

De Matrix Vaktherapie

Projectverslag van de positionering van vaktherapie binnen Pro Persona

Het verdwijnen of in slechts beperkte mate opnemen van vaktherapie in de zorgprogramma's was binnen Pro Persona aanleiding tot het opstarten van een project om de positie van vaktherapie te verbeteren. Dit heeft geresulteerd in de Matrix Vaktherapie, een ordening op basis van indicaties voor vaktherapeutische producten en een patiënttevredenheidsonderzoek over vaktherapie. Voor de vaktherapeut is dit een cultuuromslag: minder procesmatig werken en meer volgens vooraf bepaalde modules. Hoe een oude werkwijze plaatsmaakt voor een meetbare en methodisch overdraagbare manier van werken.

In dit artikel ...

- ... resultaten van een patiënttevredenheidsonderzoek over vaktherapie in een ggz-instelling;
- ... een ordening van de vaktherapeutische producten in de Matrix Vaktherapie;
- ... het leiden van een project en het belang van samenwerking met het management.

Inleiding

In de zorg zijn veel veranderingen gaande. De ambulantiëring en de beddenreductie in de GGZ vraagt instellingen hun zorg hierop in te richten. Een andere ontwikkeling is de wens van de samenleving en de zorgverzekeraars dat zorg steeds meer gestandaardiseerd wordt aangeboden en uitgevoerd volgens de nieuwste wetenschappelijke richtlijnen. Binnen Pro Persona leidden deze twee ontwikkelingen tot het schrijven van zorgprogramma's en in het verlengde daarvan het ontwikkelen van zorgpaden. Gaandeweg werd zichtbaar dat vaktherapie nauwelijks opgenomen werd in de zorgprogramma's.

*Vaktherapie moest
gefundeerd worden
toegevoegd aan de
zorgprogramma's*

De raad van bestuur opperde twee hypothesen om deze tendens te verklaren. De eerste hypothese was het gebrek aan wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van vaktherapie. De tweede hypothese was dat de vaktherapeuten

er onvoldoende in slaagden hun therapie transparant en eenduidig te beschrijven. Voor hoofden zorg, behandelaren en patiënten was het woud aan therapievormen onoverzichtelijk geworden.

Wetenschappelijke bewijsvoering voor de effectiviteit van alle vormen van vaktherapie kan op korte termijn niet worden geleverd. Om toch tegemoet te komen aan het gebrek aan 'hard' wetenschappelijk onderzoek, zou de patiënttevredenheid over vaktherapie gemeten kunnen worden. De mening van de patiënt wordt tegenwoordig steeds belangrijker. Het meten van de patiënttevredenheid over vaktherapie zou inzichtelijk kunnen maken in hoeverre vaktherapie door patiënten gewaardeerd wordt.

Om de transparantie over het vaktherapeutisch aanbod te verhogen wilde de raad van bestuur een compact overzicht van twintig producten waar het hele spectrum van vaktherapie over alle afdelingen en van alle zorgprogramma's in ondergebracht werd.

Om invulling te geven aan deze twee opdrachten is het Project Positionering Vaktherapie van start gegaan met een looptijd van een jaar. Doel van dit project was het verbeteren van de patiëntenzorg door een betere basis te creëren om vaktherapie gefundeerd toe te voegen aan de zorgprogramma's. Het project heeft gelopen van 1 juni 2013 tot 1 juni 2014.

Opdracht 1: Het meten van de patiënttevredenheid over vaktherapie

GGZ Thermometer als meetinstrument

De keuze van het meetinstrument is gevallen op de GGZ Thermometer¹ en deze vragenlijst te bewerken tot een vragenlijst over vaktherapie voor volwassenen en kinderen. De GGZ Thermometer is ontwikkeld door het Trimbos-instituut en is gebruikt om patiënttevredenheid te meten. Momenteel is deze vervangen door de CQi. De reden om toch voor de GGZ Thermometer te kiezen, is de jarenlange ervaring met dit instrument in de GGZ.

