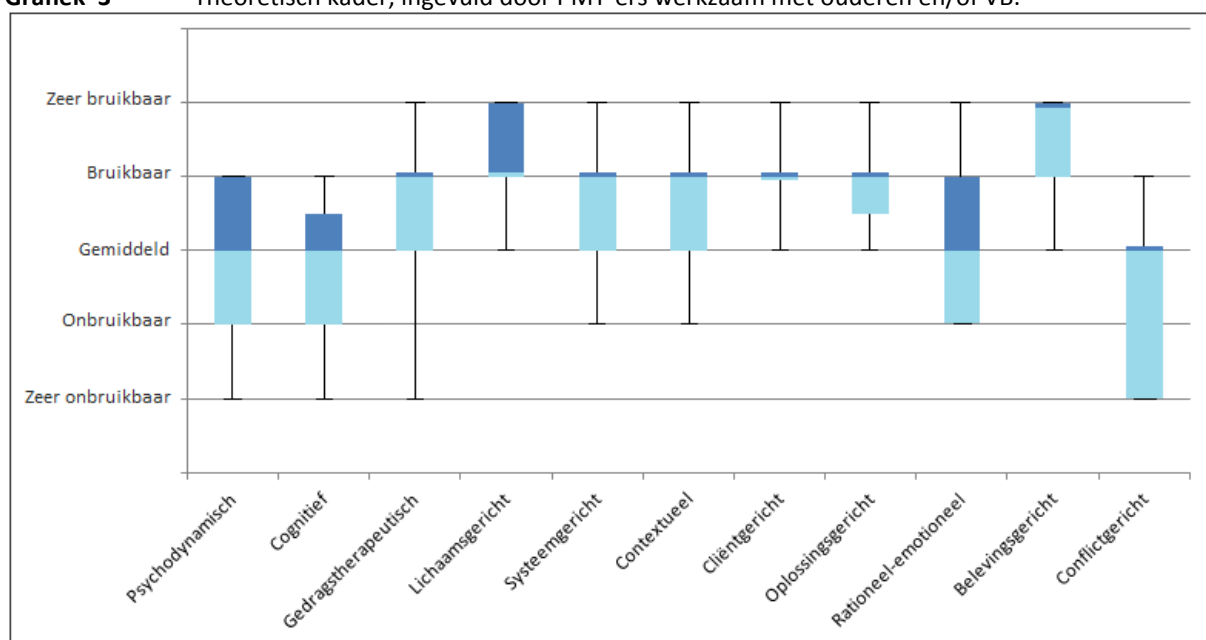
Conclusion

So far there hadn't been developed a psychomotor treatment module for the target audience. From the research shows that “tuning” appears to be of great importance to the target audience. On this basis, is decided to develop a general PMT treatment module, that needs to be adjusted by psychomotor therapists to fit the specific target audience.

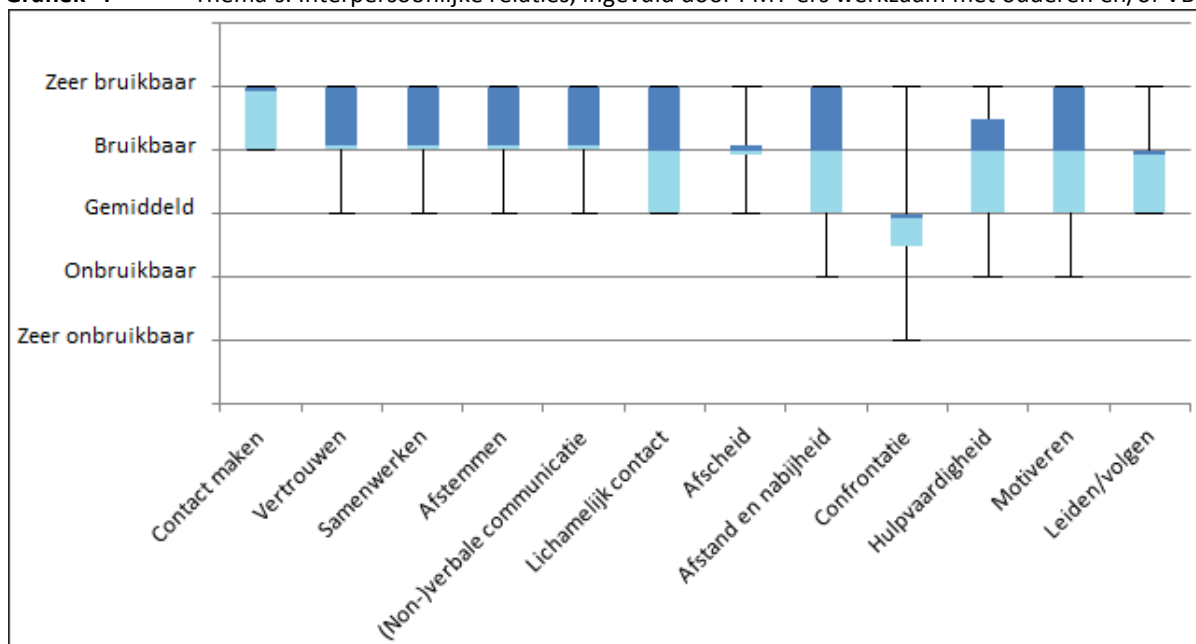
With the data from the research, the module “Het Bijzondere Normaal” (appendix 3) has been developed.

Bijlage 2: Resultaten Enquête

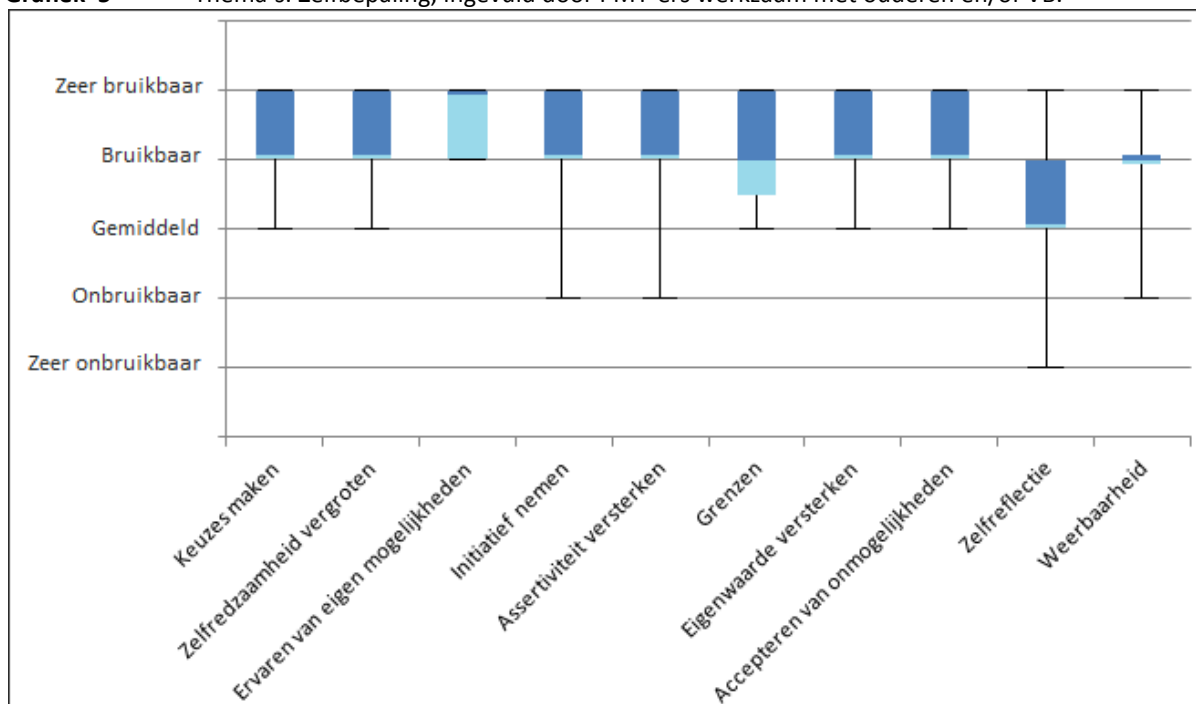
Grafiek 3 Theoretisch kader, ingevuld door PMT-ers werkzaam met ouderen en/of VB.



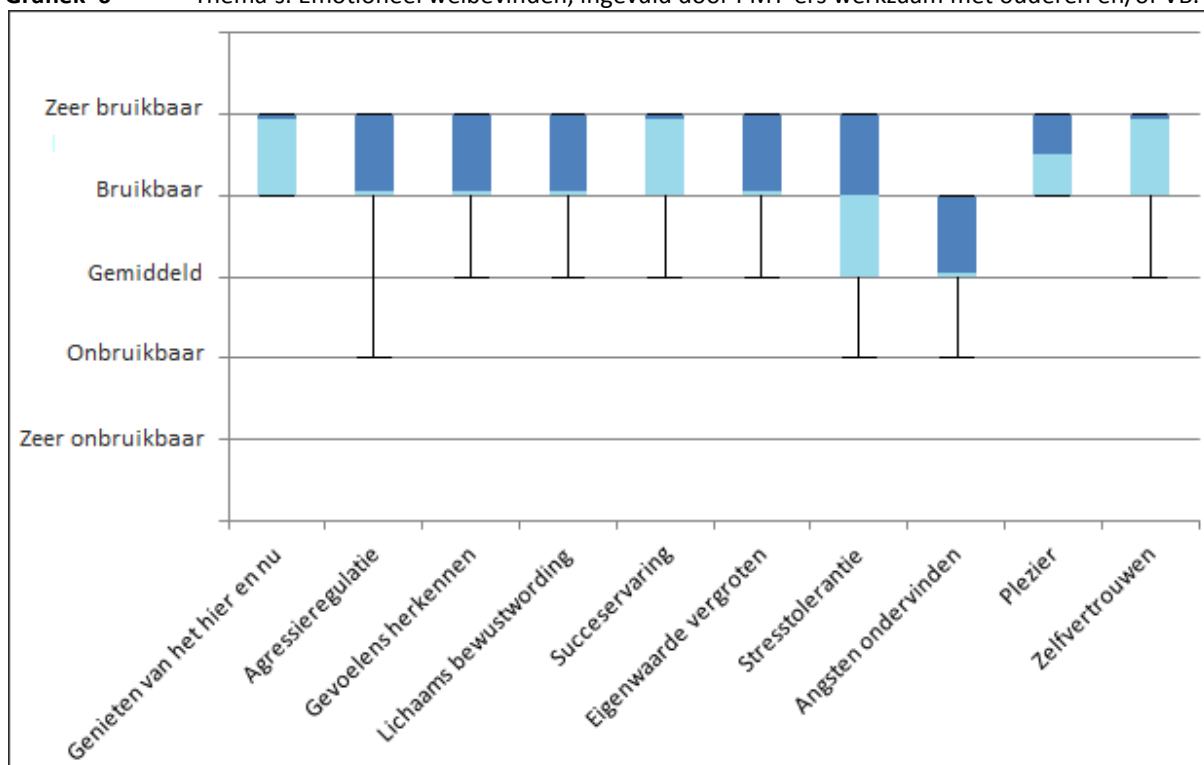
Grafiek 4 Thema's: Interpersoonlijke relaties, ingevuld door PMT-ers werkzaam met ouderen en/of VB.



