

Na de breuk in de levenslijn

Een kwalitatief onderzoek naar behandeldoelen voor vaktherapie beeldend in de CVA-zorg binnen een woonzorginstelling in het kader van Positieve Gezondheid.



Studie	Vaktherapie beeldend
Module	KTOPOV
Opdrachtgevers	WZH: Chrissy Ketler, Thomas Ritter
Docentbegeleider	Barbara van de Loo
Inleverdatum	1 ^e gelegenheid, 11 juni 2019
Student	Rozemarijn Smids, VT4B1, s1095660



Samenvatting

Dit onderzoek is ontstaan vanuit een praktijkprobleem binnen WoonZorgcentra Haaglanden (WZH). Binnen WZH bleek dat veel medebehandelaren over niet genoeg kennis beschikten om door te verwijzen naar vaktherapie. Door vaktherapie beeldend in het toekomstige CVA-verbeterplan op te nemen wordt er voor behandelaren van de CVA-doelgroep duidelijk wanneer vaktherapie beeldend ingezet kan worden. Zo is de volgende onderzoeksvraag voor dit onderzoek ontstaan:

Aan welke behandeldoelen kan vaktherapie beeldend bijdragen bij de CVA-zorg binnen een multidisciplinair team in een woonzorginstelling in het kader van Positieve Gezondheid volgens beeldende vaktherapeuten en medebehandelaren?

Om de deelvragen en de hoofdvraag te beantwoorden werd kwalitatief onderzoek uitgevoerd met kwalitatieve survey als methode. Als meetinstrument is er gebruikt gemaakt van een half gestructureerd interview. Er zijn acht beeldende vaktherapeuten geïnterviewd. Daarnaast zijn twee psychologen, een specialist ouderengeneeskunde en een fysiotherapeut geïnterviewd.

De resultaten zijn onder te verdelen in vijf directe behandeldoelen en twee indirecte behandeldoelen voor vaktherapie beeldend volgens de respondenten. De directe behandeldoelen richten zich op het versterken van autonomie, zelfvertrouwen, zelfbeeld; reguleren en uiten van emoties; contact maken met het gevoelsleven; reguleren van spanning en het verwerken van verlieservaringen. De indirecte doelen richten zich op verbetering van lichaamsbeweging en sociale omgang. Al deze behandeldoelen zijn ondergebracht binnen de pijlers in de Positieve Gezondheid. Concluderend levert vaktherapie beeldend binnen de Positieve Gezondheid de grootste bijdrage aan de pijlers mentaal welbevinden, zingeving en kwaliteit van leven volgens alle respondenten. Daarnaast is een opvallend behandeldoel volgens de geïnterviewde beeldende vaktherapeuten dat vaktherapie beeldend ingezet kan worden voor diagnostiek bij CVA-cliënten.

In deze resultaten zijn de belangrijkste beperkingen van dit onderzoek meegenomen; twee respondenten zijn werkzaam in een revalidatiesetting, de respondenten gebruikten andere woorden voor dezelfde bedoelde term en de respondenten zijn niet representatief voor het gehele werkveld. De resultaten zijn gebundeld tot een productschrijving, gericht op de behandeldienst van WZH, waarin inzichtelijk is gemaakt wanneer en waarvoor er naar vaktherapie beeldend doorverwezen kan worden bij CVA-cliënten in een woonzorginstelling.

Als aanbeveling voor vervolgonderzoek zou het een aanwinst zijn voor WZH om eenzelfde onderzoek uit te voeren voor vaktherapie muziek, zodat muziektherapie ook geïmplementeerd kan worden in het CVA-verbeterplan.

Voorwoord

Het afstudeeronderzoek 'Na de breuk in de levenslijn' is ontstaan vanuit de module praktijkgericht onderzoek in het vierde jaar van de studie vaktherapie beeldend (voorheen kunstzinnige therapie) in opdracht van stage instelling WoonZorgcentra Haaglanden.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag heb ik middels een kwalitatieve survey acht vaktherapeuten, twee psychologen, een specialist ouderengeneeskunde en een fysiotherapeut mogen interviewen. Dit was een interessante en waardevolle ervaring. Het was inspirerend om op verschillende werkplekken van vaktherapeuten te komen en alle informatie vanuit het werkveld te verkrijgen.

Tijdens dit onderzoek stonden mijn onderzoeksbegeleider, [Barbara van de Loo](#), en mijn opdrachtgevers [Chrissy Ketler](#) en [Thomas Ritter](#), altijd voor mij klaar. Zij hebben mij actief gestimuleerd en meegedacht aan het tot stand komen van dit onderzoek. Middels deze weg wil ik mijn onderzoeksbegeleider en opdrachtgevers bedanken voor de goede begeleiding tijdens dit onderzoeksproces.