De vragenlijsten zijn handmatig afgenomen tijdens een sessie of uitgedeeld tijdens een sessie en na een week weer ingenomen. Het nadeel van het handmatig afnemen was dat anonimiteit minder goed gewaarborgd kon worden. Patiënten hadden wel de gelegenheid om hun antwoorden in een gesloten envelop te overhandigen. In veel vaktherapeutische lokalen is geen computer voorhanden, dus dat maakte dat vragenlijsten digitaal versturen nog geen optie was.

De termijn van het afnemen van deze vragenlijst betrof een maand. Hierdoor hadden vaktherapeuten van verschillende disciplines de mogelijkheid op afdelingsniveau af te stemmen met elkaar. Sommige patiënten hebben immers drie verschillende vaktherapieën per week en we wilden patiënten niet overvragen door drie vragenlijsten in een week

in te moeten vullen. De uiteindelijke termijn van inleveren is verlengd met een maand omdat de onderzoeksgroep na een maand te klein bleek, onder andere door vakantie en ziekte.

In november en december 2013 zijn de vragenlijsten afgenomen en in januari 2014 zijn de gegevens ingevoerd in het dataprogramma SPSS. De resultaten uit dit onderzoek zijn verwerkt in samenwerking met een wetenschappelijk onderzoekster.

De onderzoekspopulatie

Het tevredenheidsonderzoek vond plaats onder 612 patiënten die in het najaar van 2013 in behandeling zijn bij Pro Persona. Er zijn 487 vragenlijst ingevuld en verwerkt (78%), zie Tabel 1. Van de groep patiënten die de vragenlijst heeft ingevuld is 69% vrouw en 31% man. De gemiddelde leeftijd is 41 jaar (SD 18,4). De standaarddeviatie is zo hoog doordat zowel jongeren als ouderen vaktherapie krijgen. Er zijn van alle locaties gegevens ontvangen waarbij locatie Nijmegen en locatie Lunteren samen verantwoordelijk zijn voor 50% van het aantal ingeleverde vragenlijsten.

Vaktherapie per zorgprogramma

De spreiding van vaktherapie over de zorgprogramma's is zeer sterk, zie Tabel 2. In de vragenlijsten zijn de volgende zorgprogramma's vertegenwoordigd: Stemming, Angst, Ouderen, Jeugd, Persoonlijkheidsstoornissen en Psychose. Verder zijn er klinieken die nog geen zorgprogramma

Tabel 1: Verdeling vaktherapie over de ingevulde vragenlijsten binnen Pro Persona.

Therapievorm	Aantal	Percentage
Beeldende therapie	241	49,5
Dramatherapie	19	3,9
Muziektherapie	68	14
Psychomotorische therapie	159	32,6
Totaal	487	100

Tabel 2: Vaktherapie vertegenwoordigd binnen Pro Persona per type zorg in 2013.

Soort zorg	Aantal behandelingen	Percentage
Ambulant kort (>3 mnd.)	17	3,5
Ambulant lang	117	24,4
Klinisch kort (> 3 mnd.)	83	17,3
Klinisch lang	119	24,8
Deeltijd	138	28,8
Zorg op maat/FACT	2	0,4
Anders	2	0,8
Totaal	480	100

Tabel 3: Vormen van vaktherapie binnen Pro Persona.

Vorm	Aantal behandelingen	Percentage
Groepstherapie	372	76,7
Individuele therapie	110	22,7
Systeemtherapie	3	0,6
Totaal	492	100

Tabel 4: De waardering (0-10) van vaktherapie versus de totale behandeling per zorgprogramma.

Waardering	Totale behandeling	Vaktherapie
Algemeen	7,8	8
Angst	7,9	7,9
Stemming	7,7	7,8
Jeugd	7,8	7,8
Ouderen	7,7	7,9
Persoonlijkheidsstoornissen	7,7	7,7
Psychose	5,7	7,7

hebben of werken met meerdere stoornissen in gemengde groepen, zoals de opnameafdeling. Vragenlijsten van deze groep patiënten zijn opgenomen als Algemeen. Ook onder Algemeen vallen de afdelingen ‘doven en slechthorenden’ en ‘niet-aangeboren hersenletsel’. Ook de soort zorg waar vaktherapie wordt aangeboden is gevarieerd: ambulant kort/lang, klinisch kort/lang, deeltijd en FACT.