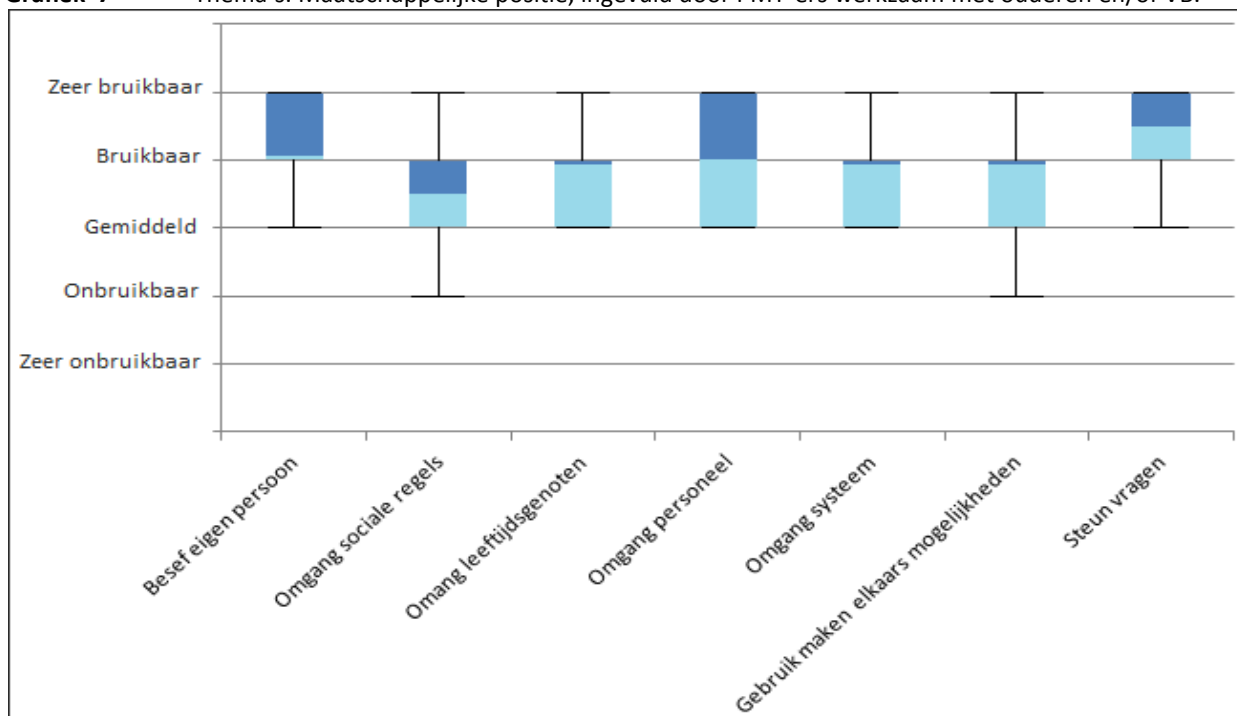
Grafiek 5 Thema's: Zelfbepaling, ingevuld door PMT-ers werkzaam met ouderen en/of VB.



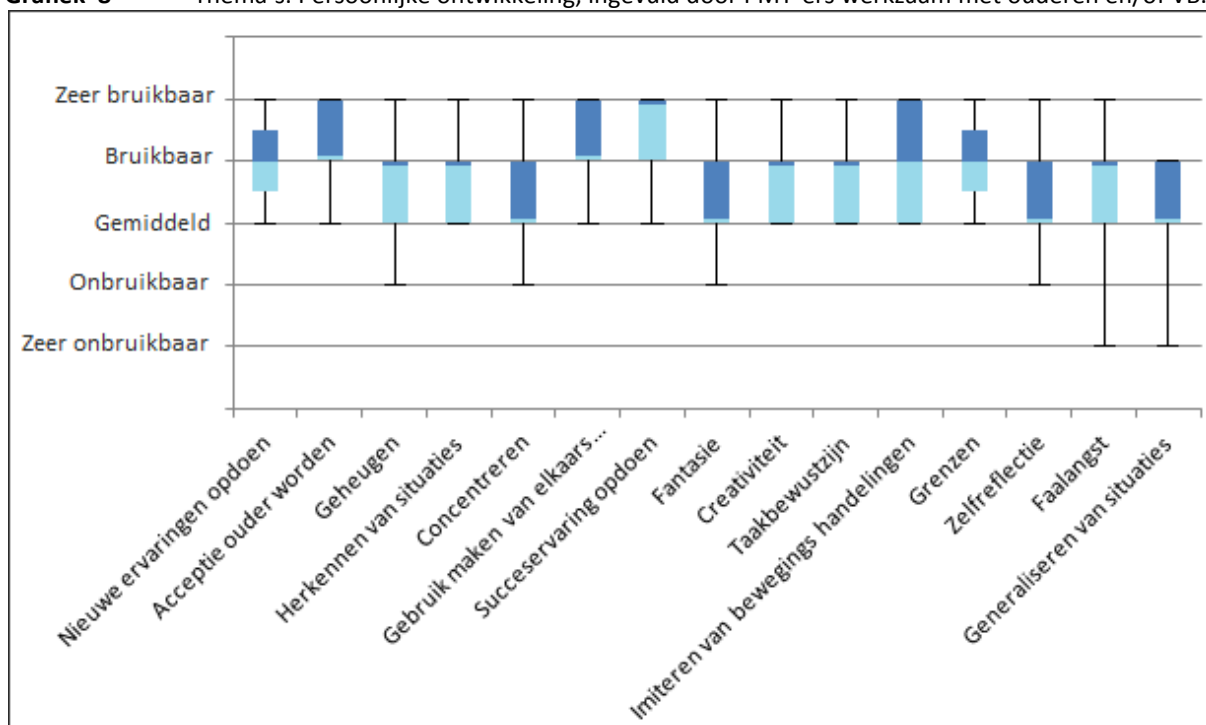
Grafiek 6 Thema's: Emotioneel welbevinden, ingevuld door PMT-ers werkzaam met ouderen en/of VB.



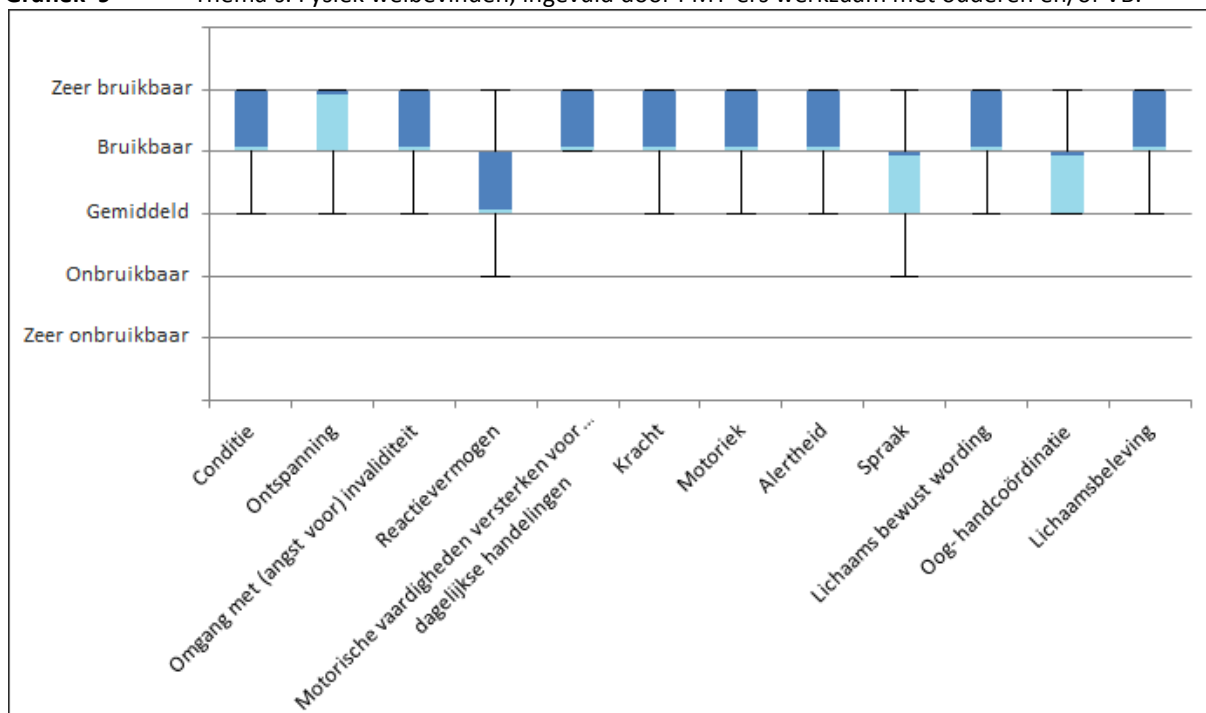
Grafiek 7 Thema's: Maatschappelijke positie, ingevuld door PMT-ers werkzaam met ouderen en/of VB.



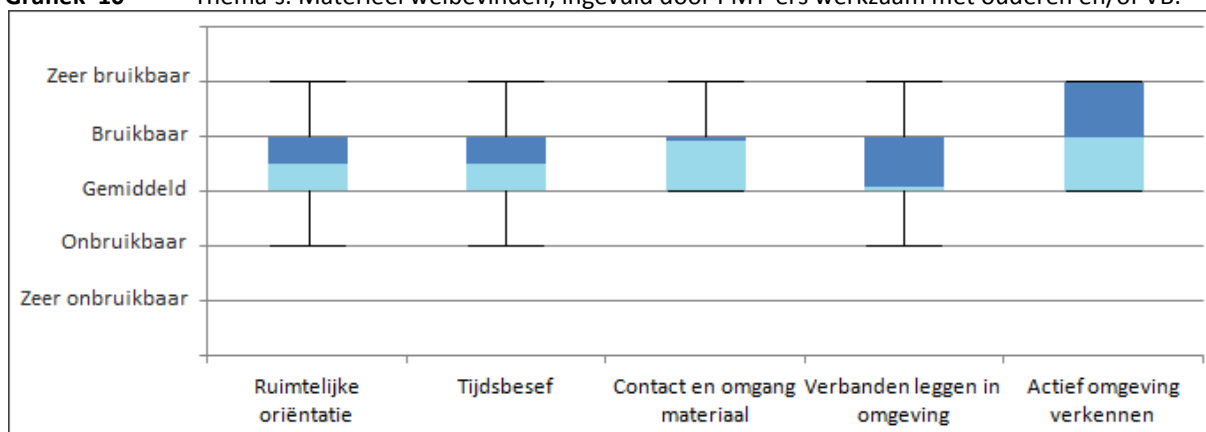
Grafiek 8 Thema's: Persoonlijke ontwikkeling, ingevuld door PMT-ers werkzaam met ouderen en/of VB.



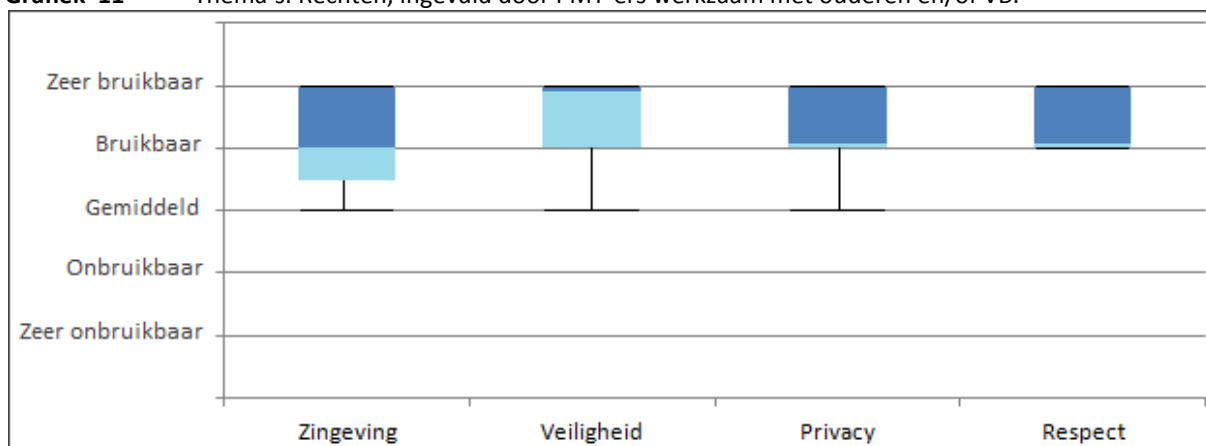
Grafiek 9 Thema's: Fysiek welbevinden, ingevuld door PMT-ers werkzaam met ouderen en/of VB.