Daarnaast wil ik alle vaktherapeuten; Linda van de Zande, Chrissy Ketler, Yvonne Peschier, Claudia Kirchner, Janneke Steentjes, Gina Polis, Nienke de Kreuk en Collete Taks bedanken. Het was inspirerend om alle kennis uit het werkveld te verkrijgen en allerlei verschillende werklocaties te bezoeken. Ook wil ik medebehandelaren bij WoonZorgcentra Haaglanden bedanken die tevens respondent waren; Thomas Ritter, Egbert Worms, Marieke Kuijt-Varkevisser en Bistra Veleva. Tot slot gaat mijn dank uit naar medestudente Laura Schepens, met wie ik samen de vaktherapeuten heb geïnterviewd!

Ik wens u veel inzichten en leesplezier toe.

Rozemarijn Smids
Leiden, 3 juni 2019.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
1.1 Aanleiding van het onderzoek	5
1.2 Relevantie van het onderzoek	5
2. Theoretisch kader	6
2.1 Cerebrovasculair Accident	6
2.2 Gevolgen van een CVA	6
2.3 Fasering en behandeling bij CVA	7
2.4 Antroposofische visie op CVA	7
2.5 Vaktherapie beeldend	8
2.6 Positieve Gezondheid	8
2.7 Eerder onderzoek	9
3. Probleemstelling	10
3.1 Praktijkprobleem	10
3.2 Doelstelling van het onderzoek	10
3.3 Praktijkproduct	10
4. Onderzoeksvraag	11
5. Methode	13
5.1 Kwalitatief onderzoek en methode	13
5.2 Methode van dataverzameling	13
5.3 Meetinstrument	14
5.4 Triangulatie	14
5.5 Methode van dataverwerking en analyse	14
5.6 Praktijkproduct	15
6. Resultaten	16
6.1 Deelvraag 1	16
6.2 Deelvraag 2	17
6.3 Deelvraag 3	19
6.4 Deelvraag 4	20
6.5 Deelvraag 5	22
7. Discussie	25
7.1 Belangrijkste resultaten	25
7.2 Kritische bespreking	25
7.3 Maatschappelijke betekenis	26
7.4 Vervolgonderzoek	26
8. Conclusie	27
Literatuurlijst	28
Bijlage	30
Bijlage 1: Praktijkproduct voor WZH	31
Bijlage 2: Feedbackformulier opdrachtgever 1 over praktijkproduct	42
Bijlage 3: Feedbackformulier opdrachtgever 2 over praktijkproduct	43
Bijlage 4: Samenwerking met opdrachtgevers, onderzoeksbegeleider, medestudent	44
Bijlage 5: Overzicht mogelijke gezondheidsproblemen en opties voor behandeling na CVA	45
Bijlage 6: Behandeldoelstellingen van de FVB	46
Bijlage 7: Codeboek voor dataverwerking	47
Bijlage 8: Interviews met vaktherapeuten beeldend	48
Bijlage 9: Interviews met medebehandelaren	87

1. Inleiding

1.1 Aanleiding van het onderzoek

In het vierde jaar van de studie Vaktherapie beeldend te Leiden wordt er een afstudeeronderzoek geschreven. Dit afstudeeronderzoek is gekoppeld aan mijn stage adres; Het Anker, onderdeel van WoonZorgcentra Haaglanden (WZH). Het WZH bestaat uit twaalf locaties rondom Den Haag. Het Anker is gespecialiseerd in somatische zorg voor ouderen. Somatische zorg is zorg bij een chronische lichamelijke aandoening, zoals bij de ziekte van Parkinson, na een CVA of een chronische longziekte zoals COPD (WoonZorgcentra Haaglanden, 2019).

Er leeft veel onduidelijkheid rondom verwijzingen naar vaktherapie beeldend binnen WZH volgens vaktherapeut Ketler (persoonlijke mededeling, februari 2019). Voor doorverwijzers, zoals specialisten ouderengeneeskunde en psychologen binnen het WZH is het niet altijd duidelijk wanneer en waarvoor vaktherapie ingezet kan worden. Met name nu de inzet van vaktherapie groeit binnen de instelling door de aanstelling van nieuwe vaktherapeuten is er behoefte aan meer duidelijkheid zodat de doorstroom naar vaktherapie verbetert en de vaktherapeuten optimaal worden ingezet.

