

De bekendheid van psychomotorische therapie binnen de GGZ-instelling.



Student: Berdien Welling.
Begeleider: Annelee Mataheru.
Beoordelaar: Lia van der Maas.
School: Christelijke Hogeschool Windesheim.
Datum: 07-05-2014

Dialoog:

“Wat voor opleiding doe je?”

*“Oké, hier komt het, zet je schrap: Psychomotorische therapie!”
(stiekem weet ik al dat ik dit moet gaan uitleggen.)*

“Wat? Uhm, dat ken ik niet. Laat me even na denken.

iets psychologisch, iets motorisch en iets met therapie. Juist! Nee, geen idee, leg het mij maar uit.”

Dit gebeurt in ieder geval één keer per week als het niet vaker is. Elke keer leg ik aan mensen om mij heen uit welke opleiding ik volg en waar ik later wil gaan werken. Elke keer doe ik dit vol enthousiasme voor mijn beroep. Mijn motto is daarom ook geworden:

“Iedereen zal en moet weten wat psychomotorische therapie is en wat het inhoudt.”

In de eindfase van mijn MBO-opleiding (sociaal agogisch werk) kwam ik er achter dat psychomotorische therapie en bewegingsagogie mij een interessante opleiding leek. De docenten waren compleet verrast van het bestaan van de opleiding. Ze hadden hier nog nooit van gehoord. Tijdens mijn minor GGZ-agoog in Breda kwam ik samen met mijn mede studiegenoot Diederick Kelderman binnen in een zaal met 80 eindejaars sociaal pedagogische hulpverleners. Ze keken ons met grote ogen aan en hun mond viel open. “Van welke opleiding komen jullie? Wat houdt het in?” Geen van de 80 studenten wist van deze opleiding. Slechts een aantal docenten wist van het bestaan maar daar hield het verder mee op.

Verbazingwekkend dat verschillende opleidingen geen kennis delen over het vakgebied psychomotorische therapie en bewegingsagogiek, terwijl de kans groot is dat een toekomstige hulpverlener in aanraking komt met deze therapie. Patiënten komen bij een psychomotorisch therapeut in therapie en de hulpverlener weet niet wat de patiënt hier daadwerkelijk doet of hoe de transfer gelegd kan worden naar het dagelijkse leven.

Mijn eindstage vond plaats binnen de instelling Lentis (Geestelijke Gezondheidszorg Instelling (GGZ-instelling) bij verschillende afdelingen. Jonx Winschoten (kinder- en jeugdpsychiatrie, ambulante afdeling), Linis Winschoten (volwassen, klinische afdeling) en Welnis Stadskanaal (volwassen, ambulante afdeling). Elke keer werd ik nieuwsgierig of ze binnen de instelling wel weten wat psychomotorische therapie precies inhoudt.

Ik begon gemotiveerd en had ideeën over hoe ik aan mijn onderzoek ging werken. Dit heb ik allemaal gedaan zoals in eerste instantie bedacht. Hoewel ik het proces niet altijd als even makkelijk heb ervaren, is het naar tevredenheid allemaal goed gekomen. Mijn gedrevenheid, doorzettingsvermogen en de motivatie om dit af te ronden hebben er voor gezorgd dat hier een stuk ligt waar ik super trots op ben.

Graag wil ik van de gelegenheid gebruik maken om nog een aantal mensen te bedanken. Allereerst Annelee Mataheru voor de goede begeleiding. Je motiveerde me op de momenten waarop ik dit hard nodig had en voorzag me van goede feedback waardoor ik weer verder kon met mijn scriptie. Ten tweede de verschillende afdelingen en teams waarmee ik heb mogen samenwerken tijdens mijn eindstage en die mij voorzien hebben van de ingevulde vragenlijsten. Mijn twee stage begeleidsters, Marja de Haan en Ingrid Schomaker- Specken voor de ideeën, inzichten, peptalk gesprekken en de mogelijkheden om aan mijn scriptie te mogen werken tijdens mijn stage. Degene die mijn scriptie op het taal technische stuk hebben geholpen. En als laatste de mensen om mij heen, die mij hebben gesteund tijdens deze periode. Hartelijk bedankt allemaal!



SAMENVATTING

In de huidige vorm van deze zorgmaatschappij is het van belang om je als psychomotorisch therapeut staande te houden binnen een multidisciplinair team, binnen de instelling, binnen de zorg en binnen de Nederlandse samenleving.

De Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) is de overkoepelende organisatie van de Nederlandse Verenigingen voor beeldende therapie, drama therapie, muziek therapie en psychomotorische therapie (FVB, profiel van vaktherapeutische beroepen, 2008). De FVB maakt zich zorgen over de vaktherapieën aangezien ze voortdurend onder druk staan. Door alle organisatorische veranderingen, bekostigingsveranderingen en bezuinigingen moeten verschillende vaktherapeutische disciplines binnen een multidisciplinair team voortdurend een strijd voeren om hun bestaan (FVB, Meerjarenbeleidsplan, 2010).

Dit onderzoek met als onderwerp bekendheid van psychomotorische therapie binnen de GGZ-instelling Lentis wordt de nadruk gelegd op de vragen: weten verschillende disciplines binnen het multidisciplinair team wat de vakdiscipline, psychomotorische therapie inhoudt? En wat is de samenhang tussen de bekendheid en de doorverwijzing naar psychomotorische therapie of de positie van de psychomotorisch therapeut?

Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de bestaande en ontbrekende kennis van psychomotorische therapie binnen de verschillende disciplines en afdelingen van de GGZ-instelling Lentis. Dit wordt gedaan door middel van vragenlijsten die afgenomen zijn in de organisatie. Van de 105 benaderde disciplines hebben 46 daadwerkelijk deelgenomen aan het onderzoek. Hierbij is gebleken dat alle ondervraagden kunnen verwoorden wat psychomotorische therapie inhoudt, maar de daadwerkelijke kennis wat er in de therapie gebeurt nog onduidelijk is.



INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	1
SAMENVATTING	3
INHOUDSOPGAVE	4
INLEIDING	5
AANLEIDING	5
PROBLEEMSTELLING	6
DOELSTELLING	7
VRAAGSTELLING	8
METHODE	8
ONDERZOEKSINSTRUMENT	8
ONDERZOEKSDESGIN	9
ONDERZOEKSPOPULATIE	9
DATAVERWERKING	9
RESULTATEN	10
DISCUSSIE	16
CONCLUSIE	18
AANBEVELINGEN	19
LITERATUURLIJST	20
BIJLAGE 1	21
VRAGENLIJST	21



INLEIDING

AANLEIDING

Aan de hand van gesprekken met de psychomotorische therapeuten en de nieuwsgierigheid van de onderzoeker is het volgende onderwerp naar voren gekomen: *de bekendheid van psychomotorische therapie binnen de GGZ instelling Lentis*. Opvallend is dat de bekendheid van psychomotorische therapie binnen de instelling bij de afdelingen Jonx, Linis en Welnis beperkt is. Door op onderzoek uit te gaan en verschillende disciplines te benaderen, bleek dat men weinig wist over het vakgebied psychomotorische therapie, terwijl psychomotorische therapie als één van de vaktherapeutische disciplines binnen het multidisciplinaire team functioneert.

Een multidisciplinair team is een groep mensen die ieder vanuit hun eigen deskundigheid, maar steeds in onderlinge samenspraak en samenhang, vanuit de gemeenschappelijk gekozen en aanvaarde behandelingsfilosofie het gestelde behandelingsdoel nastreven. Een multidisciplinair team bestaat uit een team van specialisten om iemand (patiënt) te begeleiden en te behandelen. De samenstelling van een multidisciplinair team verschilt per instelling. Een multidisciplinair team kan bestaan uit: psychiaters, gezondheidspsychologen psychotherapeuten, verpleegkundigen, beeldend-creatief therapeuten, ergotherapeuten, psychomotorische therapeuten, fysiotherapeuten, sociaal pedagogische medewerkers, etc (Nevid, Rathus & Greene, 2008). Werken in een team betekent ook werken aan onderlinge relaties. Het betekent dat medewerkers bereid moeten zijn tot open communicatie. Samenwerken in een team betekent regelmatig overleg tussen teamleden. Bij deze multidisciplinaire besprekingen moeten alle teamleden die bij de behandeling betrokken zijn zoveel mogelijk aanwezig zijn (Janzing & Kerstens, 2012). Het Statuut Zorgprofessionals Lentis geeft aan dat het gaat om een multidisciplinair karakter van de zorg die aangeboden wordt. Waarin het een geheel is van activiteiten in het kader van preventies, diagnostiek, behandeling en begeleiding en/of verpleging, waaronder het inzetten van methodische (multidisciplinair) deskundigheid met als doel gezondheidsproblemen te voorkomen, dan wel streven naar herstel/genezing (Bruinsma, 2013).