Een blik op de spreiding van vaktherapie over de locaties laat zien dat muziektherapie alleen wordt aangeboden in de locaties Wolfheze en Arnhem. Dramatherapie wordt aangeboden binnen het zorgprogramma Angststoornissen en in locatie Tiel. Beeldende therapie en psychomotorische therapie kennen de beste spreiding en zijn op alle locaties en in alle zorgprogramma’s vertegenwoordigd. Vaktherapie wordt het meest in groepen gegeven, bijna eenvijfde deel van de patiënten die de vragenlijst heeft ingevuld, krijgt individuele vaktherapie. Systeemtherapie wordt in het zorgprogramma Kind en Jeugd gegeven door de beeldend therapeut, zie Tabel 3.

De waardering van vaktherapie is iets hoger dan de waardering van het totale behandelaanbod, met uitzondering

van het behandelaanbod bij Psychose, zie Tabel 4. De waardering van de groep Psychose betreft echter slechts drie patiënten en dit is een te kleine onderzoeksgroep om betrouwbaar te zijn.

Conclusie patiënttevredenheidsonderzoek

De hypothese van de raad van bestuur, vaktherapeuten en overige behandelaren was dat vaktherapie hoog scoort onder patiënten als het gaat om tevredenheid over deze therapievorm. Deze verwachting is juist gebleken. In alle zorgprogramma’s en op alle locaties scoort vaktherapie steeds gelijk met of net iets hoger dan de totale behandeling. De tevredenheid per discipline is vrijwel gelijk. Op de vraag welk rapportcijfer de patiënt zou geven aan de totale behandeling of begeleiding, wordt er een 7,7 (SD 1,2) gescoord. Aan de tevredenheid over vaktherapie wordt een 7,8 toegekend met een standaarddeviatie van 1,0. Hetzelfde cijfer wordt toegekend aan de ervaren deskundigheid en het respect van de vaktherapeut voor de patiënt. Wat betreft informatievoorziening is er bij alle soorten vaktherapie ruimte voor verbetering; een kwart van de patiënten zegt onvoldoende informatie te hebben ontvangen. Ongeveer 70% van de patiënten geeft aan voldoende informatie over vaktherapie te hebben ontvangen met betrekking tot het te verwachten resultaat. Uit de resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat ruim 80% van de patiënten die deelnamen aan dit onderzoek, vaktherapie een effectieve therapievorm vindt, zie Tabel 5.

Toevoegen patiënttevredenheidsvragenlijst over vaktherapie aan de ROM

De raad van bestuur wil structurele gegevens binnen krijgen over vaktherapie. De keuze valt opnieuw op de GGZ Thermometer en het voorstel voor de korte vragenlijst gaat naar de gemeenschappelijke cliëntenraad voor feedback. Na wikken en wegen wordt het een systeem waarbij de individuele vaktherapeut de vragenlijst handmatig toevoegt aan de ROM na afloop van de vaktherapie. Elke vaktherapeut krijgt hiervoor toestemming en een wachtwoord. Een andere manier is de vragenlijst standaard mee te sturen met de eindmeting. Dit kan alleen als het einde van de vaktherapie samenvalt met het einde van de behandeling.

Tabel 5: Totaaloverzicht resultaatgebieden per discipline.

	Tevredenheid	Informatie	Deskundigheid	Resultaat
Beeldende therapie	7,8 (SD 1,0)	66,1%	98 %	77 %
Dramatherapie	7,7 (SD 1,3)	61,1%	100 %	89 %
Muziektherapie	8 (SD 1,0)	72,7%	100 %	80 %
Psychomotorische therapie	7,8 (SD 1,0)	72,9%	97,5%	75 %
Vaktherapie	7,8	68,2%	98,8%	80,3%

Opdracht 2: Het overzicht van vaktherapeutische producten

De inventarisatiefase

Het idee, zoals ontwikkeld in het plan van aanpak, was om op basis van consensus onder de vaktherapeuten, een overzicht te ontwikkelen van de vaktherapeutische producten die binnen Pro Persona worden aangeboden. Gesprekken met onder andere hoofden zorg, een financieel planner, een organisatiedeskundige en een projectleider gaven mij een heel aardig beeld van hoe er tegen vaktherapie werd aangekeken. Een paar kenmerken sprongen in het oog: vaktherapeuten zijn te veel op patiëntniveau bezig, ze hebben te weinig oog voor het overstijgende verhaal van vaktherapie, en de behandeling als geheel is onvoldoende transparant.