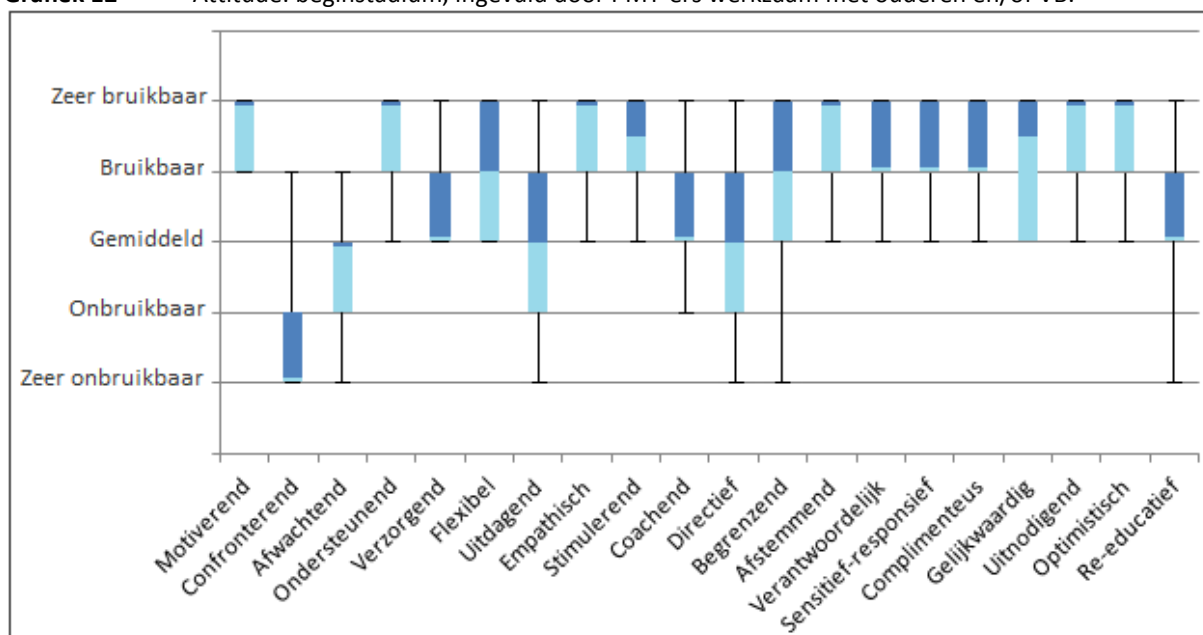
Grafiek 10 Thema's: Materieel welbevinden, ingevuld door PMT-ers werkzaam met ouderen en/of VB.



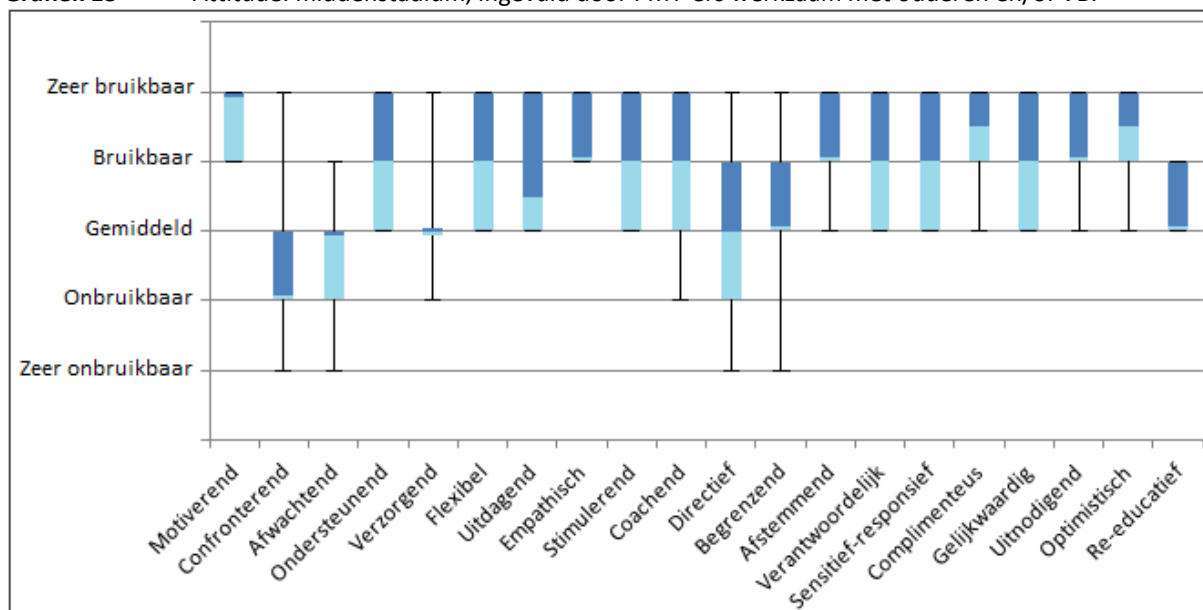
Grafiek 11 Thema's: Rechten, ingevuld door PMT-ers werkzaam met ouderen en/of VB.



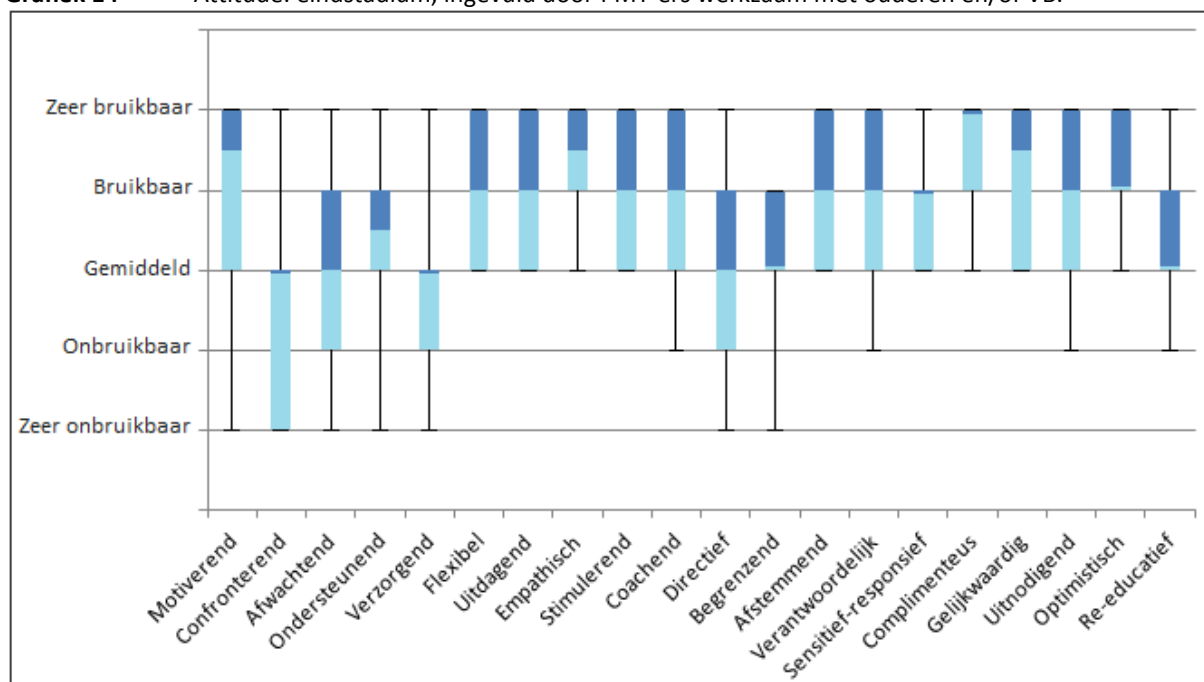
Grafiek 12 Attitude: beginstadium, ingevuld door PMT-ers werkzaam met ouderen en/of VB.



Grafiek 13 Attitude: middenstadium, ingevuld door PMT-ers werkzaam met ouderen en/of VB.



Grafiek 14 Attitude: eindstadium, ingevuld door PMT-ers werkzaam met ouderen en/of VB.



Bijlagen

Bijlage 3: PMT behandelmodule

2014

Het Bijzondere Normaal

Psychomotorische behandelmodule voor ouderen met een verstandelijke beperking



Auteur: M.C.A.M. Smetzers (Monique)
Opdrachtgever: I. Nagtegaal (Ivana)
Instelling: Ipse de Bruggen te Zwammerdam
Datum en plaats: 21-05-2014 te Nijmegen

Hogeschool  van Arnhem en Nijmegen

Inhoud

1. Inleiding	57
2. Doelgroep	58
3. Indicaties en contra-indicaties	59
4. Intake	60
5. Doelen	61
5.1 Algemeen doel	61
5.2 Specifieke doelen	61
5.3 Meetbare doelen	61
6. Referentiekader	62
6.1 Kwaliteit van bestaan	62
6.2 Eclectisch-integratieve benaderingswijze	63
7. Behandeling	65
7.1 Werkvormen	65
7.2 Behandelstrategieën en interventies	65
7.3 Therapeut	65
7.4 Therapeutische attitude	65
7.5 Groep en/of individueel	66
7.6 Opbouw sessies	66
7.7 Huiswerk	67
8. Organisatie	67
9. Evaluatie	67
10. Randvoorwaarden	68
10.1 Algemeen	68
10.2 Spel- en oefenmateriaal	68
10.3 (Sport)kleding/schoeisel/beschermingsmateriaal	68
10.4 Audiovisuele hulpmiddelen	68
10.5 Accommodatie	68
10.6 Personeel	68
10.7 Tijdinvestering	69
10.8 Financiën	69
11. Valkuilen en oplossingen	69
Literatuur	70
Bijlage 1: Tabel kwaliteit van bestaan	72
Bijlage 2: Uitwerking werkvormen	74

1. Inleiding

De doelgroep ouderen met een verstandelijke beperking is een complexe en zeer diverse doelgroep. Mede hierdoor is het lastig, dan wel onmogelijk, om deze cliënten te categoriseren. Wellicht is dit één van de redenen waarom er tot op heden weinig literatuur te vinden is omtrent deze doelgroep. Met behulp van een onderzoeksstudie is door middel van interviews, een enquête en een literatuurstudie getracht dit gemis te ondervangen, waardoor een behandelmodule gecreëerd kan worden voor de psychomotorische therapie.

Om de titel nader te verklaren wordt eveneens verwezen naar de complexiteit van de doelgroep. Deze doelgroep is ‘anders’, vanwege de verstandelijke beperking, de mogelijk bijkomende psychische problematiek(en) en de ouderdomsverschijnselen. Juist het ‘anders zijn’ is normaal bij deze doelgroep. Visie Zuideinde 2 (2013) beweert dat cliënten pas volledig kunnen worden geaccepteerd, wanneer deze bijzonderheden als normaal beschouwd worden.

De module ‘Het bijzondere normaal’ is ontwikkeld in opdracht van de instelling Ipse de Bruggen. De instelling Ipse de Bruggen geeft behandeling aan mensen met een verstandelijke beperking. Binnen de behandeling aan de ouderendoelgroep wordt ernaar gestreefd de cliënten een menswaardig bestaan te geven en een gelukkige oude dag te bieden (Ipse de Bruggen, z.d.; Smetsers, 2014, p. 16). Om de module hierop aan te sluiten is in overleg met de psychomotorisch therapeute besloten om ‘de kwaliteit van bestaan bevorderen’ als uitgangspunt te nemen binnen de module.

Terminologie

Het onderzoeksverslag is beschreven in de mannelijke vorm, echter kan voor “hij”, “hem”, “zijn” en “cliënt” ook “zij”, “haar” en “cliënte” worden gelezen. Verder zal voor de leesbaarheid van de module gebruik gemaakt worden van de volgende verwijzingen:

Psychomotorische therapie – PMT;

Psychomotorische therapeut(en) – PMT-er(s);

Ouderen met een verstandelijke of meervoudige beperking – de doelgroep;

Cliënten van afdeling Zuideinde 2 van de instelling Ipse de Bruggen – de specifieke doelgroep;

Sociaal-emotionele ontwikkeling(leeftijd) – SEO;

PMT behandelmodule – de module.

2. Doelgroep

De module is geschreven voor ouderen met een verstandelijke beperking. De diagnose verstandelijke beperking wordt volgens de DSM-IV-TR gediagnosticeerd wanneer er voldaan wordt aan de criteria zoals beschreven in tabel 1 (American Psychological Association, 2007, p. 82). Doordat mensen met een verstandelijke beperking vaak eerder ouderdomsproblemen ervaren, worden mensen met een verstandelijke beperking meestal al vanaf 50 jaar tot de 'ouderen' gerekend (Zomerplaag & Calis, 1998, p. 11).