Een psychomotorisch therapeut participeert in multi- of interdisciplinaire overlegvormen ten behoeve van de patiënt. Binnen de GGZ vindt vandaag de dag overwegend multidisciplinair overleg plaats, waarvan psychomotorische therapie deel kan uitmaken (Vandensande, 2013). Binnen het multidisciplinaire overleg moet er voldoende tijd worden vrijgemaakt om te kijken wat voor patiënt men voor zich heeft. Hierbij wordt er met elkaar gekeken hoe het behandelplan van de patiënt wordt opgesteld. Psychiatrische behandelingen bieden verbale therapieën en ook non-verbale therapieën (Janzing & Kerstens, 2012). Het voordeel van een multidisciplinaire benadering is dat er steeds voor ieder wat wils is. Sommige patiënten zullen zich meer kunnen vinden in de verbale therapievormen, andere voelen zich beter bij een non-verbale werkwijze (Vandensande, 2013).

De psychomotorisch therapeut streeft naar het opbouwen of in stand houden van een goede samenwerking met collega's en andere disciplines. Zij zijn werkzaam op het terrein van de hulpverlening, onder andere door het verstrekken van relevante, verantwoorde informatie, door een respectvolle en hulpvaardige attitude naar collega's en afstemming van werkwijze (FVB, beroepscode, 2010). De psychomotorisch therapeut levert zowel mondeling als schriftelijk of digitaal een bijdrage aan een meer omvattend behandelplan, waarbij de psychomotorisch therapeut een onderdeel is van de totale behandeling. De psychomotorisch therapeut verzorgt informatie over het behandel aanbod en de aanmeldprocedure voor verwijzers en eventueel het multidisciplinair behandelteam. De bijdrage kan zowel betrekking hebben op de diagnostische fase, het verloop van de therapie of op de evaluatie van de behandeling (FVB, 2008).

Er is eerder onderzoek gedaan naar de bekendheid van psychomotorische therapie onder huisartsen en eerstelijns fysiotherapeuten. Er is nog geen onderzoek gedaan naar de bekendheid van psychomotorische therapie binnen een GGZ-instelling. Hieronder kort de conclusies uit eerdere onderzoeken naar de bekendheid van psychomotorische therapie.



Bakker (2011) heeft onderzoek gedaan naar de bekendheid van psychomotorische therapie onder huisartsen. Conclusie van het onderzoek is dat 29 van de 36 benaderde huisartsen hun patiënten met psychische hulpvraag niet doorsturen naar een vrijgevestigde psychomotorisch therapeut. Van de 36 benaderde huisartsen zijn er 19 niet bekend met deze vaktherapie. Het doel van het onderzoek was om psychomotorische therapie meer op de kaart te zetten. Dit is gelukt, want uit de resultaten blijkt dat er 21 huisartsen belangstelling hadden naar meer informatie over deze vaktherapie. Eén van haar aanbevelingen is dat er meer aan marketing voor psychomotorische therapie wordt gedaan door reclame, studies en campagnes.

Langeveld (2013) heeft onderzoek gedaan naar de kennis en bekendheid van psychomotorische therapie bij 8 eerstelijns fysiotherapeuten. Conclusie van het onderzoek is dat 8 ondervraagde fysiotherapeuten aangegeven hebben dat de samenwerking met een psychomotorisch therapeut een toevoeging kan zijn in de eerstelijns fysiotherapiepraktijk, ondanks dat 5 van de 8 niet bekend waren met psychomotorische therapie. Er geven 6 fysiotherapeuten aan zelf te weinig kennis te hebben voor het behandelen van patiënten met psychische problemen. Eén van haar aanbevelingen is dat fysiotherapeuten beter geïnformeerd worden over de inhoud van psychomotorische therapie zodat ze betere beslissingen kunnen nemen bij het doorverwijzen van patiënten.

Uit de hierboven genoemde onderzoeken blijkt dat de aanbevelingen gericht zijn op meer bekendheid van psychomotorische therapie. Huisartsen en fysiotherapeuten willen meer weten over de inhoud van het vak. Psychomotorische therapie als vakgebied staat binnen een GGZ-instelling dichtbij de andere disciplines doordat ze binnen een multidisciplinair team functioneren.

PROBLEEMSTELLING

Uit het onderzoek van Bakker (2011) en Langeveld (2013) blijkt de bekendheid van psychomotorische therapie bij huisartsen en fysiotherapeuten beperkt te zijn. Het probleem wijst erop dat er ook weinig bekendheid is onder de verschillende disciplines bij de GGZ-instelling Lentis. Dit probleem komt naar voren door een drietal situaties, die hieronder zijn geschetst vanuit de afdelingen Jonx, Linis en Welnis.

De ondervraagden zijn van mening dat psychomotorische therapie bijdraagt aan het meer in beweging komen van patiënten. “Jullie sporten en bewegen toch zoveel?”, wordt vaak tegen psychomotorische therapeuten gezegd. Maar psychomotorische therapie omvat veel meer dan bewegen en sporten. Psychomotorische therapie is een ervaringsgerichte therapievorm, waarbij de therapeut de situatie zo arrangeert dat de patiënt specifieke ervaringen kan opdoen. Binnen deze ervaringsgerichte therapie passen ook conflictgerichte en oefengerichte benaderingen. De essentie is echter de ervaring: er wordt ter plekke iets gedaan en dit is de basis voor het verder beïnvloeden van gedrag, gedachten en gevoelens (Emck, 2001).

De doorverwijzing die de psychomotorisch therapeut krijgt van de hoofdbehandelaar is doorgaans kort en bondig en het is vaak een algemene doorverwijzing in plaats van een doorverwijzing gericht op de psychomotorische therapie. De oorzaak hiervan kan duiden op een gebrek aan kennis over psychomotorische therapie.

De psychomotorisch therapeut rapporteert aan de patiënt, verwijzer en (eventueel) het behandelteam over het psychomotorischbehandelplan en over het verloop van de behandeling (FVB, 2008). Binnen de GGZ-instelling Lentis wordt er gewerkt met een elektronisch patiënten dossier. De ondervraagden zijn van mening dat men de rapportage van de psychomotorisch therapeut wel lezen maar vervolgens geen actie ondernemen richting de patiënten. Als de disciplines door het lezen van de rapportage weten wat er in de therapie gebeurt, kunnen zij met de juiste kennis een transfer/koppeling maken naar het dagelijkse leven van de patiënt en levert dit de patiënt meer op. Om beter en gericht door te verwijzen en de transfer te maken naar het dagelijkse leven is het nodig om inzicht te krijgen in de kennis die de verschillende disciplines in huis hebben over psychomotorische therapie.



DOELSTELLING

Dit onderzoek draagt bij aan het leveren van bekendheid van psychomotorische therapie binnen de GGZ instelling/disciplines Lentis.

De kracht van psychomotorische therapie is dat zij bij alle ziektebeelden die in de volwassen psychiatrie kunnen voorkomen psychologisch, lichamelijk en motorische effecten kan sorteren. Daarbij komen de emotionele, cognitieve en sociale aspecten van gedrag aan de orde. Door stil te staan bij, en betekenis te verlenen aan ervaringen kan de psychomotorisch therapeut nieuwe inzichten en alternatief gedrag bieden aan de patiënt. Naast dat het de kracht is in de volwassen psychiatrie representeert psychomotorische therapie in eerste instantie voor de meeste jongeren als plezier, gezondheid, spelen en sparren. Het gegeven dat de therapeut, behalve volwassen en autoriteit, ook een speelgenoot en sparringpartner kan zijn, geeft hem een speciale positie ten opzicht van de jongere. In die positie zijn de kansen om positief te beïnvloeden optimaal. Transfer naar de levenscontext is tamelijk eenvoudig te realiseren door broer, zus, ouders en vriendjes uit te nodigen om ook eens mee te komen doen (Hekking & Fellingner, 2011). Dit wordt ondersteund door Welling (2013) in een artikel over psychomotorische therapie. Zij beschrijft dat in de tijd waarin steeds minder geld is voor zorg, is het nodig dat therapie snel en effectief is. Psychomotorische therapie kan hieraan voldoen. Doordat patiënten bewegen, wordt meteen zichtbaar wat er aan de hand is. Ze kunnen zich niet verschuilen achter woorden. Patiënten krijgen inzicht in hun klachten en krachten. In het leven moeten ze het uiteindelijk (anders) gaan doen. Psychomotorische therapie zorgt ervoor dat patiënten kunnen oefenen in een veilige setting en dat ze het nieuwe gedrag eigen maken. Psychomotorische therapie is echt “de” therapie anno nu.