De ondernemingsraad is blij met het project omdat deze zich zorgen maakt over het boventallig raken van veel vaktherapeuten. Ook de gemeenschappelijke cliëntenraad sluit zich hierbij aan; doordat vaktherapie verdwijnt, moeten te veel patiënten op de afdeling verblijven en komt er van therapie te weinig terecht.

Om een idee te krijgen wat er zoal is ontwikkeld binnen Pro Persona hebben vaktherapeuten al hun beschreven modules, therapieën en producten digitaal aangeleverd. Deze producten werden in een digitale dossierkast geplaatst, zodat vaktherapeuten ook onderling konden profiteren van elkaars kennis. Wat opviel in al die toegestuurde producten waren de overeenkomsten, niet de verschillen. We werken met veel verschillende doelgroepen, we hebben een heel divers aanbod, maar de inhoud van de therapie, de indicaties en de doelen, zijn overeenkomstig.

In het projectplan was opgenomen dat we zouden streven naar het ontwikkelen van twintig gezamenlijke vakthera-

*Voor hoofden zorg,
behandelaren en patiënten
was het een onoverzichtelijk woud
aan therapievormen*

peutische producten binnen de vier disciplines die we in huis hebben, te weten: beeldende therapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie. Pro Persona had in 2013 meer dan veertig vaktherapeuten in huis, verdeeld over vijf locaties. Het aantal ingeleverde producten was zo'n 200 en dan was er ook nog een deel niet beschreven of niet ingeleverd. Om al die therapievormen en modules terug te brengen naar uiteindelijk negentien producten, is in het project veelvuldig de metafoor van een auto gebruikt:

Als ik een auto koop weet ik misschien het merk, ik weet of ik diesel of benzine wil, ik weet hoeveel deuren ik wil en de kleur. Als een autodealer dan begint over aantal cc's, het soort schokdempers, de laklagen et cetera, dan haak ik af. Zo moet een hoofdbehandelaar zich voelen als een vaktherapeut enthousiast vertelt over het proces, de soorten opdrachten en de bijbehorende voorbeelden van hoe het gaat in therapie. Dus we willen een beschrijving van de auto, niet van de onderdelen. We willen weten wat de auto kan en niet kan. We willen zoveel mogelijk bewijs dat het klopt wat de autodealer zegt.

De conclusie uit het vooronderzoek is dat de overeenkomsten per discipline en tussen de verschillende disciplines, groter zijn dan de verschillen, ook al werkt de ene vaktherapeut met ouderen en de ander met stemmingsstoornissen. Er is sprake van een overlap van producten, op verschillende plekken werd dezelfde vorm van vaktherapie gegeven, bijvoorbeeld running, maar in de beschrijving konden de lengte van therapie, de indicaties en therapiedoelen verschillen. Ook kon het zijn dat therapiedoelen overeen kwamen, maar het vaktherapeutisch aanbod anders heette.

Het vaststellen van twintig vaktherapeutische producten

In een 'doorpakdag' zijn de vaktherapeuten per discipline een hele dag bij elkaar gekomen. De dag bestond uit vier rondes en het doel was niet te stoppen voordat er consensus bereikt was. Per discipline mochten er vijf producten overblijven met bijbehorende doelen. Deze vijf producten zouden van toepassing zijn op elk zorgprogramma en elke doelgroep.

De eerste ronde bestond uit het opschrijven van alle toegepaste technieken en opdrachten in de vaktherapie. Dus niet 'emotieregulatie' maar 'trampolinespringen', niet 'leren loslaten' maar 'het luisteren naar muziek'. De vraag 'Wat doe je feitelijk?' stond dus centraal.

De tweede ronde bestond uit het ordenen en rubriceren van de interventies. Welke horen bij elkaar, hebben dezelfde kenmerken? Deze opdracht werd halverwege doorgeschoven naar een volgend groepje.