Tabel 1 Symptoomcriteria van een verstandelijke beperking volgens de DSM-IV-TR (APA, 2007).

1. Beperkingen in het intellectuele functioneren (intelligentie quotiënt (IQ) lager dan 70)
2. Beperkingen in het adaptieve gedrag (op ten minste twee van de volgende terreinen):
Communicatie
Zelfverzorging
Zelfstandig kunnen wonen
Sociale en relationele vaardigheden
Gebruik maken van gemeenschapsvoorzieningen
Zelfstandig beslissingen nemen
Functionele intellectuele vaardigheden
Werk
Ontspanning
Gezondheid
Veiligheid
3. Criteria zijn ontstaan in de ontwikkelingsleeftijd (voor de leeftijd van 18 jaar)

Bron: American Psychological Association (2007).

De module richt zich op cliënten met een SEO tussen de 3 en 7 jaar. Dit houdt in dat cliënten zich bevinden in de identificatiefase. Binnen de identificatiefase beschikt de cliënt over een ontwikkelde motoriek en een goede sensorische integratie. Daarnaast is de verbale communicatie in deze fase tot stand gekomen en zijn de waarneming en het gevoelsleven redelijk ontwikkeld en gedifferentieerd. Gedurende deze fase ontwikkelt zich het magisch denken, waarin nog verwarringen aanwezig zijn tussen de reële en de imaginaire ervaringen en objecten. Op sociaal vlak neemt de cliënt regels van sociaal gedrag over en tracht hij samen met anderen iets tot stand te brengen. Verder leert de cliënt binnen deze fase verantwoordelijkheid te dragen voor zijn eigen daden. Echter is de cliënt binnen deze fase nog niet in staat om de controle te behouden over zijn eigen emoties (Došen, 2011, p. 58; Smetsers, 2014, pp. 29, 39).

3. Indicaties en contra-indicaties

Indicaties¹

- ≥ 50 jaar;
- SEO van 3 t/m 7 jaar (identificatiefase);
- Deelnemers zijn klinisch opgenomen op een afdeling voor ouderen met een verstandelijke beperking;
- Observatieperiode bij een PMT-er gehad;
- Spanningsgerelateerde klachten (zowel lichamelijk als emotioneel);
- Nieuwe (succes)ervaringen opdoen;
- Eenzaamheid.

Contra-indicaties¹

- SEO onder de 3 jaar;
- Te laag IQ (minimaal IQ > 45, zodat ik-besef aanwezig is);
- Aversie tegen bewegingsactiviteiten;
- Psychose gerelateerde stoornissen;
- Verslavingsproblematiek;
- Geen realiteitsbesef;
- Ongemotiveerd;
- Zeer angstig, waardoor de cliënt geblokkeerd raakt;
- Drug- en/of alcoholproblematiek;
- Fysieke beperkingen waarbij medische oorzaken onvoldoende uitgesloten zijn;
- Fysieke beperkingen waarbij deelname niet mogelijk is, ondanks eventuele aanpassingen.

Contra-indicaties bij groepsbehandeling¹

- Ernstig probleemgedrag en/of agressief gedrag dat het groepsproces met de andere groepsleden verhindert;
- Forse persoonlijkheidsproblematiek;
- Dementie (dient extra begeleiding bij aanwezig te zijn en een andere begeleidingswijze);
- Algehele doofheid.

¹ Bron: Smetsers, M.C.A.M. (2014). *Het Bijzondere Normaal: Psychomotorische behandelmodule voor ouderen met een verstandelijke beperking* (bachelorthese). Creatieve Therapie: Psychomotorische Therapie, Faculteit Gedrag en Maatschappij, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), Nijmegen.

4. Intake

Wanneer de cliënten woonbegeleiding en verzorging verkrijgen op afdeling Zuideinde 2 van Ipse de Bruggen is indicatie voor PMT mogelijk. Binnen een multidisciplinair team met gedragsdeskundigen, artsen en paramedici, welke gespecialiseerd zijn in het verouderingsproces bij mensen met een verstandelijke beperking, kan deelname aan de module geïndiceerd worden. Vanwege het gebrek aan sociale en communicatieve vaardigheden, zal bij deze doelgroep geen intakegesprek gevoerd worden (Došen, 2011, pp. 58; Koreman, 2008, pp. 13-14; Smetsers, 2014, p. 21). Binnen het multidisciplinaire team zullen persoonlijke doelen opgesteld worden omtrent de verwachte behoeften voor de cliënt om 'de kwaliteit van bestaan te bevorderen'.

De PMT-er dient het cliëntdossier in te lezen van de desbetreffende cliënt. Hierdoor is hij beter in staat om de context rondom de cliënt te begrijpen en af te stemmen op de cliënt. Binnen een observatieperiode (van circa 6 bijeenkomsten) zal bekeken worden of deelname aan de module een bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van bestaan. Binnen deze observatieperiode kan gebruik gemaakt worden van observatieschalen. Tot op heden is er geen observatie instrument voor de doelgroep. Echter zou een aangepaste variant van de Qualidem (Ettema, Lange, Dröes, Mellenbergh & Ribbe, 2005), de aangepaste PsyMot voor Licht Verstandelijk Beperkte Jongeren (Ritbergen & Coenen, 2010) of de Gedragsobservatieschaal Psychomotorische Therapie voor Ouderen met Dementie (GPMT-dem) (Lauriks & Dröes, 2007) wellicht bruikbaar zijn (Smetsers, 2014, p. 35). Met behulp van deze observaties zal in het multidisciplinaire team teruggekoppeld worden waarin PMT geïndiceerd en/of gecontra-indiceerd is voor de betreffende cliënt.

5. Doelen

5.1 Algemeen doel

De kwaliteit van bestaan bevorderen.

5.2 Specifieke doelen

Om de kwaliteit van bestaan te bevorderen dienen de cliënten een vooruitgang te laten zien op minimaal één van de volgende acht domeinen: persoonlijke ontwikkeling, zelfbepaling, interpersoonlijke relaties, sociale inclusie, rechten, emotioneel welbevinden, fysiek welbevinden en materieel welbevinden (Maes & Petry, 2006; Moors, 2009; Teeuwen-Heintzberger, 2011; Smetsers, 2014, p. 7). Uit onderzoek onder PMT-ers is gebleken dat thema's als contact maken, ervaren van mogelijkheden, genieten in het hier en nu, zelfvertrouwen, succeservaring opdoen en ontspanning als meest waardevol worden beschouwd om de kwaliteit van bestaan te bevorderen bij de doelgroep (Smetsers, 2014, p. 28). Hieruit voortvloeiend zijn de specifieke doelen beschreven zoals hieronder vermeld. Hierbij dient de kanttekening gemaakt te worden dat de specifieke doelen niet voor elke cliënt zullen gelden. In verband met de variëteit in lichamelijke-, cognitieve-, sociale- en emotionele ontwikkeling zal afgestemd dienen te worden, welke specifieke doelen passend bevonden worden bij een specifieke cliënt.

- De cliënt maakt contact met de therapeut (Otten & Luijck, 2001);
- De cliënt maakt contact met de andere deelnemers (Dröes, 1997; Zomerplaat & Calis, 1998);
- De cliënt doet positieve ervaringen op (Roemen-van Haaren, 2010);
- De cliënt beleeft plezier (Roemen-van Haaren, 2010);
- De cliënt (her)ontdekt kwaliteiten en affiniteiten (Roemen-van Haaren, 2010);
- De cliënt is zich meer bewust van zijn eigen lichaam(ssignalen) (Mönnink, 2009);
- De cliënt leert zich te ontspannen (Mönnink, 2009; Roemen-van Haaren, 2010);
- De cliënt leert de eigen wensen en de eigen mening te uiten, bij een optiemogelijkheid tussen twee variabelen (Dasler, 1994).

5.3 Meetbare doelen

'Kwaliteit van bestaan' is een subjectief begrip en niet te verbinden met de biomedische parameters. Hierdoor zijn vragenlijsten de aangewezen methode om veranderingen te meten (Vries & Roukema, 2011, p. 13). Echter is het gebruik van een vragenlijst bij mensen met een verstandelijke beperking niet haalbaar, vanwege een beperkt cognitief vermogen (Došen, 2011, pp. 58; Koreman, 2008, pp. 13-14; Smetsers, 2014, p. 21). Binnen de specifieke doelgroep kan slechts een klein aantal cliënten lezen, waardoor vragenlijsten uitgesloten zijn.

Om dit gemis te ondervangen kan er gebruik gemaakt worden van vragenlijsten, welke door de PMT-er of een groepsbegeleider ingevuld worden. Verder zal, door het opnemen van de sessies, de betrouwbaarheid bij het invullen vergroot kunnen worden. Hierdoor kan een tweede observant dezelfde vragenlijst invullen. Bij een vragenlijst naar de kwaliteit van bestaan is het van belang dat de multidimensionaliteit van het concept kwaliteit van bestaan naar voren komt. Dit is van belang omdat de diversiteit van ervaringen niet kan worden gevangen met een vragenlijst die slechts één dimensie meet (Vries & Roukema, 2011, p. 13).

6. Referentiekader

6.1 Kwaliteit van bestaan

Binnen de gezondheidszorg heeft de laatste twee decennia een verschuiving plaatsgevonden in de visie over het verlengen van het leven: “Leven toevoegen aan de jaren en niet alleen maar jaren aan het leven” (Ettema et al., 2005; Heck, 2006; Smetsers, 2014, 7). Het doel van de huidige gezondheidszorg is er dus op gericht om de kwaliteit van bestaan te bevorderen.

Verdoorn & Vulpen (2011) beschrijven dat kwaliteit van bestaan een containerbegrip is: een term zonder afgebakende betekenis, waaraan de gebruiker zelf verdere invulling kan geven (p. 23). Ditzelfde blijkt eveneens uit een onderzoek door Schalock, waaruit bleek dat er meer dan 100 verschillende definities over de kwaliteit van bestaan in omloop zijn (Heck, 2006, p. 140). Het is belangrijk om de begrippen ‘kwaliteit van bestaan’ en ‘gezondheidstoestand’ te onderscheiden. Bij de kwaliteit van bestaan gaat het niet alleen om het functioneren, maar ook om wat iemand van zijn of haar functioneren vindt. Daarnaast wordt er bij de gezondheidstoestand veelal gevraagd naar de aspecten waar mensen last van ervaren, terwijl de kwaliteit van bestaan ook de positieve aspecten benaderd (Vries & Roukema, 2011, pp. 11-12). Juist deze positieve aspecten zijn van belang bij de doelgroep.

Schalock en Verdugo Alonso hebben uitgangspunten ontwikkeld voor de kwaliteit van bestaan. Vanuit deze uitgangspunten zijn acht domeinen te onderscheiden (Maes & Petry, 2006; Moors, 2009; Teeuwen-Heintzberger, 2011; Verdoorn & Vulpen, 2011). In bijlage 1 zijn deze acht domeinen weergegeven, waarbij er per domein indicatoren zijn beschreven en van hieruit zijn PMT-thema’s ontwikkeld. Uit een enquête onder PMT-ers bleek dat PMT voornamelijk een bijdrage kan leveren op de domeinen interpersoonlijke relaties, zelfbepaling, persoonlijke ontwikkeling, emotioneel welbevinden en fysiek welbevinden. Zoals een respondent terecht opmerkte, is het verbeteren van de kwaliteit van bestaan een multidisciplinaire behandellijn. Dit houdt in dat er samengewerkt dient te worden met andere disciplines om de domeinen te beïnvloeden (Smetsers, 2014, p. 43).

6.2 Eclectisch-integratieve benaderingswijze

In een eclectisch-integratieve benadering richt de therapeut zich niet slechts op één theoretische stroming. Hij integreert daarentegen op een systematische wijze elementen uit verschillende theoretische stromingen in de eigen theorie en praktijk (Snellen & Drift, 2014, p. 138). Binnen deze module wordt de PMT gegeven vanuit een eclectisch-integratieve benadering, waarbij de cliëntgerichte benaderingswijze, de lichaamsgerichte benaderingswijze en de belevingsgerichte benaderingswijze zijn samengevoegd. Hieronder volgt een beschrijving van deze theoretische benaderingswijzen en vervolgens worden deze samengevoegd tot een geïntegreerde methode.