Naast de bijdrage aan de bekendheid van psychomotorische therapie, wordt ook inzichtelijk hoe de positie is van een psychomotorisch therapeut binnen het multidisciplinair team. Dat de positie van een psychomotorisch therapeut hierin belangrijk is, wordt duidelijk in een artikel over het advies voor vaktherapeuten bij dreigend banenverlies. Hierin wordt aangegeven dat het van belang is om te zorgen voor een sterke positie binnen de instelling. Daarom is gedegen profilering belangrijk. Een duidelijk verhaal over de toegevoegde waarde en waarom het vak binnen de instelling onmisbaar is, is noodzakelijk (Stoffels & Roelfs-Batelaan, 2012).

Niet alleen in het artikel maar ook in het beleidsplan en het jaarverslag van FVB wordt wederom duidelijk dat vaktherapie voortdurend onder druk staat. Er moet meer prioriteit komen te liggen bij het bekend maken van vaktherapie en het opkomen voor een goede positie van vaktherapeuten. Door tal van organisatorische veranderingen, bekostigingsveranderingen en bezuinigingen moeten de verschillende vaktherapeutische disciplines een voortdurende strijd voeren om hun bestaan (FVB, 2010). FVB maakt zich sterk voor een goede positionering van vaktherapie binnen de verschillende werkvelden. Zij expliciteert de waarde van verschillende vormen van vaktherapie en maakt die in heldere bewoording duidelijk aan andere professionals, patiënten, werkgevers, overheid en zorgverzekeraars (FVB, Jaarverslag, 2011). Er moet aandacht gegeven worden aan de betekenis van de term vaktherapie en vaktherapeut. Het in de markt zetten van de vaktherapeut als ‘merk/product’ (FVB, 2010). Het betreft hier om de algemene term vaktherapie maar in dit onderzoek gaat het specifiek om de vaktherapie psychomotorische therapie.

Volgens Verhoeven (2014), die een aantal jaren geleden de workshop ‘Profileer, Profiteer’ heeft gegeven, zijn er een aantal belangrijke punten voor een psychomotorisch therapeut om zich te profileren. Er moet een kort, bondig en helder verhaal zijn. De taal spreken en aansluiten bij de doelgroep. Geregeld overleggen en uitspreken van visies binnen het multidisciplinaire team en binnen het vaktherapeutische team is van belang. Open zijn over de kwaliteiten die een psychomotorisch therapeut bezit is belangrijk. Wat te bieden, wat is het effect en welke doelstellingen kan een psychomotorisch therapeut bereiken met patiënten. Dit wordt ondersteund door Zwart (2013) die ook in haar workshop ‘Profileren voor vaktherapeuten’ het belang van profileren als vaktherapeut onderstreept. Bohncke (2014) geeft in haar workshop ‘Ondernemen’ een paar adviezen over profileren zoals: personal branding, netwerken en ondernemen. Kwakman (2004) benoemt in zijn boek ‘Personal Branding’ waarom het van belang is. Het is een proces waarin een professional zichtbaar maakt waarin de professional uniek en onderscheidend is in zijn of haar markt.



Het resultaat van gedreven met het vak bezig zijn is het ontdekken waarin de professional in de relatie met klanten goed in is en het onderscheidt maken van collega-professionals. Voorbeelden van personal branding zijn: inzichtelijk maken van vakinhoudelijk kennis en vaardigheden, ontwikkeling van markten en diensten, relatie beheer, netwerken en projectwerk. Jansen (2013) geeft weer in zijn artikel dat de grenzen in de praktijk vervagen en dat men verschillende achtergronden het zelfde werk doet. In een multidisciplinair team is niet meer de functie leidend voor wat de discipline doet maar de competenties die ingebracht worden in het team. Kortom: vaktherapie zou er goed aan doen deze trends te omarmen in plaats van ze te negeren. In een tijd op het 'pure' vak van vaktherapeut in het werkveld van GGZ ernstig bezuinigd wordt, is het ook een meer gezamenlijke plicht van het beroep en de opleidingen om studenten te wijzen op alternatieven waarmee deze competenties van hun mooie vak voor de samenleving kunnen inzetten.

VRAAGSTELLING

Wat is de samenhang tussen de kennis van verschillende disciplines binnen de GGZ instelling Lentis over psychomotorische therapie en de doorverwijzingen naar psychomotorische therapie?

Deelvragen:

1. Welke disciplines gebruiken de transfer van de psychomotorische therapie?
2. Wat is het verschil tussen verschillende afdelingen (Jonx, Welnis en Linis) binnen Lentis?
3. Hoe werken ze op de verschillende afdelingen (Jonx, Welnis en Linis) als multidisciplinair team?
4. Welke disciplines verwijzen door naar psychomotorische therapie?

METHODE

Dit onderzoek is gedaan middels een beschrijvend, kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Met behulp van een vragenlijst zijn er data en informatie verzameld vanuit verschillende disciplines en afdelingen. Het betreffen disciplines en afdelingen die allemaal nauw zijn betrokken bij de behandelingen van patiënten binnen Lentis. Zij leveren informatie over de bestaande kennis van psychomotorische therapie. Alle afdelingen werken samen met een psychomotorisch therapeut.

Beschrijvend onderzoek: door middel van dit onderzoek inzicht krijgen en in kaart brengen van de kennis die verschillende disciplines hebben op het vakgebied psychomotorische therapie.

Kwalitatief onderzoek: door middel van een vragenlijst af te nemen met open vragen wordt er informatie verkregen. Deze informatie wordt verwerkt in een bestand en geanalyseerd door middel van coderingsonderwerpen. De coderingsonderwerpen worden weergegeven in tabellen.

Kwantitatief onderzoek: door middel van een vragenlijst af te nemen met gesloten en meerkeuze vragen worden de resultaten in absolute getallen weergegeven in tabellen en figuren.

Dwarsdoorsnede onderzoek: meting (vragenlijst) is op één moment.
(Bakker & Van Buuren, 2009).

ONDERZOEKSINSTRUMENT

Door middel van het afnemen van een zelf opgestelde vragenlijst (bijlage 1) met open, gesloten en meerkeuzevragen wordt er verwacht dat er inzicht komt in de bestaande en ontbrekende kennis van psychomotorische therapie binnen de verschillende disciplines en afdelingen. Waarom er voor een vragenlijst is gekozen en niet voor een interview, komt doordat het een grote onderzoekspopulatie betreft. Een vragenlijst is snel en efficiënt. Hoe meer verschillende disciplines meewerken aan het onderzoek, hoe betrouwbaarder de uitkomst zal zijn. Mensen kunnen de vragenlijst invullen op een moment dat het hun uitkomt en zijn niet gebonden aan bepaalde dagen/tijden zoals bij een interview. Een kanttekening is dat aan de hand van de vragenlijst er geen mogelijkheid is om door te vragen. Hiermee kan belangrijke informatie onder tafel blijven. Om zoveel mogelijk informatie te vergaren is er gekozen voor open vragen. Doordat de ondervraagde het antwoord uitschrijft, is het mogelijk dat er meer informatie naar voren komt. De vragenlijst bevat een inleiding waarin het doel, de anonimiteit en de duur van het onderzoek worden beschreven. Hierin komt ook naar voren dat er open, gesloten en meerkeuzevragen worden gesteld om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen (Bakker & Van Buuren, 2009).



De bestaande vragenlijsten die gebruikt zijn bij de onderzoeken naar de bekendheid van psychomotorische therapie van Bakker (2011) en Langeveld (2013) waren bruikbaar om een basis te leggen voor het ontwikkelen van de zelf ontworpen vragenlijst. De bestaande vragenlijsten waren bestemd voor een andere doelgroep en het betrof een andere vraagstelling. Dit is de reden waarom er een vragenlijst is ontworpen om de vraagstelling van het onderzoek te kunnen beantwoorden. Het betreft geen valide vragenlijst waardoor er een proef is gedraaid onder psychomotorische therapiestudenten en mensen die de opzet hebben beoordeeld. Op grond van deze feedback is de vragenlijst aangepast. Van te voren was het belangrijk om aan te kondigen dat men geen informatie ging opzoeken over psychomotorische therapie omdat hierdoor de betrouwbaarheid van het onderzoek wordt verminderd.

ONDERZOEKSDESGIN

Per e-mail zijn alle teamleiders persoonlijk benaderd met een aankondiging van het onderzoek binnen hun afdelingen. In deze e-mail werd vermeld wat het onderzoek inhield. Er werd gevraagd naar een compleet overzicht van medewerkers, de functie die ze uitvoeren en wanneer de teamvergaderingen plaats vonden om daarbij aan te sluiten. In vergaderingen werd toegelicht wat de bedoeling was van het onderzoek en wanneer het onderzoek plaats ging vinden. Daarna werden de vragenlijsten per mail verzonden en per postvakje uitgedeeld. Een week na het uitdelen werd er een herinneringsmail gestuurd en daarna werden alle vragenlijsten verzameld en geanalyseerd.

ONDERZOEKSPOPULATIE

De onderzoekspopulatie betreft verschillende disciplines binnen de GGZ-instelling Lentis. Hieronder (tabel 1) staan de afdelingen van Lentis, de discipline en het aantal werknemers per discipline die werden ondervraagd voor het onderzoek.