De derde ronde was het beschrijven van doelen per rubriek in tweetallen. Ook deze opdracht werd halverwege doorgeschoven naar een volgend groepje.

De vierde en laatste ronde was de plenaire bijeenkomst waarbij de vijf rubrieken van interventies met de bijbehorende doelen werden gepresenteerd en besproken. Er was veel discussie over de indeling. Er werd besproken of het unieke behandelproces van de vaktherapeut wel te vatten was in de beschrijving van de doelen, en hoe zich dat verhoudt tot modulair werken waarin van tevoren is vastgelegd wat je gaat doen. Mijn taak als projectleider was

de opdracht vanuit de raad van bestuur voor het voetlicht te brengen; om twintig producten te beschrijven die methodisch goed omschreven zijn, die begintermen, indicaties

*De patiënttevredenheid
over vaktherapie scoort
overal gelijk met of iets hoger
dan de totale behandeling*

en meetbare doelen bevatten, waarbij de stoornis het uitgangspunt is.

Zelf ben ik in 1987 afgestudeerd aan Middeloo als dramatherapeut. Een zeer individueel gerichte opleiding die vooral oog had voor het unieke creatieve proces tussen therapeut en patiënt. Het denken vanuit de stoornis heeft bij mij lange tijd weerzin opgewekt. Ik vond het voorbijgaan aan de mens als geheel. Inmiddels werk ik zelf ook klachtgericht. Een patiënt wil ergens vanaf, heeft een duidelijke vraag en ik heb mijn methodiek, hopelijk steeds meer verankerd in wetenschappelijk bewezen modules en producten. Ik herken de discussie, maar de keuzes zijn niet meer aan ons maar gemaakt door de werkgever en zorgverzekeraar.

De beeldend therapeuten kwamen tot zes rubrieken:

- diagnostiek;
- fysieke en zintuiglijke materiaalbeleving;
- experimenterende en structurerende beeldende werkvormen;
- zichtbare en tastbare eindproducten en hun vormgevings-, betekenisgevings- en reflectieproces;
- letterlijke en symbolische verbeelding van het levensverhaal;
- interactioneel beeldend werken.

De vier rubrieken van dramatherapie:

- structurerende dramatherapie;
- improvisatie;
- rollenspel;
- psychodrama.

De zeven rubrieken van muziektherapie:

- observatie binnen muziektherapie;
- vocale expressieve muziektherapie;
- instrumentale muziektherapie;
- receptieve muziektherapie;
- interactionele muziektherapie;
- ontwikkelen van muzikale vaardigheden;
- neurologische muziektherapie.

De psychomotorisch therapeuten kwamen tot zes rubrieken:

- observatie en diagnostiek;
- ervaringsgericht bewegen;
- lichaamsbewustwording;
- lichaamsgericht aandachtswerk;
- bewegingsgerichte activering;
- interactioneel bewegings- en lichaamsgericht werk.

Iedereen ging moe naar huis maar ook met het gevoel dat ze iets hadden gemaakt dat dicht bij de praktijk stond, ondanks dat het over de 'buitenkant van de auto' moest gaan.

De ordening en het verdwijnen van observatie en diagnostiek uit de matrix

Na de doorpakdag heb ik de gemaakte producten en doelen bekeken op hun samenhang en overeenkomsten en is geprobeerd opnieuw te ordenen. Vanuit de organisatie kwam al snel het geluid dat er geen behoefte was aan observatie en diagnostiek door vaktherapeuten. Immers de diagnostiek was al rond op het moment dat een patiënt aangemeld was bij een zorgprogramma. Dat er nog incidentele vragen waren op specifieke afdelingen was niet genoeg om de rubriek Observatie en Diagnostiek overeind te houden. Het wegvallen van deze rubriek heeft pijn gedaan. Dat observatie en ook diagnostiek altijd gedaan wordt binnen het therapeutisch proces blijft natuurlijk aan de orde. Deze vraag ligt bij het behandelteam en bij vaktherapeuten.