Cliëntgerichte benaderingswijze

In de cliëntgerichte benadering is de kracht van de cliënt het vertrekpunt voor de therapie (Mönnink, 2009, p. 51; Smetsers, 2014, p. 23). De therapeut heeft binnen deze benadering een afwachterende rol, hij volgt de cliënt in zijn proces (Mönnink, 2009; Smetsers, 2014, p. 23; Weerman, 2006). Eén van de uitgangspunten binnen deze benadering is dat de cliënt als één geheel gezien dient te worden. De aandacht dient niet alleen gericht te zijn op de beperkingen, maar tevens ook op de mogelijkheden (Smetsers, 2014, p. 23; Weerman, 2006, p. 131). De therapeutische attitude die bij deze benadering gebruikt wordt, is er een van onvoorwaardelijke positieve acceptatie van de cliënt, empathie en een echt contact. Hierbij wordt onder andere gebruik gemaakt van aandachtig luisteren, samenvatten, spiegelen, aanmoedigen, zelfonthulling en bevestigen (Smetsers, 2014, p. 23; Weerman, 2006, pp. 132-134). Binnen deze benaderingswijze wordt de aandacht gericht op hetgeen dat zich afspeelt in het heden (Mönnink, 2009; Smetsers, 2014; Weerman, 2006).

Lichaamsgerichte methodiek

Binnen de lichaamsgerichte benaderingswijze wordt er uitgegaan van de visie, dat lichaam en geest met elkaar in verbinding staan (Smetsers, 2014, p. 23; Weerman, 2006, p. 147). Door bewust te letten op de lichamelijke signalen bij de cliënt, kunnen indirecte signalen van emotie of (psychische) spanning zichtbaar worden (Mönnink, 2009, p. 286; Smetsers, 2014, p. 23). Vloeberghs en Bloemen (2005) geven aan dat lichaamsgerichte therapieën de 'lichamelijkheid', met de daarbij behorende bewegingen, impulsen, sensaties en spanningen, als aangrijpingspunt nemen voor de behandeling (p. 23). De oefeningen die gebruikt worden binnen de therapeutische behandeling zijn gericht op het veroorzaken van lichamelijke gewaarwordingen (sensaties). Met behulp van deze oefeningen kunnen gevoelens van pijn verkend, verwoord en waar mogelijk hanteerbaar gemaakt worden (Smetsers, 2014, pp. 23-24; Vloeberghs & Bloemen, 2005, p. 39). Het algemene doel van deze methodiek is het verminderen of uit de weg ruimen van negatieve spanningen in het lichaam. Hiervoor zijn verschillende technieken ontwikkeld, zoals onder andere de zelfaanrakingstechniek, ontspanningstechniek, lichaamsbewustwordingstechniek en de scalingstechniek (spanningsmeter, energiemeter) (Mönnink, 2009, p. 293; Smetsers, 2014, p. 24). De therapeut maakt gebruik van interventies zoals bijvoorbeeld lichaamsbeleving, ontspanning, aarden (het voelen van contact met de grond), ademhaling, focussen en het aanleren van een andere, meer adequate manier van omgaan met bepaalde situaties en bijbehorende emoties (Smetsers, 2014, p. 24; Weerman, 2006, pp. 155-156). De attitude van de therapeut is zeer aandachtig en opmerkzaam. De therapeut moet in het hier-en-nu aanwezig zijn en vertellen wat hij waarneemt bij de cliënt (Smetsers, 2014, p. 24; Vloeberghs & Bloemen, 2005, pp. 39-40).

Belevingsgerichte methodiek

Binnen de belevingsgerichte benaderingswijze sluit de therapeut nauw aan bij de belevingswereld van de cliënt (Pool, Mostert & Schumacher, 2003; Smetsers, 2014, p. 24). Met behulp van deze therapie komt de cliënt meer in contact met zijn eigen innerlijk, zoals zijn gedachten, gevoelens en drijfveren. Met behulp van de belevingsgerichte benadering wordt ernaar gestreefd dat de cliënt zijn ziekte en/of problematiek een plaats leert te geven, waardoor er meer ruimte ontstaat om het leven te waarderen (Pool et al., 2003; Smetsers, 2014, p. 24). Binnen deze benadering richt de zorg zich niet op hetgeen dat cliënten niet meer kunnen, maar wat ziekte, handicap of beperking voor uitwerking hebben op het huidige leven van cliënten (Pool et al., 2003, p. 39; Smetsers, 2014, p. 24). Binnen de belevingsgerichte benadering staan afstemmen, gelijkwaardigheid, gezamenlijkheid, gepastheid en autonomie centraal (Pool et al., 2003, pp. 39-42; Smetsers, 2014, p. 24). Hiervoor stemt de therapeut zijn tempo af op dat van de cliënt, richt hij zijn aandacht op de cliënt en heeft hij oog voor de sfeer en de veiligheid. Om dit te bewerkstelligen maakt de therapeut gebruik van oogcontact, troosten, bemoedigen, geruststellen en ruimte geven voor het uiten van onzekerheden (Veldhuis, 2006, p. 19; Smetsers, 2014, p. 24). Concluderend kan gezegd worden dat de belevingsgerichte benaderingswijze zich richt op het 'bevorderen van de kwaliteit van bestaan', in plaats van klachtgericht te werk te gaan.

Eclectisch-integratieve benadering

Het hoofddoel van deze module is 'de kwaliteit van bestaan bevorderen' bij een behandelgroep welke bestaat uit ouderen met een verstandelijke beperking. Uit de enquête (Smetsers, 2014, pp. 23-25) blijken de bovenstaande benaderingswijzen als meest bruikbaar te worden geacht bij deze doelgroep om het doel te behalen.

Concluderend dient de PMT-er binnen de behandeling het contact aan te gaan met de cliënt. Afstemming, empathie, gelijkwaardigheid en onvoorwaardelijke positieve acceptatie staan hierin centraal. Vanuit dit contact dient een vertrouwensband opgebouwd te worden waardoor er een veilige sfeer gecreëerd wordt. Vanuit deze veilige sfeer ontstaat ontspanning, wat de kwaliteit van bestaan positief beïnvloed. Wat betreft de werkvormen dienen lichaamsgerichte en belevingsgerichte werkvormen aangeboden te worden. Hierdoor kan de PMT-er zowel interventies toepassen vanuit de lichaamsgerichte benaderingswijzen, alsook de belevingsgerichte benaderingswijzen. Binnen de behandeling dient de PMT-er alert te zijn op het positief beïnvloeden van lichaamsspanningen, het uitlokken van contact en het creëren van succeservaringen waardoor het zelfvertrouwen bevorderd wordt. Hierdoor zal de cliënt beter in staat zijn om zich te ontspannen, plezier te beleven en zich gewaardeerd te voelen. Hierdoor zal de eenzaamheid verminderen en de kwaliteit van bestaan bevorderen (Smetsers, 2014, pp. 39-40).

7. Behandeling

7.1 Werkvormen

In bijlage 2 vindt u voorbeelden van werkvormen welke toegepast kunnen worden bij de specifieke doelgroep. Er is bewust gekozen voor voorbeelden. Dit besluit is ontstaan doordat afstemming bij deze doelgroep zeer belangrijk is en ik zelf tot dusver te weinig praktijkervaring heb om voor deze doelgroep gehele sessies uit te werken. Vanuit deze redenen wordt geadviseerd om de uitgewerkte werkvormen te beschouwen als richtlijnen, waarbij u met uw eigen professionaliteit en deskundigheid dient af te stemmen op uw eigen doelgroep. De werkvormen zijn gebaseerd op de specifieke doelen van deze module en de thema's welke uit de onderzoeksgegevens als waardevol beschouwd zijn (Smetsers, 2014, p. 28). Tevens verwijs ik u door naar de boeken: 'Bewogen door beweging' (Geet, 2013) en 'Beweeg met ons mee!' (Dröes, 1997). Hierin worden eveneens werkvormen beschreven die u, op een aangepaste wijze, kunt verwerken in uw behandelaanbod.

7.2 Behandelstrategieën en interventies

Binnen de module wordt voornamelijk ervaringsgericht-stimulerend gewerkt. Binnen de module worden ervaringen aangereikt die het gevoel van succeservaring en ontspanning vergroten. De PMT-er bekrachtigt succeservaringen waardoor gedrag herhaald wordt (Weerman, 2006, p. 86). Bij nieuw gedrag dient iedere keer, direct na het positieve gedrag een beloning gegeven te worden. Wanneer het gedrag meer geïntegreerd is, dient er zo nu en dan bekrachtiging gegeven te worden op een onvoorspelbare manier (Weerman, 2006, p. 87). Om het nieuwe gedrag op verschillende plaatsen te integreren dient het positieve gedrag eveneens op verschillende plaatsen bekrachtigd te worden. Hierdoor zal de cliënt het gedrag meer eigen maken. Op deze manier kan nieuw gedrag dus aangeleerd worden. Binnen de module zal dit nieuwe gedrag ervoor zorgen dat de kwaliteit van het bestaan van de cliënt bevordert. In bijlage 2 zijn enkele interventies genoemd om succeservaringen te bevorderen binnen verschillende werkvormen.

7.3 Therapeut

De module kan aangeboden worden door één PMT-er bij een groepsgrootte tot maximaal 4 cliënten. Wanneer de groep bestaat uit 5 of 6 cliënten dient een co-therapeut aanwezig te zijn. De co-therapeut hoeft geen bewegingsgerichte achtergrond te hebben (Dröes, 1997, p. 63; Geet, 2013, p. 39). De PMT-er die de groep begeleidt dient kennis te hebben van de diagnose 'verstandelijke beperking' en de risicofactoren die spelen tijdens de 'ouderenfase'. Daarnaast is het van belang dat de PMT-er bekend is met de benadering van de cliënten binnen de identificatiefase (SEO van 3 tot 7 jaar), omdat de module specifiek gericht is op deze cliëntenpopulatie.

7.4 Therapeutische attitude

Uit onderzoek blijkt dat afstemming bij deze doelgroep het meest belangrijke is (Smetsers, 2014, p. 39). Dit komt ook terug in de attitude van de PMT-er. Zo dient de PMT-er ervoor te zorgen dat de cliënten de aanwezige vaardigheden behouden en ervaren wat zij nog allemaal kunnen. Om deze succeservaringen en het daaruit verkregen zelfvertrouwen teweeg te brengen, dient de PMT-er bewegingssituaties te creëren waarbij cliënten haalbare doelen krijgen. Dit betekent dat de PMT-er op een creatieve, flexibele en respecterende manier afstemt op de mogelijkheden van de cliënten (Meijer, persoonlijke mededeling, 20

maart 2014; Smetsers, 2014, p. 21; Visie Zuideinde 2, 2013). Deze attitude dient de PMT-er binnen de gehele behandeling te behouden. Daarnaast worden ook nog andere attitudes aangeraden binnen een onderzoek onder PMT-ers (Smetsers, 2014, pp. 30-32). Deze zullen hieronder aan bod komen.

In het begin van de module staan het opbouwen van vertrouwelijke interacties en het zoeken naar de juiste manier van communiceren centraal (Došen, 2011, p. 83; Hekking & Fellingner, 2011, p. 14; Smetsers, 2014, p. 30). Om dit te bewerkstelligen zal de PMT-er een motiverende, ondersteunende, empathische, uitnodigende en optimistische attitude aannemen (Smetsers, 2014, p. 30).

De middenfase van de module richt zich op het werken aan de thema's. Hiermee wordt getracht gedragsverandering tot stand te brengen. Om dit te bewerkstelligen worden er binnen de module zowel bewegingsgerichte alsook lichaamsgerichte werkvormen aangeboden (Hekking & Fellingner, 2011, p. 62; Smetsers, 2014, p. 30). De attitude die de PMT-er dan aanneemt is complimenteaus, optimistisch, empathisch en uitnodigend (Smetsers, 2014, p. 30).