Tabel 1: Onderzoekspopulatie.

Disciplines.	Linis Winschoten.	Welnis Stadskanaal.	Jonx Winschoten.
(kinder) arts.	1	1	1
Beeldend- creatief therapeut.	1		1
Gedifferentieerd verpleegkundige.		3	
Gezondheidszorgpsycholoog.	1		4
Klinisch psycholoog.		3	
Maatschappelijk werker.			1
Psychiater.	3	1	1
Psycholoog.			4
Senior gedifferentieerd verpleegkundige.	1		
Sociaal psychiatrische verpleegkundige.		2	
Systeemtherapeut.		1	1
Teamleider.	3	1	1
Verpleegkundige.	63	3	
Verpleegkundige specialist.	1		2
Totaal.	74	15	16

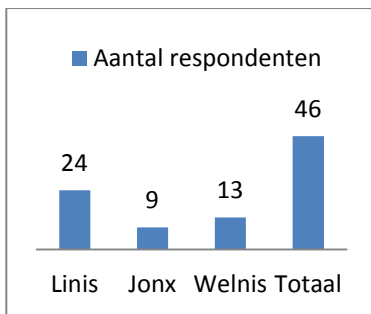
DATAVERWERKING

Alle vragenlijsten zijn verzameld en verwerkt in één bestand. De gesloten en meerkeuze vragen zijn schematische weg gezet in tabellen en figuren. De figuren worden weergegeven in absolute getallen. De open vragen zijn gecodeerd aan de hand van veel voorkomende antwoorden (coderingsonderwerpen). Een voorbeeld hiervan is aan de hand van een vraag uit de vragenlijst: kunt u aangeven wanneer u de hulp inschakelt van de psychomotorisch therapeut? Door de antwoorden te verwerken zijn de veel voorkomende antwoorden gecodeerd. Hieruit kwamen drie coderingsonderwerpen naar voren: psychomotorische therapie is geïndiceerd, verschillende redenen en verbale interventies helpen te veel of te weinig. Deze coderingsonderwerpen zijn verwerkt in tabellen met de score in absolute getallen.



RESULTATEN

De resultaten zijn opgebouwd in alinea's aan de hand van de vragen uit de vragenlijst. In de resultaten zijn figuren en tabellen weergegeven met een korte samenvatting van het resultaat.



Figuur 1: aantal respondenten.

Alle disciplines van de afdelingen Linis Winschoten, Welnis Stadskanaal en Jonx Winschoten zijn benaderd om deel te nemen aan het onderzoek naar de bekendheid van psychomotorische therapie. Na het onderzoek te hebben aangekondigd, zoals in de methode omschreven staat, zijn er van de 105 vragenlijsten 46 ingevuld (Figuur 1). Team Welnis heeft de hoogste respons qua percentage van de verzonden vragenlijsten. Van de 15 verstuurde vragenlijsten zijn er 13 ingevuld (86,6%). Vanuit afdeling Jonx zijn er 16 vragenlijsten verstuurd en 9 ingevuld (53,8%). Binnen Linis zijn er 74 vragenlijsten verstuurd en 24 ingevuld (32,2%). Aan het onderzoek hebben 46 verschillende disciplines deelgenomen. Onder andere teamleiders (4), arts (1), psychologen (4), klinisch psycholoog-psychotherapeut (1), gezondheidspsycholoog (1), sociaal psychiatrische verpleegkundigen (2), gespecialiseerd ambulante begeleiders (2), systeemtherapeuten (2), verpleegkundig specialist (1), gedifferentieerd verpleegkundigen (8), verpleegkundigen (13), activiteiten begeleidster (1) en verpleegkundigen in opleiding (2).

Tabel 2: beschrijving psychomotorische therapie.

Coderingsonderwerpen.	Aantal antwoorden.
1. Lichaams- en bewegingsgericht.	46
2. Door middel van.	39
3. Lichamelijk.	32
4. Hulpvraag en/of problematiek.	29
5. Non-verbaal.	6
6. Individueel en/of groep.	5

Beschrijving van psychomotorische therapie:

Hierbij is gebruik gemaakt van 6 coderingsonderwerpen (tabel 2). Van de 46 ondervraagden geeft ieder in zijn of haar antwoord weer dat het gaat om bewegingsgerichte (sport en spel), en/of lichaamsgerichte (ontspanning) oefeningen. 'Door middel van' wordt door 39 van de ondervraagden beschreven als: bewust worden van, werken aan, leren van, verkennen/herkennen/erkennen, oefenen aan, ervaring op doen en omgaan met. 'Lichamelijk' wordt in 32 antwoorden aangegeven als: lichamelijke sensaties, gevoelens/gedachten/gedrag, combinatie van lichaam en geest, emoties, fysieke en mentale aspecten. De 'hulpvraag en/of problematiek' van de patiënt wordt 29 keer benoemd in de antwoorden. Er wordt 6 keer benoemd dat het gaat om een 'non-verbale' therapie. Er wordt 5 keer benoemd dat het een 'individuele of groepsgerichte' therapie betreft.



Tabel 3: beschrijving van de werkwijze van psychomotorische therapie.

Coderingsonderwerpen.	Aantal antwoorden.
1. Door middel van.	28
2. Met als doel.	22
3. Behandelingswijze.	3
4. Individueel/groep.	6

Beschrijving van de werkwijze van psychomotorische therapie:

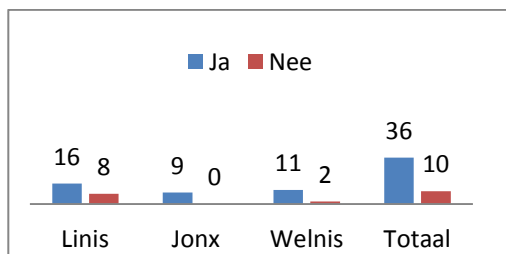
Hierbij is gebruik gemaakt van 4 coderingsonderwerpen (tabel 3). Van de 46 ondervraagden geven 28 respondenten weer dat het 'door middel van': bewegingsgerichte activiteiten, sport/spel, lichaamsgerichte oefeningen en door de interventies van de therapeut. Er geven 22 ondervraagden aan dat het de werkwijze 'met als doel' is: de patiënt zijn gevoelens, gedachtes en gedrag gaat leren herkennen en veranderen, ervaring op doen om in te zien wat het effect is, zichzelf leren kennen, zich zelf beter leren uiten en te experimenteren met gedrag. Er geven 19 ondervraagden aan hoe de 'behandelingswijze' gaat: intake met de patiënt, doelen formuleren, observatieperiode, therapie geven (uitvoering van activiteiten, laten ervaren, inzicht geven, confronteren en observatie terug geven) evalueren van doelen, terugkoppeling team, etc. Er geven 7 ondervraagden aan dat het kan gaan om 'individueel of groepsgerichte therapie'.

Tabel 4: bekendheid werkvormen.

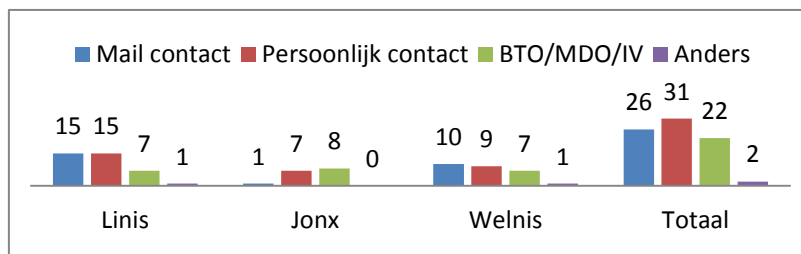
Werkvormen.	Onvoldoende.	Matig.	Voldoende.	Goed.	Niet ingevuld.
Bewegingsgericht werken.	5	9	27	4	1
Cognitief gedragsmatig werken.	5	7	19	10	5
Conflictgericht werken.	7	13	16	8	2
Ervaringsgericht werken.	6	11	22	6	1
Lichaamsgericht werken.	3	9	27	6	1
Ontspanningsoefeningen (Jacobson, Senso Relaxatie, Mindfulness).	4	11	22	8	1
Pesso.	35	2	2	4	3
Runningtherapie.	5	13	21	6	1
Schemagericht werken.	14	12	8	7	5
Symbolischgericht werken.	19	13	6	5	3

Bekendheid van verschillende werkvormen binnen psychomotorische therapie:

Uit tabel 4 komt naar voren dat lichaamsgericht, bewegingsgericht en cognitief gedragsmatig als voldoende tot goed bekende werkvormen zijn bij de verschillende disciplines. Ervaringsgericht, conflictgericht, runningtherapie en ontspanningsoefeningen beschikt men matig tot voldoende kennis over. Symbolischgericht en schemagericht wordt belicht als onvoldoende tot matige bekendheid. Pesso is de uitschieter dat met 35 keer onvoldoende bekendheid wordt aangegeven.