Uiteindelijk zijn vijf overkoepelende begrippen gekozen die de samenhang in de diverse producten aangaf. De begrippen zijn de indicatiegebieden geworden waarvoor de vaktherapie op Pro Persona een aanbod heeft ontwikkeld. Deze indicatiegebieden zijn:

- stabiliserende en structurerende vaktherapie;
- vaktherapie: aandachtsregulatie;
- vaktherapie: emotieregulatie;
- verwerkingsgerichte vaktherapie;
- vaktherapie: coping en vaardigheden.

Dit voorstel, met een herschikking van de bijbehorende doelen, is per discipline besproken in een aantal overleggen op diverse locaties. Het leverde felle discussies op, bijstellingen van doelen, weghalen, terugbrengen, herformuleren, et cetera. Op 15 mei 2014 zijn de productbeschrijvingen vastgesteld en elk van de negentien vormen van vaktherapie was beschreven, zie Tabel 6.

De productbeschrijvingen

Het beleid van Pro Persona is dat de stoornis bepalend is voor de behandeling. Therapie wordt opgevat als een 'geneesmiddel' met vooraf bepaalde ingrediënten, een

Tabel 6: De Matrix Vaktherapie.

Indicatie-gebieden Disciplines	Activerende & Stabiliserende Vaktherapie	Vaktherapie Aandachts-regulatie	Vaktherapie Emotie-regulatie	Verwerkings-gerichte vaktherapie	Vaktherapie: Ont-wikkelen van Coping & Vaardigheden
Beeldende therapie	1. Activerende & stabiliserende Beeldende Therapie	2. Beeldende Therapie: Aandachtsregulatie	3. Beeldende Therapie: Emotieregulatie	4. Verwerkings-gerichte Beeldende Therapie	5. Interactionele Beeldende Therapie
Drama therapie	6. Structurerende Dramatherapie		7. Dramatherapie Emotieregulatie	8. Verwerkingsgerichte Dramatherapie	9. Interactiedrama
Muziek therapie	10. Muziektherapie Instrumentale improvisatie	11. Receptieve Muziektherapie	12. Muziektherapie Emotieregulatie	13. Vocale expressieve Muziektherapie	14. Muziektherapie: Coping en Vaardig-heden
Psycho-motorische therapie	15. PMT Bewegings-gerichte Activering	16. PMT Lichaams-gericht aandachts-werk	17. PMT Emotie-regulatie	18. Verwerkings-gerichte PMT	19. Interactionele PMT

bepaalde dosering en een beoogd effect. De vaktherapeu-
ten moeten door deze visie af van het individueel per patiënt
bedenken hoe we het therapieproces opzetten. Modules of
protocollen voor de beste behandeling voer je uit, die be-
denk je niet steeds opnieuw. Modules en protocollen kun-
nen ook transdiagnostisch worden aangeboden: dezelfde
module bij verschillende zorgprogramma's.

*Mijn ervaring is dat het voor veel vaktherapeuten als een
verlies voelt om modulair of protocollair te gaan werken. Het
voelt als een inperking van de vrijheid; niet alles meer kun-
nen doen, je minder te laten leiden door het moment en je
intuïtie, maar de methodiek leidend laten zijn.*

De volgende stap in dit project was de matrix voorzien
van productbeschrijvingen. Een productbeschrijving is een
korte beschrijving van de inhoud, de literatuur, wetenschap-
pelijk onderzoek, de doelen, in- en exclusiecriteria en de
frequentie. Elke productbeschrijving is op te vatten als een
opzichzelfstaande therapie of als een fase in een lopend
therapieproces. Doel van de productbeschrijvingen was de
vaktherapie zelf te beschrijven en het nog niet te koppelen
aan een zorgprogramma.

De koppeling van de matrix aan de diverse zorgprogram-
ma's en/of zorgpaden is een volgende stap in het proces.

De gedachte was dat eerst samenhang en overzicht in de
eigen praktijk aangebracht moest worden voordat bekeken
kon worden welke producten in welk zorgprogramma thuis
hoorden.

Bijna alle vaktherapeuten gaven terug dat ze hun therapie-
aanbod hadden ingedeeld in de matrix en ze elke therapie
of module er in kwijt konden. Het werkte. Eind januari 2014
hebben twee leden van de commissie module- en product-
ontwikkeling van de FVB een dag onderwijs gegeven in
het vinden van literatuur en het schrijven van een module.