Ten slotte wordt de module afgesloten met een eindfase. Hierin staat de afronding en het nemen van afscheid van de therapeut en elkaar centraal. Tevens worden de cliënten positief bekrachtigd om de geleerde vaardigheden zelfstandig te gebruiken (Smetsers, 2014, p. 30). Binnen deze fase neemt de PMT-er een empathische, complimenteuzen, optimistische en gelijkwaardige attitude aan (Smetsers, 2014, p. 30).

7.5 Groep en/of individueel

De module is beschreven voor groepsbehandeling. Hierbij wordt een besloten groep aangeraden om de veiligheid te verhogen. Dit betekent dat cliënten gelijktijdig starten en gelijktijdig eindigen met de module. Bij de doelgroep waarvoor de module geschreven is, kan gewerkt worden met het thema contact (Smetsers, 2014, p. 26). Binnen de groep zullen de cliënten daarom soms 'met' elkaar en soms 'naast' elkaar aan thema's werken. De therapeut dient hierop aan te sturen en de communicatie te structureren.

De groep zal bestaan uit minimaal 3 tot maximaal 6 cliënten. Het is een heterogene groep waarbij sekse, leeftijd, diagnose, problematiek en fase van de behandeling geen rol spelen. Echter dienen de cliënten een SEO te hebben van 3 tot 7 jaar.

7.6 Opbouw sessies

Bij de doelgroep is structuur erg belangrijk. Hiermee wordt voorkomen dat de cliënten overstelpt worden met indrukken en ervaringen (Geet, 2013, p. 38). Daarom is besloten om de opbouw van de bijeenkomsten structureel hetzelfde te houden. De inleiding en de afsluiting zullen iedere week (vrijwel) gelijk zijn aan de vorige keren. De kern bevat wel wisselende werkvormen. Met behulp van belevingsgerichte werkvormen doet de cliënt succeservaring op en maakt hij contact met anderen, waardoor het zelfvertrouwen vergroot. Met behulp van lichaamsgerichte werkvormen leert de cliënt zich (op een basaal niveau) ontspannen.

Inleiding (10 minuten): In een kring welkom heten, materialen klaarzetten/leggen
Kern, deel 1 (12,5 minuten): Belevingsgerichte werkvorm
Kern, deel 2 (12,5 minuten): Lichaamsgerichte werkvorm
Afsluiting (10 minuten): Materialen opruimen, in een kring ervaringen (kort) wisselen, afsluiten

7.7 Huiswerk

Om de kwaliteit van bestaan te bevorderen zullen begeleidingsadviezen beschreven worden. Met behulp van deze begeleidingsadviezen kan de omgeving zich aanpassen waardoor de leermogelijkheden van de cliënt zoveel als mogelijk gestimuleerd worden (Warnez, 2002, p. 8). Met behulp van deze adviezen wordt de begeleiding en verzorging beter afgestemd op: de wensen, mogelijkheden en behoeften van de cliënt (Smetsers, 2014, p. ...).

8. Organisatie

- Sessies hebben een tijdsduur van drie kwartier;
- De sessies zullen minimaal eenmaal per week plaatsvinden;
- In totaal zullen er 12 sessies plaatsvinden. Dit betekent dat het behandelcontact 9 uur zal innemen.

9. Evaluatie

De module dient verder onderzocht te worden op effectiviteit (Smetsers, 2014, p. 43). Hiervoor wordt een effectiviteitonderzoek aangeraden. Dit betekent dat er gestandaardiseerde vragenlijsten ingevuld worden over de mogelijke veranderingen van de klachten (NVPMT, 1998, p. 11). Hierbij dient eveneens echter de kanttekening gemaakt te worden dat cliënten zelf niet in staat zijn om deze vragenlijsten in te vullen (Došen, 2011, pp. 58; Koreman, 2008, pp. 13-14; Smetsers, 2014, p. 21). Daarom wordt geadviseerd dat de PMT-er en/of een groepsbegeleider een observatielijst invult gedurende: de eerste sessie van de observatieperiode individueel, de laatste sessie van de observatieperiode individueel, de tweede sessie van de (groeps)module, de laatste sessie van de module en één maand na het afronden van de module. Hiermee zullen veranderingen zichtbaar gemaakt worden.

De vragenlijst die hiervoor gebruikt kan worden dient PMT gerelateerd te zijn. Hiervoor kan er eveneens een aangepast observatie-instrument gebruikt worden, zoals: de Qualidem (Ettema et al., 2005), de aangepaste PsyMot voor Licht Verstandelijk Beperkte Jongeren (Ritbergen & Coenen, 2010) of de GPMT-dem (Lauriks & Dröes, 2007).

10. Randvoorwaarden

10.1 Algemeen

De algemene voorwaarden gericht op de professionele waarden en normen van het beroep PMT, zijn beschreven in de basisberoepscode. Deze is te vinden in het 'Beroepsprofiel Psychomotorisch Therapeut' van de NVPMT (versie 1995).

10.2 Spel- en oefenmateriaal

De sessies zullen plaatsvinden in een gymzaal. De benodigdheden voor het aanbieden van werkvormen zullen veelal uit het materialenhok komen. Dröes (1997) raadt voldoende en variërend materiaal aan wat makkelijk hanteerbaar is. Daarnaast dient het uit te lokken tot bewegen en/of een middel te zijn om contact met anderen te leggen (p. 72). Bij de doelgroep wordt de voorkeur gegeven aan licht materiaal (Dröes, 1997, p. 72; Dasler, 1994, p. 105; Smetsers, 2014, p. 36). Het materiaal dat nodig is voor de aanbevolen werkvormen is uitgewerkt in bijlage 2.

Daarnaast worden, in verband met de mobiliteit van de cliëntenpopulatie, de volgende hulpmiddelen aangeraden (Geet, 2013, pp. 40-41; Smetsers, 2014, p. 36):

- Tillift;
- Sling/draagzak;
- Kussens/rollen om cliënten te ondersteunen.

10.3 (Sport)kleding/schoeisel/beschermingsmateriaal

- Gymschoenen geschikt voor binnen gebruik;
- Makkelijk en prettig zittende kleding waarin de cliënt zich gemakkelijk kan bewegen.

10.4 Audiovisuele hulpmiddelen

- Geluidsrecorder;
- CD met rustgevende ontspanningsmuziek;
- CD met (swingende) dansmuziek;
- Filmmateriaal.

10.5 Accommodatie

De ruimte dient rond de 50m² groot te zijn, met mogelijk een extra opbergplek om hulpmiddelen zoals rollators tijdelijk op te bergen (Smetsers, 2014, p. 36). In verband met de hoeveelheid prikkels, wordt een prikkelarme ruimte aanbevolen (Geet, 2013, p. 40; Smetsers, 2014, 36).

10.6 Personeel

De module zal gegeven worden door een PMT-er die voldoet aan het Beroepsprofiel Psychomotorische therapie (NVPMT, 2012). Mogelijk in samenwerking met een co-therapeut.

10.7 Tijdsinvestering

Intake:	2½ uur	(gemiddeld genomen bij een groep van 4 cliënten)
Sessies:	9 uur	(12 sessies van drie kwartier)
Verslag:	6 uur	(30 minuten na iedere sessie)
Overleg:	<u>3 uur</u>	

Totaal: 20½ uur.

10.8 Financiën

Cliënten worden gefinancierd vanuit de CIZ indicatie.

11. Valkuilen en oplossingen

Eén van de valkuilen waar de PMT-er tegenaan kan lopen, is dat de cliënt zich onveilig voelt. Veelal doordat de PMT-er niet voldoende afstemt op de grenzen van afstand en nabijheid (Monnink, 2009, p. 299; Weerman, 2006, p. 170). Geet (2013) beschrijft dat afstemming in afstand en nabijheid van belang is bij mensen met een verstandelijke beperking (p. 30). Doordat de doelgroep zichzelf niet zo goed in taal kan uitdrukken, is het risico groter dat de PMT-er over grenzen gaat (Došen, 2011, pp. 58; Koreman, 2008, pp. 13-14; Smetsers, 2014, p. 21). Om grensoverschrijdend gedrag zoveel als mogelijk in te kaderen, dient de PMT-er zichzelf bewust te zijn van de gevolgen die zijn gedrag teweeg kunnen brengen bij de cliënt. Tevens benoemt Geet (2013) dat het belangrijk is om, alvorens iemands persoonlijke ruimte te betreden, dit (verbaal) aan te kondigen (p. 31).

Meijer (persoonlijke mededeling, 20 maart 2014) geeft aan dat begeleiders geneigd zijn om motorische mogelijkheden bij de cliënten te onderschatten. Uit de praktijk blijkt dat een groot gedeelte van de specifieke doelgroep in staat is om zelfstandig over obstakels heen te stappen en/of een (zwaar) voorwerp te verplaatsen. Door de cliënten te stimuleren hun vaardigheden te gebruiken, zal dit een positief effect hebben op hun gehele gezondheid, zowel fysiek als mentaal (Geet, 2013, p. 8). Om deze valkuil te ondervangen is het belangrijk dat de PMT-er inzicht heeft in de mogelijkheden en onmogelijkheden op lichamelijk gebied. Hiervoor is tevens kennis nodig over de manier waarop cliënten vastgehouden dienen te worden, zodat cliënten (met beperkte hulp) hun motorische vaardigheden op peil kunnen houden. Dit inzicht is van belang omdat sommige cliënten een vergroot valrisico hebben.

Vanwege de verouderde leeftijd dient rekening gehouden te worden met uitval, bijvoorbeeld door ziekte of overlijden. Hier dient de PMT-er op in te spelen door werkvormen te variëren en aan te sluiten op de grootte van de groep die aanwezig is.

Literatuur

American Psychological Association. (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Nederlandse vertaling Harcourt Assessment BV.

Dasler, J. van. (1994). *Bewogen door beweging: Bewegingsagogie en bewegingstherapie in de psychogeriatric*. Nijkerk: Uitgeverij Intro.

Došen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Dröes, R.M. (1997). *Beweeg met ons mee!: Een activeringsprogramma in groepsverband voor dementerende mensen*. Utrecht: De tijdstroom.

Ettema, T., Lange, J. de, Dröes, R.M., Mellenbergh, D., & Ribbe, M. (2005). *Handleiding Qualidem*. Utrecht: Trimbos-instituut. Gedownload op 19 februari 2014, van <http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/news/newsitem/view.asp?objectID=562>

Geet, E. van. (Eindred.). (2013). *Bewegen en bewogen worden: Een praktisch leerboek voor iedereen die werkt met mensen met een Ernstige Meervoudige Beperking*. Bunnik: Stichting Onbeperkt Sportief.

Heck, G. L. van. (2006). Kwaliteit van leven: Conceptualisering, meting en toepassing. *Gedrag en gezondheid*, 34 (4), 140-143.

Hekking, P., & Fellingier, P. (2011). *Psychomotorische therapie: Een inleiding*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Ipsede Bruggen (z.d.). *Zorgaanbod: Diagnostiek en behandeling*. Geraadpleegd op 14 mei 2014, van <http://www.ipsedebruggen.nl/>

Koreman, F. (2008). Applied Behavior Analysis en Emerging Body Language. In S. van Veen-Graafstal MSc., C.M.A. Heijligers, Prof. Dr. A.M.T. Bosman (Red.), *Onderzoek naar de methodiek Emerging Body Language: Een eerste verkenning* (pp. 13-15). Boxtel: Radboud Universiteit Nijmegen.

Lauriks, S., & Dröes, R.M. (2007). Ontwikkeling van de Gedragsobservatieschaal Psychomotorische therapie voor demente ouderen (GPMT-dem): Betrouwbaarheid en criteriumvaliditeit. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38 (2), 79-90.

Maes, B., & Petry, K. (2006). Kwaliteit van Leven bij Personen met Verstandelijke Beperkingen. *Gedrag en gezondheid*, 34 (4), 192-201.

Mönnink, H. de. (2009). *De gereedschapskist van de maatschappelijk werker: cliëntgericht multimethodisch maatschappelijk werk* (3^e druk). Maarssen: Elsevier.