Figuur 2: doorverwijzing psychomotorische therapie.



Figuur 3: welke manier doorverwijzen naar psychomotorische therapie.



Doorverwijzing naar psychomotorische therapie:

Met deze resultaten is deelvraag 4 beantwoord aangezien van de 46 ondervraagden er 36 patiënten doorverwijzen naar een psychomotorische therapeut (figuur 2). De teamleiders, verpleegkundigen en de creatieve therapeut verwijzen niet door naar de psychomotorisch therapeut. In de vragenlijsten worden meerdere antwoorden gegeven hoe ze de patiënten doorverwijzen. Van de 81 antwoorden blijkt dat persoonlijk contact, met een score van 31, de meest gangbare manier is bij de doorverwijzing van een patiënt (figuur 3). Opvolgend is mail contact, met een score van 26, en daarna behandelteam overleg (BTO), multidisciplinair overleg (MDO) of intake vergadering (IT), met een score van 22. Er geven 2 ondervraagden aan anders door te verwijzen, namelijk via de hoofdbehandelaar.

Tabel 5: inschakelen hulp van psychomotorische therapeut.

Coderingsonderwerpen.	Aantal antwoorden.
1. Psychomotorische therapie is geïndiceerd.	4
2. Verschillende redenen.	29
3. Verbale interventies helpen te veel of te weinig.	10

Wanneer wordt de hulp van een psychomotorische therapeut ingeschakeld.

Hierbij is gebruik gemaakt van 3 coderingsonderwerpen (tabel 5). Van de 36 ondervraagden geven 29 respondenten weer dat men de hulp inschakelt bij 'verschillende redenen'. In de antwoorden worden de 'verschillende redenen' vermeld als: gevoelens, gedachten en gedragen leren herkennen, emoties leren uiten en de hulpvragen van de patiënt worden benoemd. Er wordt 10 keer vermeld dat wanneer hoofdbehandelaars merken dat 'verbale interventies te veel of te weinig helpen' ze ook de hulp inschakelen. De hulp wordt door 4 ondervraagden ingeschakeld wanneer 'psychomotorische therapie is geïndiceerd'.

Tabel 6: vermelding bij de doorverwijzing naar psychomotorische therapie.

Coderingsonderwerpen.	Aantal antwoorden.
1. Problematiek en klachten.	15
2. Reden, doel en/of hulpvraag.	24
3. Observatie en diagnostiek.	3
4. Wat de hoofdbehandelaar er mee beoogt.	6
5. Bevragen psychomotorische therapeut.	6
6. Bijzonderheden van patiënt.	3

Vermelding bij de doorverwijzing naar psychomotorische therapeut.

Hierbij is gebruik gemaakt van 6 coderingsonderwerpen (tabel 6). Van de 36 ondervraagden die aangegeven hebben dat ze doorverwijzen naar psychomotorische therapie, geven 15 ondervraagden in de doorverwijzing de 'problematiek en klachten' weer van de patiënt. 'De reden, doel en/of hulpvraag' wordt 24 keer aangegeven. Gevolgd door het 'bevragen van de psychomotorische therapeut', 6 keer en 'wat de behandelaar daar mee beoogt', ook 6 keer. Er wordt 3 keer aangegeven dat het gaat om 'observatie en diagnostiek' en 3 keer de 'bijzonderheden van de patiënt'.

Tabel 7: doorsturen verschillende hulpvragen.

Hulpvragen.	Geregeld.	Af en toe.	Zelden.	Niet.	Niet ingevuld.
Agressieregulatie.	17	16	1	1	0
Andere hulpvraag:	1	0	0	0	0
Assertiviteit.	12	13	5	5	0
Emotieregulatie.	16	10	2	6	1
Grenzen.	20	11	2	1	1
Ontspanningsoefeningen.	13	7	9	5	1
Samenwerken.	5	12	9	8	1
Spanningsregulatie.	19	11	1	3	1
Sporten en in beweging komen.	11	7	9	7	1
Zelfbeeld verbeteren.	11	11	7	5	0
Zelfvertrouwen vergroten.	12	14	4	4	1



Bij welke hulpvragen sturen de verschillende disciplines de patiënten door naar psychomotorische therapie:

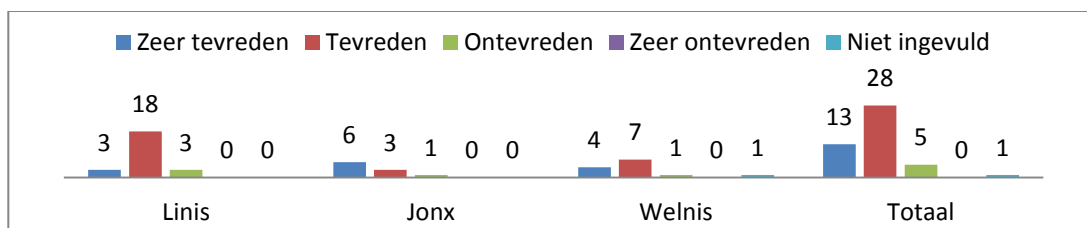
In tabel 7 wordt aangegeven bij welke hulpvragen patiënten geregeld, af en toe, zelden of niet worden doorverwezen naar een psychomotorische therapie. De absolute aantallen zijn te lezen in tabel 7. De patiënten worden met alle hulpvragen geregeld tot af en toe doorverwezen. Opvallend is dat samenwerken, ontspanningsoefeningen, sporten en in beweging komen en zelfbeeld verbeteren een genuanceerde score betreft.

Tabel 8: doorsturen verschillende hulpvragen.

Coderingsonderwerpen.	Aantal antwoorden.
1. Terugkoppeling/transfer naar het BTO/MDO of in gesprekken met patiënt.	29
2. Lezen van de rapportage.	18
3. Beeldvorming van de patiënt.	4
4. Minimaal wat mee gedaan.	3

Op welke manier wordt de rapportage van een psychomotorische therapeut mee genomen in de begeleiding/behandeling van een patiënt:

Hierbij is gebruik gemaakt van 4 coderingsonderwerpen (tabel 8). Met deze resultaten is deelvraag 1 beantwoord aangezien van de 46 ondervraagden 29 aangeven dat ze de rapportage gebruiken voor de ‘terugkoppeling/transfer naar het BTO/MDO of dat ze het in gesprekken gebruiken met de patiënt’. Er geven 18 ondervraagden aan dat de rapportage ‘gelezen’ wordt. Voor de ‘beeldvorming van de patiënt’ geven 4 ondervraagden aan de rapportage te gebruiken. Er wordt minimaal wat met de rapportage gedaan door 3 ondervraagden.



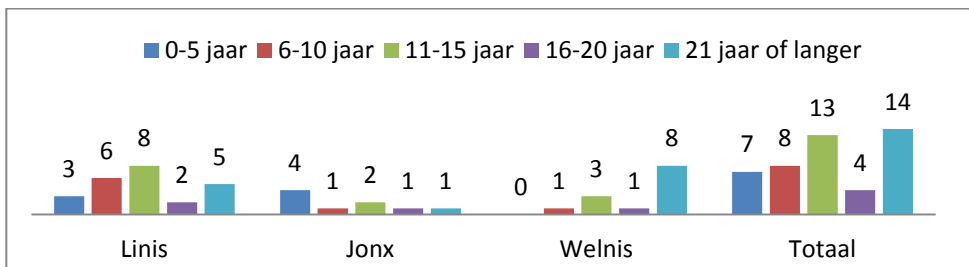
Figuur 4: mate van tevredenheid positie psychomotorische therapeut.

De mate van tevredenheid over de positie psychomotorische therapeut binnen het multidisciplinair team:

In figuur 4 wordt aangegeven in welke mate de ondervraagde tevreden is over de positie van psychomotorische therapie binnen het multidisciplinair team. De afdelingen Linis en Welnis geven aan dat men tevreden is. Binnen Jonx geven er 6 ondervraagden aan dat ze zeer tevreden zijn over de positie van psychomotorische therapie. In totaal geven er 28 ondervraagden aan dat ze tevreden zijn over de positie. Er zijn 13 ondervraagden zeer tevreden. Ontevreden over de positie zijn 5 ondervraagden, 4 hiervan hebben een kanttekening bij deze vraag geplaatst.

- * “Over het aantal uren van de psychomotorische therapeut ben ik ontevreden.”
- * “Ze verdwijnen steeds verder naar de zijlijn. Heel jammer, aangezien ik veel positieve ervaringen van patiënten heb gezien en gehoord”.
- * “Hoewel ik soms wel denk dat er misschien nog wel meer uit te halen is in het overleg en de koppeling tussen wat er bij psychomotorische therapie gebeurt en de afdeling”.
- * “Wel is mijn zorg dat ze ‘onzichtbaar’ worden in de nieuwe werkvorm van Welnis.”