*Modules voor
de beste behandeling
voer je uit, die bedenk je
niet steeds opnieuw*

De productbeschrijvingen zijn in consensus geschreven;
alle vaktherapeuten van dezelfde discipline konden op elk
moment feedback geven op het product.

*Inmiddels is het januari en begeeft de digitale dossierkast
het, door de overschakeling van Pro Persona op een nieuw*

stelsysteem. Wat een pech, veel ingestuurde documenten zijn niet meer te lezen. Wat gered kan worden zet ik over op een nieuw intern systeem vergelijkbaar met LinkedIn. Er is frustratie, de druk wordt voor veel vaktherapeuten hoog om naast hun werk ook nog de productbeschrijvingen te maken.

Op 1 juni 2014 zit het erop. De matrix met productbeschrijvingen is klaar, de resultaten van de patiënttevredenheidsmeting zijn verwerkt in een rapport en de eindrapportage over het gehele project met aanbevelingen ligt klaar ter bespreking met de raad van bestuur, de hoofden zorg en de diverse locatiedirecteuren. Ik verzorg een korte presentatie in het managementoverleg en kom met mijn aanbevelingen voor een vervolgproject.

Er is veel lof voor de helderheid die de matrix verschaft, maar al snel gaat de discussie toch weer over de spagaat voor de hoofden zorg om enerzijds evidence-based zorgprogramma's te ontwikkelen en tegelijkertijd vaktherapie erin op te moeten nemen. Er wordt besloten vaktherapie te schrappen uit de korte DBC's tot 3000 minuten. Daarnaast wordt besloten tot een vervolgproject waarin de vaktherapie op basis van de matrix vaktherapie gekoppeld gaat worden aan de zorgprogramma's. De uitkomst van het overleg geeft gemengde gevoelens onder vaktherapeuten.

Reflectie en aanbevelingen voor de toekomst

De leidraad waar ik me in dit project te allen tijde aan vast heb gehouden was:

- Ik ga niemand overtuigen van het nut van vaktherapie.
- Vaktherapie is werkzaam tenzij uit onderzoek blijkt van niet, dan schaffen we het af.
- Het gaat om goede patiëntenzorg, niet om het behoud van vaktherapie. Ik wilde uitdrukkelijk geen ambassadeur voor vaktherapie zijn, ik wilde de twee gestelde opdrachten uitvoeren om op de lange termijn vaktherapie te kunnen behouden voor Pro Persona.
- Vaktherapeuten moeten modulair gaan werken in de GGZ om aansluiting te houden met de huidige vraag vanuit de maatschappij. Limitering in tijd, meetbare doelen, een heldere focus: therapie is kostbaar.

Het leiden van een project van deze omvang kan niet zonder uitdrukkelijk mandaat van de raad van bestuur en daarmee het management. Toch zijn er voor mij momenten geweest waarin mijn rol van projectleider, het zelf drama-therapeut en collega vaktherapeut zijn, lastig te combineren was. Als projectleider weet je vaak meer dan er gezegd kan worden en soms moet je standpunten verdedigen die niet helemaal de jouwe zijn. Soms moet je mensen motiveren, soms afremmen. Ook als het ging om medewerking verkrij-

gen van de vaktherapeuten heb ik soms een managementlijn moeten inschakelen om toestemming te krijgen voor deelname aan dit project.

Mijn ervaring is dat vaktherapeuten niet makkelijk in beweging te krijgen zijn. Liever zijn we bezig in ons lokaal met patiënten. We voelen ons beknot in de vrijheid op het moment dat iets vastgelegd wordt. We roepen wel dat we het belangrijk vinden dat er onderzoek komt, maar we willen liever niet doen wat daarvoor nodig is, zoals werken volgens richtlijnen. Dit project is een eerste ordening en beschrijving

*Vaktherapeuten zijn
niet makkelijk in beweging te krijgen.
Liever zijn we bezig in ons lokaal
met patiënten*

en heeft ook diezelfde weerstand ondervonden. Tegelijkertijd blijft het onduidelijk wat de effecten zullen zijn van dit project. Het vervolgproject dat nu loopt zal daar meer concrete antwoorden op geven.