Moors, D. (2009). *Net als iedereen: Verhoging van de levenskwaliteit bij personen met een verstandelijke beperking door buurtactiviteiten* (verslag afstudeeropdracht). Gezondheidszorg en Chemie, Bachelor in de Ergotherapie, Campus Geel, Katholieke Hogeschool Kempen.

NVPMT. (1995). *Beroepsprofiel: Psychomotorisch therapeut*. Enschede: NVPMT.

NVPMT. (1998). *Handleiding Module-ontwikkeling voor Psychomotorische Therapie (Concept-versie)*. Reader Studiecentrum HAN. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Otten, I., & Luijck, L. (2001). PMT-behandelrichtlijnen voor ernstige Depressie 'Depressie in een bio-psycho-sociaal model'. *Tijdschrift voor psychomotorische therapie*, 7 (3), 4-12.

Pool, A., Mostert, H., & Schumacher, J. (2003). De kunst van het afstemmen: Belevingsgerichte zorg: theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept. Utrecht: NIZW Uitgeverij.

Roemen-Van Haaren, M. (2010). Anders denken en doen. In J. de Lange (Red.), *Psychomotorische therapie, lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz* (17-34). Amsterdam: Boom.

Ritbergen, B. van, & Coenen, M. (2010). *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de PsyMot bij Licht Verstandelijk Beperkte jongeren* (masterthese). Master Psychomotorische Therapie, Faculteit CALO, Hogeschool Windesheim, Zwolle.

Smetzers, M.C.A.M. (2014). *Het Bijzondere Normaal: Psychomotorische behandelmodule voor ouderen met een verstandelijke beperking* (bachelorthese). Creatieve Therapie: Psychomotorische Therapie, Faculteit Gedrag en Maatschappij, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), Nijmegen.

Teeuwen-Heintzberger, I. (2011). *Kwaliteit van bestaan, keuzemogelijkheden en gedragsproblemen bij mensen met een matige verstandelijke beperking* (verslag afstudeeropdracht). Master Orthopedagogiek, Universiteit Utrecht.

Verdoorn, P., & Vulpen, A. van. (2011). *Werken aan kwaliteit van bestaan: Bouwstenen voor inclusief ondersteunen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom Nelissen.

Veldhuis, M. (2006). Belevingsgerichte zorg op maat: Werken met een belevingsdiagnose. *Denkbeeld*, 18 (1), 19-23.

Visie Zuideinde 2. (2013). *Visie op wonen, Zuideinde 2*. Intern document binnen Ipse de Bruggen waarin de visie van de afdeling Zuideinde 2 beschreven staat. Ipse de Bruggen: Zuideinde 2, Zwammerdam.

Vloeberghs, E. & Bloemen, E. (2005). *Uit lijfsbehoud: Lichaamsgericht werken met vluchtelingen in de ggz*. Utrecht: Stichting Pharos.

Vries, J. de, & Roukema, A. (2011). *Kwaliteit van leven: Diverse perspectieven op het begrip kwaliteit van leven in de gezondheidszorg*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen en één cliënt: Theorie en toepassing voor de praktijk van SPH en MWD*. Soest: Uitgeverij Nelissen.

Zomerplaat, J. & Calis, W. (1998). *Ouderen met een verstandelijke handicap: verkenning van trends, knelpunten en mogelijkheden*. Utrecht: NIZW.

Bijlage 1: Tabel kwaliteit van bestaan

Domein	Uitleg ²	Indicatoren ³	Thema's PMT ⁴
1. Interpersoonlijke relaties	De relaties met vrienden, familie, zorgverleners en dergelijke. Hierbij gaat het om de verscheidenheid aan en frequentie van de contacten. Daarnaast is de betekenis van die contacten van belang: verwantschap, vriendschap, warmte en liefde, erbij horen, enz.	- Intimiteit - Genegenheid - Gezin - Interacties - Vriendschappen - Ondersteuning	- Contact maken - Vertrouwen - Samenwerken - Afstemmen - Communicatie - Lichamelijk contact - Afscheid - Afstand en nabijheid - Confrontatie - Hulpvaardigheid - Motiveren
2. Zelfbepaling	De mate waarin iemand persoonlijke invloed ervaart. Dit heeft te maken met de mate waarin iemand kan voorspellen en controleren wat er in zijn leven gebeurt. De zelfbepaling dient betrekking te hebben op aspecten in het leven die voor de persoon in kwestie belangrijk zijn.	- Autonomie - Keuzes - Beslissingen - Persoonlijke controle - Zelf richting geven - Persoonlijke doelen/waarden	- Keuzes maken - Zelfredzaamheid vergroten - Ervaren van eigen mogelijkheden - Initiatief nemen - Assertiviteit versterken - Grenzen - Eigenwaarde versterken
3. Emotioneel welbevinden	De hoeveelheid veiligheid en uitdaging die iemand geboden krijgt. Te veel uitdaging leidt tot stress, te weinig heeft verveling en zinledigheid tot gevolg. Het emotionele welbevinden is de gemoedstoestand van mensen.	- Veiligheid - Spiritualiteit - Geluk - Geen stress - Zelfbeeld - Tevredenheid	- Genieten in het hier en nu - Agressieregulatie - Gevoelens herkennen - Lichaamsbewustwording - Succeservaring - Eigenwaarde vergroten - Stresstolerantie - Angsten ondervinden - Plezier - Zelfvertrouwen
4. Sociale inclusie	De plaats die iemand inneemt binnen de samenleving of de kans die iemand heeft om deel te nemen aan de samenleving. Bijvoorbeeld: Waar staat iemands woning?	- Geaccepteerd worden - Status - Ondersteuning - Support - Werkomgeving - Integratie/participatie in de samenleving - Bijdragen leveren	- Besef eigen persoon - Omgang sociale regels - Omgang leeftijdsgenoten - Omgang personeel - Omgang systeem - Gebruikmaken van elkaars mogelijkheden
5. Persoonlijke ontwikkeling	Het ontwikkelen van zelfvertrouwen en zelfrespect, een	- Onderwijs - Vaardigheden	- Nieuwe ervaringen opdoen - Acceptatie ouder worden

² Bron: Bleeksma, M. (2001). *Begeleiding van oudere cliënten met een verstandelijke handicap*. Baarn: Uitgeverij H. Nelissen.

³ Bron: Verdoorn, P., & Vulpen, A. van. (2011). *Werken aan kwaliteit van bestaan: Bouwstenen voor inclusief ondersteunen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom Nelissen.

⁴ De dikgedrukte thema's zijn als meest bruikbaar beoordeeld binnen een enquête, ingevuld door PMT-ers (Smetsers, 2014)

	identiteit. Het verwerven van kennis en vaardigheden die men zelf betekenisvol acht. Maar ook de competenties om moeilijkheden het hoofd te bieden.	- Persoonlijke vervulling - Competenties - Zinnvolle activiteiten - Vooruitgang	- Geheugen - Herkennen situaties - Concentreren - Gebruikmaken van eigen mogelijkheden - Succeservaringen opdoen - Fantasie - Creativiteit - Taakbewustzijn
6. Fysiek welbevinden	Hieronder valt de gezondheid, de mate van ambulante, nachtrust, beweging, voeding, ontspanning en recreatie.	- Gezondheid - Voeding - Ontspanning - Mobiliteit - Gezondheidszorg - Vrije tijd - ADL-activiteiten	Conditie Ontspanning Omgaan met (angst voor) eigen invaliditeit Reactievermogen Motorische vaardigheden versterken voor dagelijkse handelingen Kracht Motoriek Alertheid Spraak Lichaamsbewustwording
7. Materieel welbevinden	Iemand's bezittingen en financiële armoede.	- Eigendom - Financiële zekerheid - Voeding - Werk - Bezittingen - Soc. economische status - Onderdak	Ruimtelijke oriëntatie Tijdsbesef Contact en omgang met materiaal Experimenteren met materiaal Verbanden leggen in omgeving Actief omgeving verkennen
8. Rechten	De rechten waar eenieder recht op heeft.	- Privacy - Stemrecht - Toegang - Gelijke behandeling - Eigendom hebben - Rechten en plichten - Burgerschap	Zingeving Veiligheid Privacy Respect

Bijlage 2: Uitwerking werkvormen

Werkvorm 1: **Ballonbadminton**

Uitleg activiteit:

De groep gaat met behulp van badmintonrackets een ballon naar elkaar overspelen. De manier waarop overgespeeld wordt kan geïntervenieerd worden (voorbeelden hiervan worden benoemd onder het kopje 'interventies').

Opstelling:

Staand in een kring.

Thema's:

- Plezier;
- Uitdagen;
- Ontdekken van mogelijkheden;
- Samenwerken;
- Ervaren van emoties.

Specifieke doelen:

- De cliënt maakt contact met andere deelnemers;
- De cliënt doet positieve ervaringen op;
- De cliënt beleeft plezier;
- De cliënt (her)ontdekt kwaliteiten en affiniteiten.

Domein kwaliteit van bestaan:

Persoonlijke ontwikkeling: Door het opdoen van (nieuwe) ervaringen tijdens de werkvorm kan een cliënt nieuwe vaardigheden aanleren wat het zelfvertrouwen zal bevorderen.

Interpersoonlijke relaties: Binnen de werkvorm wordt door middel van een voorwerp contact gemaakt met groepsgenoten. Zo worden de cliënten bijvoorbeeld uitgedaagd om af te stemmen op een ander.

Emotioneel welbevinden: Door het opdoen van positieve ervaringen en plezier, zal de gemoedstoestand en tevens het zelfvertrouwen bevorderen.

Fysiek welbevinden: Deze werkvorm doet een beroep op het in beweging komen waardoor een oproep gedaan wordt op onder andere reactievermogen, lenigheid en kracht. Daarnaast kan ontspanning ontstaan door de plezierervaring.

Interventies:

- Op stoelen zittend in een kring;
- Afwisselend staand of zittend (om en om) in een kring;
- Kriskras door de zaal i.p.v. in een kring;
- In twee rijen tegenover elkaar;
- In tweetallen één racket vasthouden.

Materiaal:

- Badmintonrackets, per persoon 1;
- Een duidelijk zichtbare, gekleurde ballon.

Materiaal interventies:

- Meer ballonnen tegelijkertijd;
- Lichte strandbal.

Aandachtspunten:

- Intervenier de oefening op een dusdanige manier, dat deze haalbaar wordt (voor iedereen).

Werkvorm 2: **Muziekspel**

Uitleg activiteit:

De cliënten dansen door de zaal. Zodra de muziek stopt, blijven de cliënten in de houding staan of zitten welke zij bij het beëindigen van de muziek aangenomen hadden. Degene die als eerste stilstaat wordt beloond met een groot compliment.

Opstelling:

Staand of zittend, kriskras verdeeld door de zaal.

Thema's:

- Succeservaring;
- Genieten in het hier en nu;
- Lichaamsbewustwording;
- Plezier;
- Concentratie;
- Reactievermogen.

Specifieke doelen:

- De cliënt beleeft plezier;
- De cliënt (her)ontdekt kwaliteiten en affiniteiten;
- De cliënt is zich meer bewust van zijn eigen lichaam(ssignalen).

Domein kwaliteit van bestaan:

Persoonlijke ontwikkeling: Binnen de werkvorm dient de cliënt zich te concentreren.

Wanneer dit lukt wordt hij beloond. Hierdoor zullen vaardigheden om te concentreren positief gestimuleerd worden.

Emotioneel welbevinden: Door succeservaringen tijdens de werkvorm zal het zelfvertrouwen van de cliënt bevorderd worden.

Fysiek welbevinden: Doordat cliënten een houding vast dienen te houden worden ze uitgedaagd om meer bewust te worden van hun lichaamshouding. Daarnaast is het een werkvorm met een bewegingsgericht karakter, wat positief is voor de conditie en motorische vaardigheden.

Interventies:

- Opstelling veranderen (in een kring of twee rijen tegenover elkaar);
- De therapeut(en) doen dansbewegingen voor, welke de cliënten nadoen;
- Bij het stoppen van de muziek een standaard houding aannemen;
- In tweetallen samen door de zaal dansen.

Materiaal:

- Stoelen, per persoon 1;
- Muziekinstallatie;
- CD met herkenbare dansliederen voor de cliënten (kinderliedjes/liedjes van vroeger).