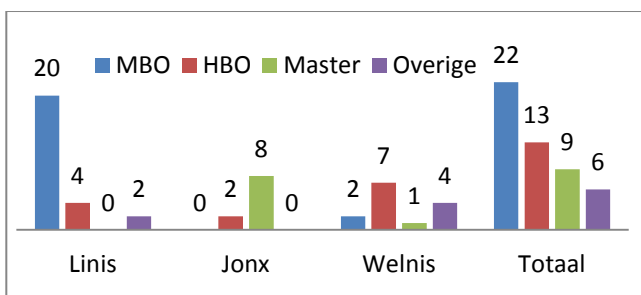




Figuur 5: duur werkzaamheid binnen geestelijke gezondheidszorg.

De duur van werkzaamheid van de verschillende disciplines binnen de geestelijke gezondheidszorg:

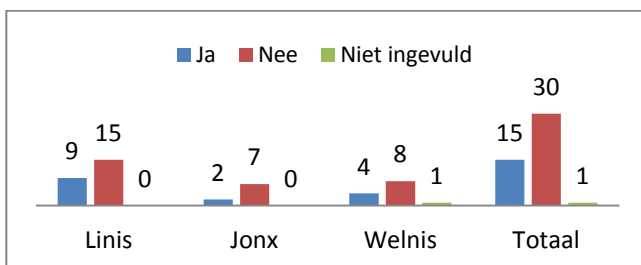
In figuur 5 is te af te lezen dat de duur van werkzaamheid binnen de GGZ hoog ligt onder de ondervraagden. Van de ondervraagden werken er 14, 21 jaar of langer in de GGZ. Een klein deel, 4 ondervraagden geven aan 16-20 jaar werkzaam te zijn. Gevolgd door 13 ondervraagden die 11-15 jaar werken in de GGZ. In de categorie 6-10 jaar zijn er 8 ondervraagden werkzaam binnen de GGZ. Er geven 7 van de ondervraagden aan dat ze 0-5 jaar werkzaam zijn. Hieruit is op te maken dat 28 mensen, meer dan de helft van de ondervraagden 16 jaar of langer in het vak zitten.



Figuur 6: niveau behaalde opleiding.

Behaalde opleidingen van de verschillende disciplines:

In figuur 6 wordt zichtbaar dat de helft (22) van de ondervraagden de opleiding MBO heeft behaald, gevolgd door een score van 13 bij de opleiding HBO, 9 bij master en 6 ondervraagden hebben nog een overige opleiding behaald. Een aantal geven in de vragenlijst aan dat ze nog een wetenschappelijke of postdoctorale studie hebben gevolgd.

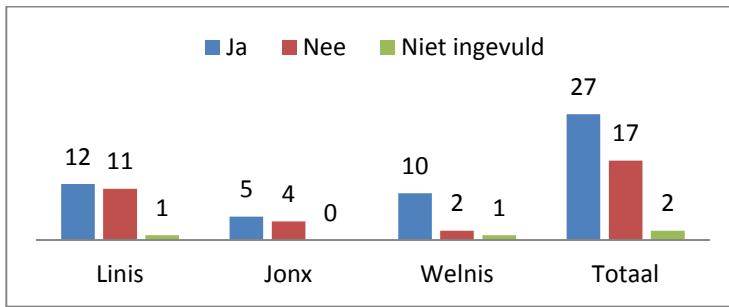


Figuur 7: kennis verstrekt vanuit de opleiding.

Kennis verstrekt vanuit de opleiding over psychomotorische therapie:

In figuur 7 komt naar voren dat 30 van de 46 ondervraagden in de behaalde opleidingen hebben aangegeven dat er geen kennis is verstrekt over psychomotorische therapie. Er geven 15 van de ondervraagden aan dat er wel kennis is verstrekt vanuit de opleiding over psychomotorische therapie. Hieruit blijkt voornamelijk dat de verpleegkundige opleidingen (B-opleiding en SPV), creatieve therapie, systeem therapie, en psychologie kennis is verstrekt over deze vaktherapie. De kennis is verstrekt door voornamelijk theoretische kennis en een aantal oefeningen waardoor het globaal duidelijk werd wat psychomotorische therapie inhoudt.





Figuur 8: meer kennis met betrekking tot psychomotorische therapie.

Meer kennis met betrekking tot het vakgebied psychomotorische therapie:

In figuur 8 geven 27 van de ondervraagden aan dat ze over meer kennis willen beschikken met betrekking tot het vakgebied psychomotorische therapie. In de antwoorden komt naar voren dat ze baat hebben bij meer kennis over de werkvormen uit de vragenlijst. Door te weinig kennis merken ze geen gerichte doorverwijzing te kunnen doen, geen beeld te hebben wat er binnen de therapie gebeurt en vinden ze het lastig de koppeling te maken naar de patiënt. Ze willen meer informatie in belang van de patiënt en in het belang van de algemene behandeling. Daarnaast lijkt het een aantal ondervraagden interessant om een workshop te volgen. Een workshop in de zaal waarbij theorie en verschillende oefeningen aan bod komen. Ze willen het zelf ervaren wat er gebeurt om zo een duidelijk beeld te krijgen van psychomotorische therapie.

Er geven 17 ondervraagden aan dat ze over voldoende kennis beschikken over psychomotorische therapie om patiënten gericht door te verwijzen en de koppelingen te kunnen maken naar de patiënten. Men geeft aan dat een psychomotorische therapeut gemakkelijk te bereiken is om hem/haar in te zetten of aan te spreken.

Eventuele suggesties en/of opmerkingen:

Er worden een aantal opmerkingen of suggesties geven. Deze zijn hier onder beschreven.

Aanbevelingen:

“Onze psychomotorische therapeut geeft af en toe een workshop aan collega’s, zodat we een goed beeld hebben van wat zij doet”. “Mogelijk kan er in de deskundigheidsbevordering een uur worden gepland?”

Ervaring psychomotorische therapie:

“Mijn ervaring tot nu toe is dat psychomotorische therapie een belangrijke rol heeft als onderdeel van het multidisciplinair team. Voornamelijk ervaringsgericht werken, lichaamsgericht en omgaan met boosheid (korte lontjes)”

Zorgen rondom psychomotorische therapie:

“Werkende op de kliniek met korte opnames zouden mensen gelijk moeten kunnen beginnen met psychomotorische therapie indien geïndiceerd.” “Meer hard maken om deze vorm van therapie te kunnen behouden?!” “Positie psychomotorische therapie is onzeker binnen mijn afdeling.”

Onderzoek:

“Bij zo weinig mensen kan jij anonimiteit niet of nauwelijks waarborgen.” “Erg veel open vragen: lastig te beantwoorden en denk ik ook lastig te verwerken in een onderzoek.” “Goed idee van dit onderzoek.” “Succes met je onderzoek.” (20 keer benoemd)



DISCUSSIE

Voor de discussie van het onderzoek worden hieronder een aantal discussiepunten benoemd.

Beginnend met het feit dat de onderzoekspopulatie een klein deel van de GGZ-instelling Lentis betreft. De bedoeling was dat de onderzoekspopulatie uit 105 ondervraagden bestond, dit heeft eindelijk geresulteerd tot 46 ondervraagden. Een mooi resultaat (44%) maar niet genoeg om een uitspraak te doen over de gehele populatie binnen de GGZ-instelling Lentis. Uit cijfers van 2011 blijkt dat er 4327 medewerkers werkzaam zijn binnen de GGZ-instelling Lentis (Lentis, 2011), het betreft dus een kleine steekproef.

Er is gekozen voor een zelf opgestelde vragenlijst, hierbij is gekozen voor open, gesloten en meerkeuze vragen. Omdat het een grote onderzoekspopulatie betreft is qua tijdsbestek voor de vragenlijst gekozen zodat de verschillende disciplines ze in hun eigen tijd konden invullen. Tijdens het verwerken van de data bleek dat verschillende antwoorden op meer manieren waren te interpreteren. Dit had voorkomen kunnen worden door interviews te houden. In een interview was er de mogelijkheid geweest om door te vragen. Een ander feit is dat het voor een volgend onderzoek efficiënter is om binnen een teamvergadering een moment te vragen om de vragenlijsten in te laten vullen.

In de methode is aangegeven dat er in de teamvergaderingen tijd werd gevraagd om het onderzoek aan te kondigen. Deze aankondiging is niet gelukt binnen de afdeling Linis, wel bij de afdelingen Welnis en Jonx. Voor de afdeling Linis is gekozen voor een voorafgaande mail met informatie over het onderzoek. Als je kijkt naar het aantal reacties en respons is opvallend dat Linis minder responsen betreft dan de teams Welnis en Jonx. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit dat Linis een grote afdeling betreft met 74 medewerkers in tegen stelling tot Welnis met 15 en Jonx met 16 werknemers. De psychomotorische therapeut is onderdeel van verschillende afdelingen binnen de kliniek (stemming, psychose, open crisis, gesloten crisis 1 en 2). Hierbij is de psychomotorische therapie een discipline op zich. Binnen de teams Welnis en Jonx, die kleiner zijn qua aantal, is de psychomotorische therapeut beter zichtbaar in het multidisciplinair team.