Kortom: het gaat om durven vastleggen van 'Wat doet de vaktherapeut, waar ligt de expertise en wanneer kan beter verwezen worden naar een andere discipline?' We hoeven niet alles te kunnen: we moeten doen waar we goed in zijn en daar beter in worden.

Tot slot

Dit project heeft niet de officiële structuur van de Delphi-methode gevolgd. We zijn immers niet gestart met een schriftelijke vragenlijst. De rest van het project, met name het tot stand komen van de matrix en de productbeschrijvingen, heeft wel alle kenmerken van een consensus-based onderzoek. Het patiënttevredenheidsonderzoek is een waarderingsonderzoek en voldoet aan de eisen die daaraan gesteld mogen worden.

Noten

1. Cliëntwaardering in de ggz: vragenlijsten en handleiding: GGZ thermometer voor de volwassenen (versie 2003) en de GGZ Jeugd-thermometer (versie 2003).
2. Uitgever: GGZ Nederland, 2003

Over de auteur

Karin Hilderink is dramatherapeut, supervisor en manager in de zorg. De afgelopen twaalf jaar heeft ze gewerkt op Overwaal, een kliniek voor mensen met angststoornissen, onderdeel van Pro Persona. Als projectleider heeft ze dit project ontwikkeld en geleid en inmiddels leidt ze een tweede project voor Pro Persona gericht op de koppeling tussen vaktherapie en zorgprogramma. Karin is voorzitter

geweest van de NVDT en was tot 2014 bestuurslid van de FVB met de portefeuille belangenbehartiging, waaronder de herziening van het beroepsregister en het vaststellen van het beroepsprofiel in samenwerking met GGZ Nederland. Momenteel doet ze onderzoek naar de Dramatherapeutische Zelfbeeldmodule bij mensen met een angststoornis. E: karinhilderink@gmail.com

Samenvatting

Dit artikel is een weergave van het project Positionering Vaktherapie op Pro Persona om de toevoeging van vaktherapie aan de zorgprogramma's theoretisch gefundeerd en beredeneerd te laten verlopen. De cultuuromslag die hiervoor nodig was binnen de vaktherapie, van procesmatig werken met de individuele patiënt als uitgangspunt, naar modulair en stoornisgerichte vaktherapie, wordt uitvoerig beschreven. Het project heeft een patiënttevredenheidsonderzoek over vaktherapie en de Matrix Vaktherapie opgeleverd. De Matrix Vaktherapie is een ordening op basis van indicatiegebieden waarin alle producten vaktherapie onder te brengen zijn. Disciplines die hebben meegewerkt aan dit project zijn beeldende therapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie. ■

advertentie



Master of Arts Therapies

Laatste jaar met subsidie!

MASTER OF ARTS THERAPIES

Een tweejarige deeltijd masteropleiding voor vaktherapeuten

Centraal staan evidence-based & research-based werken

Wil je

- je als professional verder ontwikkelen?
- je meer verdiepen in je eigen vaktherapeutische discipline?
- leren hoe je een product of richtlijn moet ontwikkelen?
- je als vaktherapeut meer profileren?
- je vakgebied leren onderbouwen met evidence?
- leren hoe je praktijkgericht onderzoek kunt verrichten?

dan is de Master of Arts Therapies iets voor jou !

Start: september 2015
Locatie: grotendeels in Utrecht e.o.

Meer informatie:
045-4006484
brenda.nieuwenhuizen@zuyd.nl
www.kenvak.nl

KEN VAK

Wat zeggen de studenten?

"Dankzij de Master of Arts Therapies heb ik nu de baan, waar ik naar op zoek was. En dat binnen een jaar na mijn diplomering!" Clarinda van Lunteren

"De Master of Arts Therapies bleek een zeer goede basis voor mijn promotietraject." Monique van Bruggen – Rufi

"Ik word dagelijks gewezen op de meerwaarde die deze opleiding mij heeft gegeven. De opleiding heeft deuren voor mij geopend waarvan ik voorheen niet eens durfde dromen." Niek Ghekiere

"De opleiding was een antwoord op mijn behoefte aan verdieping in mijn therapeutschap en bood mij een theoretische verantwoording als beeldend therapeut." Gemmy Willems