Materiaal interventies:

- Andere muzieksoorten (rustig, onbekend);
- Met een lint dansen.

Aandachtspunten:

- Let er op dat de cliënten een positieve ervaring opdoen. Hierdoor is een wedstrijdvariant af te raden, omdat cliënten dan ook verlieservaringen opdoen.

Werkvorm 3: **Schommelen**

Uitleg activiteit:

De cliënt gaat op een schommel zitten of liggen. Deze schommel wordt door de therapeut in beweging gebracht. Dit kan heen en weer zijn, draaien of een combinatie. De cliënt geeft aan welke schommel hij het prettigste vindt (verbaal, of via mimiek en lichaamstaal).

Opstelling:

De cliënten liggen individueel in een schommel.

Thema's:

- Ontspanning;
- Genieten in het hier en nu;
- Nieuwe ervaringen opdoen;
- Mening geven;
- Hier en nu.

Specifieke doelen:

- De cliënt doet positieve ervaringen op;
- De cliënt beleeft plezier;
- De cliënt leert zich te ontspannen;
- De cliënt leert de eigen wensen en de eigen mening te uiten, bij een optiemogelijkheid tussen twee variabelen.

Domein kwaliteit van bestaan:

Zelfbepaling: Door de cliënt zelf te laten kiezen of hij gaat zitten of liggen, heeft hij meer inspraak, wat de eigenwaarde zal versterken. Ditzelfde geldt bij het kiezen van de schommel.

Emotioneel welbevinden: Door de oefening kan een ontspannen gevoel gecreëerd worden, wat positief zal zijn voor de gemoedstoestand van de cliënten.

Fysiek welbevinden: De ontspanning en mogelijk het plezier dat ervaren wordt zal het fysieke welbevinden positief beïnvloeden.

Interventies:

- Cliënt laten bepalen of hij wil zitten of liggen op de schommel;
- Cliënt laten bepalen op welke schommel hij wil (optiemogelijkheid afstemmen op mogelijkheden cliënt);
- Variëren in snelheid en hoogte;
- Een bal gooien terwijl iemand op een schommel ligt;
- Meerdere cliënten tegelijkertijd in één familieschommel;
- De cliënt(en) onder een deken leggen.

Materiaal:

- Verschillende typen schommels;
- Verschillende ballen;
- Dekens, per cliënt 1.

Aandachtspunten:

- Indien mogelijk aan de deelnemer vragen hoe hoog hij of zij wil of inschatten op basis van mimiek en lichaamstaal (Geet, 2013, p. 51);
- Niet te hoog schommelen bij deelnemers met weinig balans (Geet, 2013, p. 51);
- De cliënt kan ook passief zitten op de schommel als hij (nog) niet actief durft te schommelen (Geet, 2013, p. 51).

Werkvorm 4: **Massage met bal**

Uitleg activiteit:

Iedereen krijgt een tennisbal en zit op een stoel. Vervolgens rolt ieder bij zichzelf met de tennisbal over het eigen lichaam. De therapeut doet dit voor en de cliënten doen hem na.

Opstelling:

In een kring zittend op een stoel.

Thema's:

- Lichaamsbewustwording;
- Ontspanning;
- Genieten in het hier en nu;
- Nadoen van bewegingshandelingen;
- Taakbewustzijn.

Specifiek(e) doel(en):

- De cliënt is zich meer bewust van zijn eigen lichaam(ssignalen);
- De cliënt leert zich te ontspannen;
- De cliënt maakt contact met de therapeut.

Domein kwaliteit van bestaan:

Emotioneel welbevinden: Door de oefening kan een ontspannen gevoel gecreëerd worden, wat positief zal zijn voor de gemoedstoestand van de cliënten.

Fysiek welbevinden: De cliënt wordt zich bewust van zijn lichaamsdelen.

Interventies:

- Als therapeut een lichaamsdeel benoemen waar cliënten de bal over rollen;
- Als therapeut bij een cliënt uitvoeren;
- Bij elkaar de bal over het lichaam rollen.

Materiaal:

- Stoelen, per persoon 1;
- Tennisballen, per persoon 1.

Materiaal interventies:

- Variëren in ballen;
- Zonder materiaal.

Aandachtspunten:

- Creëer een veilige, ontspannen sfeer;
- Zorg ervoor dat de sensuele gebieden van de deelnemer niet aangeraakt worden.

Werkvorm 5: **Contact-bal**

Uitleg activiteit:

Door middel van een bal wordt contact gemaakt met overige cliënten binnen de groep.

Opstelling:

Zittend in een kring.

Thema's:

- Contact maken;
- Afstemmen;
- Ervaren van mogelijkheden;
- Plezier;
- Afstand/Nabijheid;
- Reactievermogen;
- Keuzes maken.

Specifiek(e) doel(en):

- De cliënt maakt contact met andere deelnemers;

- De cliënt doet positieve ervaringen op;
- De cliënt beleeft plezier;
- De cliënt (her)ontdekt kwaliteiten en affiniteiten;
- De cliënt leert de eigen wensen en de eigen mening te uiten, bij een optiemogelijkheid tussen twee variabelen.

Domein kwaliteit van bestaan:

Persoonlijke ontwikkeling: De cliënt benut vaardigheden waar deze werkvorm een oproep naar doet, zoals concentratie, geheugen, succeservaringen en inschatten van mogelijkheden.

Zelfbepaling: Door de cliënten de bal te laten kiezen en te laten kiezen naar wie ze de bal gooien, hebben zij meer autonomie en kunnen zij zelf richting geven aan de werkvorm.

Interpersoonlijke relaties: De cliënten leren vaardigheden om contact te maken, af te stemmen en hoe ze kunnen communiceren binnen een groep.

Fysiek welbevinden: Binnen deze werkvorm wordt een beroep gedaan op fysieke vaardigheden zoals kracht, reactievermogen, alertheid en motoriek.

Interventies:

- Variëren in afstanden;
- Groep laten kiezen welke bal;
- Naam groepslid noemen alvorens te gooien;
- Kenmerk groepslid noemen alvorens te gooien;
- I.p.v. gooien, de bal doorgeven;
- Alleen non-verbaal contact maken;
- Staand in een kring de bal gooien;
- Rollen, hoog door de lucht gooien of met een stuit overspelen;
- Voetballend overspelen.

Materiaal:

- Verschillende ballen;
- Stoelen, per persoon 1.

Materiaal interventies:

- Meer ballen tegelijkertijd.

Aandachtspunten:

- Zorg ervoor dat de afstand zo geïntervenieerd is dat de cliënten een succeservaring kunnen opdoen;
- Houd rekening met de veiligheid en begrensd daarom cliënten op tijd wanneer de veiligheid in gevraag gebracht wordt;
- Let er op dat de bal die gebruikt wordt niet te hard is, anders kunnen cliënten zich bezeren (Geet, 2013, p. 79).

Werkvorm 6: **Mikspel**

Uitleg activiteit:

De cliënten gooien onder- of bovenhands pittenzakjes richting gekleurde doekjes die in het wandrek hangen. Als de doekjes succesvol geraakt zijn, dan vallen deze van het wandrek af. De pittenzakjes worden één voor één gegooid door de cliënten (Geet, 2013, p. 76). Wanneer alle doekjes van het wandrek afgevallen zijn, wordt de groep als geheel gecompimenteerd met hun succeservaring.

Opstelling:

De cliënten staan op een zodanige afstand van het wandrek dat deze succesvol de doekjes kunnen raken.

Thema's:

- Ervaren van eigen mogelijkheden;
- Nieuwe ervaringen opdoen;
- Plezier;
- Kracht;
- Motorische handelingen verbeteren;
- Succeservaring.

Specifiek(e) doel(en):

- De cliënt doet positieve ervaringen op;
- De cliënt (her)ontdekt kwaliteiten en affiniteiten.

Domein kwaliteit van bestaan:

Persoonlijke ontwikkeling: Binnen de werkvorm wordt een beroep gedaan op vaardigheden zoals onder andere: concentratie, inschatting en taakbewustzijn. Door deze vaardigheden te gebruiken ontwikkelen deze. Hierdoor zal bij het behalen van de opdracht het zelfvertrouwen en/of het zelfrespect toenemen.

Emotioneel welbevinden: De succeservaring zal ertoe leiden dat het zelfvertrouwen vergroot wordt en de gemoedstoestand positief bevorderd wordt.

Fysiek welbevinden: Binnen de werkvorm wordt een beroep gedaan op fysieke vaardigheden zoals: kracht, motoriek en lichaamsbewustzijn. Door deze lichaamsvaardigheden te versterken, is de cliënt beter in staat om alledaagse handelingen (zelfstandig) uit te voeren.

Interventies:

- Variëren in afstand;
- Zittend vanaf een bank of (zit)blok;
- Met een stopwatch timen hoe (snel!) de groep de doekjes ervan afgooit;
- De doekjes variëren van hoogte in het wandrek.

Materiaal:

- Pittenzakjes, per persoon minimaal 3;
- Wandrek;
- Lichte doekjes, minimaal 8;
- Stopwatch;
- Bank of zitblokken.

Materiaal interventies:

- I.p.v. pittenzakjes ander materiaal gebruiken;
- Er kunnen hoepels gebruikt worden als plek om vanuit te gooien.

Aandachtspunten:

- Stem per cliënt de afstand af, zodat er een succeservaring ontstaat.

Werkvorm 7: **Touwtrekken**

Uitleg activiteit:

De groep wordt verdeeld in twee (gelijke) groepen. Op de grond is met tape een streep geplakt in het midden van het touw. Elke groep pakt een uiteinde van het touw vast en probeert de andere groep over het midden te trekken.

N.b.: Bij het kopje 'interventies' staan interventies beschreven om de groep als geheel een succeservaring te laten ervaren.

Opstelling:

De helft van de groep aan het ene touwuiteinde en de andere helft aan het andere touwuiteinde.

Thema's:

- Kracht;
- Samenwerking;
- Plezier;
- Succeservaring;
- Ervaren van eigen mogelijkheden;
- Concentreren.

Specifiek(e) doel(en):

- De cliënt maakt contact met de therapeut;
- De cliënt maakt contact met andere deelnemers;
- De cliënt doet positieve ervaringen op;
- De cliënt beleeft plezier;
- De cliënt is zich meer bewust van zijn eigen lichaam(ssignalen).

Domein kwaliteit van bestaan:

Persoonlijke ontwikkeling: Binnen de werkvorm wordt een beroep gedaan op vaardigheden zoals onder andere: concentratie, inschatting en taakbewustzijn. Door deze vaardigheden te gebruiken ontwikkelen deze. Hierdoor zal bij het behalen van de opdracht het zelfvertrouwen en/of het zelfrespect toenemen.

Emotioneel welbevinden: De succeservaring zal ertoe leiden dat het zelfvertrouwen vergroot en de gemoedstoestand positief bevorderd wordt.

Fysiek welbevinden: Binnen de werkvorm wordt een beroep gedaan op fysieke vaardigheden zoals: kracht, motoriek en lichaamsbewustzijn. Door deze lichaamsvaardigheden te versterken is de cliënt beter in staat om alledaagse handelingen (zelfstandig) uit te voeren.

Interventies:

- De cliënten met zijn allen samen tegen de therapeut (en co-therapeut);
- In plaats van mensen, een voorwerp met de groep verplaatsen. Bijvoorbeeld een kast (die niet op de rem staat).

Materiaal:

- Tape;
- Stevig (niet te zwaar) touw;
- Kast.

Materiaal interventies:

- /

Aandachtspunten:

- Wanneer cliënten in een rolstoel zitten, dient de werkvorm geïntervenieerd te worden zodat ook zij deel kunnen nemen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door in beide teams cliënten in een rolstoel te laten zitten;
- Houd rekening met de veiligheid. Deze werkvorm is niet voor alle cliënten geïndiceerd. Voornamelijk voor cliënten met een vergroot valrisico wordt deze werkvorm afgeraden;
- Ook bij de interventie om met de groep een voorwerp te verplaatsen dient rekening gehouden te worden dat de kast niet vast staat waardoor deze door kan rollen. Hier dient de PMT-er zeer alert op te zijn en gevaar zoveel als mogelijk te voorkomen.