De vragenlijst is per mail en postvak verstuurd. Op papier, per postvak heeft meer respons opgeleverd dan digitaal. Het is een bewuste keuze geweest om de vragenlijst per post en per mail te versturen om zoveel mogelijk respons te krijgen. Een aantal ondervraagden gaven ook aan dat ze het prettig vonden op papier in te vullen en de ander had het liever digitaal. Ter discussie kan gesteld worden of de anonimiteit wel gewaarborgd kon worden. In de vragenlijst is bij vraag 13 de keuze gelaten aan de ondervraagde. De keuze was om in te vullen welke functie ze uitvoeren. Helaas is de verkeerde vragenlijst verstuurd, waarbij dit niet vermeld stond bij vraag 13. Een tweetal ondervraagden hebben hier terecht op gereageerd. Eén ondervraagde heeft vermeld: “met deze vraag kun je de anonimiteit niet waarborgen” en de andere ondervraagde vermeldde bij vraag 13 dat hij/zij “sinterklaas” als functie uitvoert.

Verpleegkundigen met of zonder specialisatie mogen niet doorverwijzen binnen de huidige structuur omdat zij geen hoofdbehandelaar zijn. In het Zorgstatuut van Lentis wordt vermeld dat een hoofdbehandelaar de volgende disciplines betreft: psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, klinische geriater, verpleegkundige specialist GGZ, GZ-psycholoog (Bruinsma, 2013). Wel kunnen verpleegkundigen, gedifferentieerd verpleegkundigen en andere disciplines in een multidisciplinair overleg aangeven aan een hoofdbehandelaar dat psychomotorische therapie een aanbeveling is voor de patiënt. De doorverwijzing gebeurt formeel via de hoofdbehandelaar van de patiënt maar informeel via de andere disciplines. Uit de vragenlijst is dus geen rechte lijn te trekken met betrekking tot deze vraag. Aangezien ook informeel wordt doorverwezen en dit is aangegeven in de ingevulde vragenlijsten.



Om deelvraag 2 en 3 te kunnen beantwoorden blijkt dat er binnen de afdeling Jonx afspraken zijn gemaakt met betrekking tot doorverwijzing. Er wordt eerst via persoonlijk contact met de psychomotorische therapeut overlegd over de patiënt. Daarna wordt de patiënt ingebracht in een BTO/MDO/IV en pas dan wordt de patiënt doorverwezen naar psychomotorische therapie. Dit blijkt ook uit de resultaten van de vragenlijsten. Op 1 na verwijzen alle 9 ondervraagden van de afdeling Jonx door via persoonlijk contact en BTO/MDO/IV. Dit is een ander beeld dat wordt geschetst bij Linis en Welnis. Binnen Linis en Welnis zijn er geen specifieke afspraken gemaakt met betrekking tot doorverwijzen. Hierbij is het beeld dan ook gevarieerd. Mail, persoonlijk contact en via BTO/MDO/IV liggen op gelijk niveau.

In de probleemstelling werd geschetst dat men de rapportage van de psychomotorische therapeut wel leest maar vervolgens geen actie onderneemt richting de patiënten. Toch blijkt dit niet uit het onderzoek. De helft van de ondervraagden lezen de rapportage, maar drie kwart van de ondervraagden ondernemen wel actie om de transfer te maken door middel van gesprekken met de patiënt. Of ze gebruiken het voor de terugkoppeling in een BTO/MDO.

In het voorwoord werd geschetst dat verschillende zorg opleidingen weinig tot geen kennis verstrekken over de vakdiscipline psychomotorische therapie. Uit de resultaten blijkt dat 30 van de 46 ondervraagden geen informatie over psychomotorische therapie heeft verkregen binnen de opleiding(en), terwijl alle ondervraagden in het huidige werk samenwerken met een psychomotorisch therapeut.

Uit de resultaten is gebleken dat elke ondervraagde kan omschrijven wat psychomotorische therapie inhoudt. Echter blijkt wel dat 27 van de 46 ondervraagden over meer kennis willen beschikken over psychomotorische therapie, dit is meer dan de helft. Naast dit feit blijkt ook dat verschillende disciplines matig tot onvoldoende kennis hebben over gangbare werkvormen van een psychomotorisch therapeut. Door te weinig kennis merken ze geen gerichte doorverwijzing te kunnen doen, geen beeld te hebben wat er binnen de therapie gebeurt en vinden ze het lastig om de transfer te maken naar de patiënt. Ze willen meer informatie in belang van de patiënt en in het belang van de algemene behandeling.



CONCLUSIE

De vraagstelling van het onderzoek was: wat is de samenhang tussen de kennis van verschillende disciplines binnen de GGZ instelling Lentis over psychomotorische therapie en de doorverwijzingen naar psychomotorische therapie?

De kennis die verschillende disciplines beschikken over psychomotorische therapie komt terug in de doorverwijzing. De doorverwijzing naar de psychomotorische therapeut gebeurt door persoonlijk, mail contact en via een BTO/MDO/IT. Er wordt in de doorverwijzing duidelijk aangegeven wat dat verschillende redenen en/of problematieken zijn van de patiënt, waar de psychomotorische therapeut mee aan het werk kan. Deze problematieken staan in relatie met de werkvormen en hulpvragen die voor psychomotorische therapie geschikt zijn.

Het doel was om inzicht te krijgen in de bestaande en ontbrekende kennis van psychomotorische therapie binnen de verschillende disciplines en afdelingen. Hieruit is te concluderen dat de bekendheid van psychomotorische therapie onder de verschillende disciplines van GGZ-instelling Lentis (afdelingen Jonx Winschoten, Welnis Stadskanaal en Linis Winschoten) over het algemeen bekend is maar de kennis over wat er in de therapie gebeurt minimaal is. Uit het onderzoek komt naar voren dat verschillende disciplines behoefte hebben aan meer kennis over de verschillende werkvormen binnen psychomotorische therapie.



AANBEVELINGEN

Om de bekendheid van psychomotorische therapie te vergroten moet er aandacht gegeven worden aan de betekenis van de term psychomotorische therapie/psychomotorisch therapeut. Deze vaktherapie moet in de markt gezet worden door middel van workshops (theorie en ervaren door te doen), gegeven door een psychomotorisch therapeut aan het multidisciplinair team. De achterliggende gedachte is dat er veel zorg is over het feit dat vaktherapie meer en meer verdwijnt in de huidige zorgmaatschappij. Zoals beschreven in dit onderzoek is profilering van de psychomotorische therapeut zinvol. Als therapeut moet er een kort, bondig en helder verhaal zijn. De taal spreken en aansluiten bij de doelgroep. Het geregeld overleggen en uitspreken van visies binnen het multidisciplinaire team en binnen het vaktherapeutische team is van belang. Open zijn over de kwaliteiten die een psychomotorisch therapeut bezit is belangrijk. Wat te bieden, wat is het effect en welke doelstellingen kan een psychomotorisch therapeut bereiken met patiënten. (Verhoeven, 2014)

Naast een workshop aanbieden binnen het multidisciplinair team is het ook van belang om workshops aan te bieden in het onderwijssysteem. Voorbeelden hiervan zijn: in het basisonderwijs, voorgezet onderwijs en vooral middelbaar, hoger en universitair onderwijs. Het belangrijkste is om workshops aan te bieden binnen de zorgopleidingen waar studenten later in het werkveld te maken krijgen met de vakdiscipline, psychomotorische therapie. Het belang van de workshops is om te laten horen en te laten zien wat psychomotorische therapie inhoudt. Als psychomotorisch therapeut is het van belang om zich zo breed mogelijk in zetten om de bekendheid van zijn of haar vakgebied te vergroten.

“Iedereen zal en moet weten wat psychomotorische therapie is en wat het inhoudt.”



LITERATUURLIJST

- * Bakker, E., & van Buuren, H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- * Bakker, M. (2011). *Bekendheid PMT onder huisartsen in Zwolle. Scriptie: Psychomotorische therapie en Bewegingsagogiek*. Gedownload op maandag 28 oktober 2013, van <http://hbo-kennisbank.uvt.nl/cgi/chw/show.cgi?fid=16001>
- * Brohncke, C. (2014). *Workshop Ondernemen, Studie Drie Daagse PMT-BA*.
- * Bruinsma, C.L. (2013). *Statuut Zorgprofessionals Lentis*.
- * Checkmarket. Geraadpleegd op donderdag 27 maart 2014, van <https://nl.checkmarket.com/2010/04/verstandig-aan-de-slag-met-open-vragen/>.
- * Emck, C. (2001). Ik ben te oud om slechts te spelen. *Tijdschrift voor bewegingsonderwijs, - therapie en – recreatie*, (4), p. 6-16.
- * Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2010). *Beroepscode*. Geraadpleegd op vrijdag 7 maart 2014, van http://www.vaktherapie.nl/userfiles/files/downloads_openbaar/2010-07-14_Beroepscode_def.pdf.pdf.
- * Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2011). *Jaarverslag*. Geraadpleegd op zaterdag 28 december 2013, van https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.vaktherapie.nl%2Fuserfiles%2Ffiles%2Fdownloads_openbaar%2F2012-07-10_Bijlage_5_Jaarverslag_FVB_2011_DEF.doc&ei=AKe-Uvv_EKnAoQWXloHYCW&usq=AFQjCNHfcbIU2ZaE504BMzZaFHv7W2gnw&bvm=bv.58187178,d.d2k&cad=rja.
- * Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2008). *Profiel van vaktherapeutische beroepen*. Geraadpleegd op zaterdag 28 december 2013, van http://www.vaktherapie.nl/userfiles/files/downloads_openbaar/2009-04-14%20Profiel%20van%20de%20vaktherapeutische%20beroepen%20dec%202008.pdf.
- * Federatie Vaktherapeutische Beroepen. (2010). *Meerjarenbeleidsplan*. Geraadpleegd op vrijdag 7 maart 2014, van http://www.vaktherapie.nl/userfiles/files/downloads_Portefeuilles_inlogdeel/2011-01-16_Meerjarenbeleidsplan_FVB_2011-2014_def.pdf.
- * Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2013). *Workshop Webinar, Profileren voor vaktherapeuten*. Geraadpleegd op maandag 10 februari 2014, van http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/voor_vaktherapeuten/nieuws/archives.
- * Jansen, E. (2013). #NonverbaalMeedoen. *Tijdschrift vaktherapie*, 9, (1), p. 16-17.
- * Janzing, C., & Kerstens, J. (2012). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: BohnStafleu van Loghum.
- * Kwakman, F. (2004). *Personal Branding: Naam maken als professional*. Den Haag: Academic Service.
- * Langeveld, F. (2013). *Samen staan wij sterk. Scriptie: Psychomotorische therapie en Bewegingsagogiek*. Geraadpleegd op maandag 28 oktober 2013, van F.Langeveld.
- * Lentis is cijfer. (2011). Geraadpleegd op vrijdag 4 april 2014, van <http://www.lentis.nl/overlentis/lentisincijfers/kengetallenlentis.aspx>.
- * Nedvid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B. (2008). *Psychiatrie een inleiding*. Amsterdam: Pearson Benelux.
- * Netq-enquete. Geraadpleegd op zaterdag 28 december 2013, van <http://www.netq-enquete.nl/nl/goede-vragenlijst-maken>.
- * Marketingfacts. Geraadpleegd op zaterdag 28 december 2013, van http://www.marketingfacts.nl/berichten/25_tips_voor_een_perfecte_online.
- * Stoffels, L., & Roelfs-Batelaan, M. (2012). *Advies voor vaktherapeuten bij dreigend banenverlies*. Geraadpleegd op zaterdag 28 december 2013, van http://www.vaktherapie.nl/userfiles/files/FVB_nieuws/2012-01-12_FVB_-_FBZ_Advies_bij_dreigend_banenverlies_def.pdf.
- * Vandensande, A. (2013). Geraadpleegd op zaterdag 28 december 2013, van <http://www.andreasvds.be/therapie-coaching/psychomotorische-therapie-pmt/>.
- * Verhoeven, J. (2014) *Workshop Profileer, Profiteer*. Geraadpleegd op donderdag 13 februari 2014, van <http://www.rinogroep.nl/Ho7z8>.
- * Welling, B. (2013). "JAAAAA, PMT-ER EINDELIJK IN BEELD" *Tijdschrift PSC Magazine*, (4), p. 40-41.



BIJLAGE 1

VRAGENLIJST

Inleiding:

Binnen het kader van mijn opleiding Psychomotorische therapie en Bewegingsagogiek aan Hogeschool Windesheim te Zwolle doe ik onderzoek naar de bekendheid van psychomotorische therapie binnen de instelling Lentis. Ik wil jullie vragen om de vragenlijst zo uitgebreid mogelijk in te vullen en terug te sturen. Ik wil jullie er op wijzen dat het geen test is waarmee nagegaan wordt wie de meeste kennis in huis heeft over psychomotorische therapie. Het doel van het onderzoek is om in kaart te brengen welke kennis verschillende disciplines hebben met betrekking tot psychomotorische therapie. Een tweede doel is om inzicht te krijgen in de positie van de psychomotorische therapeut binnen het multidisciplinaire team. Uiteraard wordt de anonimiteit gewaarborgd. De gegevens worden anoniem door mij verwerkt en na afloop van het onderzoek worden de vragenlijsten vernietigd. Vraag 13 is de keuze aan u om deze vraag te beantwoorden. Als u de vraag wel beantwoordt, is het bevorderlijk voor de resultaten van het onderzoek. Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer 20 minuten in beslag. Succes met het invullen van de vragenlijst. Bij voorbaat dank voor je medewerking.

Berdien Welling

Vraag 1:

Bent u bekend met de vaktherapie: Psychomotorische Therapie?

- Ja.
- Nee.

Vraag 2:

Kunt u beschrijven wat volgens u psychomotorische therapie inhoudt?

Vraag 3:

Kunt u beschrijven wat volgens u de werkwijze is van psychomotorische therapie?

Vraag 4:

Kunt u aangeven met welke van onderstaande werkvormen van psychomotorische therapie u bekend bent?

Werkvormen	Onvoldoende	Matig	Voldoende	Goed
Lichaamsgericht werken.				
Bewegingsgericht werken.				
Ervaringsgericht werken.				
Conflictgericht werken.				
Symbolischgericht werken.				
Schemagericht werken.				
Cognitief gedragsmatig werken.				
Runningtherapie.				
Ontspanningsoefeningen (Jacobson, Senso Relaxatie, Mindfulness).				
Pesso.				

Vraag 5:

Verwijst u patiënten door naar psychomotorische therapie?

- Ja
- Nee (Ga naar vraag 10)

Vraag 6:

Kunt u aangeven wanneer u de hulp inschakelt van de psychomotorisch therapeut?



Vraag 7:

Hoe verwijst u een patiënt door naar psychomotorische therapie?

- Via mailcontact met de psychomotorisch therapeut.
- Via persoonlijk contact met de psychomotorisch therapeut.
- Via een BTO, MDO of intakevergadering.
- Anders:

Vraag 8:

Wat vermeldt u in de doorverwijzing naar psychomotorische therapie?

Vraag 9:

Met welke hulpvragen stuurt u een patiënt door naar de psychomotorische therapie?

Hulpvraag.	Geregeld	Af en toe	Zelden	Niet.	N.v.t.
Agressieregulatie.					
Emotieregulatie.					
Spanningsregulatie.					
Ontspanningsoefeningen.					
Sporten en in beweging komen.					
Assertiviteit.					
Zelfbeeld verbeteren.					
Zelfvertrouwen vergroten.					
Samenwerken.					
Grenzen.					
Andere hulpvraag:					
Andere hulpvraag:					

Vraag 10:

Op welke manier neemt u de rapportage van de psychomotorisch therapeut uit het EPD mee ten aanzien van de behandeling/begeleiding van de patiënt?

Vraag 11:

In welke mate bent u tevreden over de positie van de psychomotorische therapie binnen het multidisciplinair team.

- Zeer tevreden.
- Tevreden.
- Ontevreden.
- Zeer ontevreden.

Vraag 12:

Op welke afdeling binnen Lentis werkt u?

- Linis Winschoten.
- Jonx Winschoten.
- Welnis Stadskanaal.

Vraag 13:

Wat is uw functie binnen de afdeling?

Vraag 14:

Hoelang bent u werkzaam binnen de geestelijke gezondheidszorg?

- 0-5 jaar.
- 6-10 jaar.
- 11-15 jaar.
- 16-20 jaar.
- 21 jaar of langer.



Vraag 15:

Welke opleiding heeft u behaald?

- ☐ MBO.
- ☐ HBO.
- ☐ Master.
- ☐ Overige:

Vraag 16:

Is er vanuit uw opleiding kennis verstrekt over de vaktherapie psychomotorische therapie?

- Ja.
 - ☐ In welke vorm werd het aangeboden?
 - ☐ Welke kennis heeft u opgedaan?
 - ☐ In welke opleiding heeft u dit opgedaan?
- Nee.

Vraag 17:

Zou u over meer kennis willen beschikken met betrekking tot het vakgebied psychomotorische therapie?

- Ja.
 - ☐ Omdat:
 - ☐ Waar hebt u behoefte aan?
- Nee.
 - ☐ Omdat:

Vraag 18:

Hebt u nog opmerkingen of suggesties?