In WZH locatie het Anker wordt er een verbeterplan rondom de CVA-zorg (cerebrovasculair accident) ontwikkelt, waarin vaktherapie wordt opgenomen. Voor dit verbeterplan wordt er als leidraad het model Positieve Gezondheid gebruikt. In Positieve Gezondheid staat een betekenisvol leven centraal. Mensen zijn niet hun aandoening of ziektebeeld. Toch wordt er hier in de zorg nog grotendeels op gefocust. Het accent binnen de Positieve Gezondheid ligt niet op het ziek zijn, maar op de mensen zelf en wat hun leven betekenisvol maakt (IPH, 2019).

Opdrachtgevers fysiotherapeut Ritter en beeldend vaktherapeut Ketler zien hier de mogelijkheid een eerste stap te maken richting duidelijkheid voor vaktherapie, door een praktijkproduct te leveren met betrekking tot vaktherapie beeldend in combinatie met de CVA-zorg binnen een multidisciplinair behandelteam. In dit praktijkproduct zal duidelijk worden wanneer er doorverwezen kan worden naar vaktherapie beeldend, aan welke behandeldoelstellingen vaktherapie beeldend kan bijdragen in de CVA-zorg binnen een multidisciplinair behandelteam en hoe deze onder de pijlers van de Positieve Gezondheid passen.

1.2 Relevantie van het onderzoek

Dit onderzoek naar behandeldoelen voor vaktherapie beeldend binnen de CVA-zorg is ontstaan door een praktijkprobleem, wat de relevantie van het onderzoek voor de praktijk groot maakt. Het praktijkproduct wordt uiteindelijk WZH breed ingezet (twaalf woonzorglocaties) en komt de verwijzing naar vaktherapie beeldend ten goede. Het is zowel relevant voor de doorverwijzers als de vaktherapeuten zelf. Ook is het relevant voor andere gelijksoortige woonzorginstellingen waar vaktherapeuten werkzaam zijn in de CVA-doelgroep. Het praktijkproduct is gericht op medebehandelaren van de vaktherapeuten, waardoor het toegankelijk leesbaar is wanneer er geen kennis van vaktherapie is. Dit praktijkproduct zal nieuwe kennis leveren over wanneer en waarvoor vaktherapie beeldend ingezet kan worden bij CVA-cliënten binnen een woonzorginstelling. Daarnaast is de CVA-doelgroep groeiende (Volksgezondheid, 2019). Zo kan dit onderzoek ook in de toekomst nog van pas komen, wanneer de CVA-doelgroep binnen woonzorginstellingen groter wordt en het helder is wanneer en waarvoor vaktherapie beeldend doorverwezen kan worden.

2. Theoretisch kader

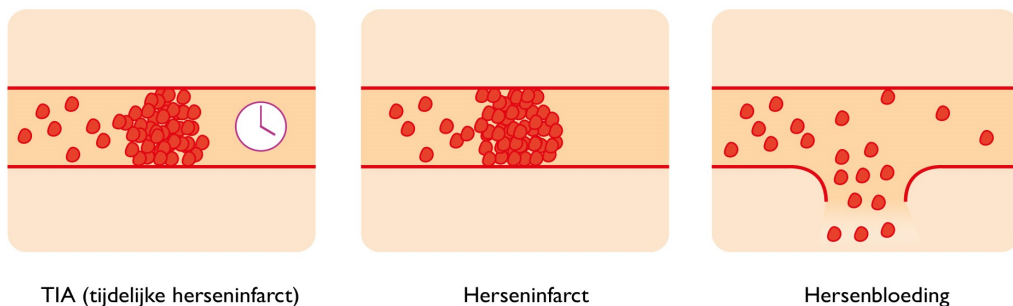
2.1 Cerebrovasculair Accident

De medische term voor een beroerte is een Cerebrovasculair Accident, ofwel CVA. Dit betekent letterlijk een 'ongeluk in de bloedvaten in de hersenen'. Een CVA kan ontstaan door een slechte kwaliteit van de binnenwand van de bloedvaten. Dit kan komen door ouderdom, een ongezonde levensstijl, een te hoge bloeddruk of een verhoogd cholesterolgehalte (Hersenstichting, 2019).

Er zijn drie verschillende vormen van een beroerte (zie Figuur 1);

- TIA
Bij een TIA is er sprake van een tijdelijk verminderde bloedtoevoer in de slagaderen van de hersenen. De symptomen houden kort aan, daarom wordt een TIA gezien als een lichte beroerte. Als een TIA langer duurt dan 24 uur is er sprake van een herseninfarct.
- Herseninfarct
In de meeste gevallen (80%) gaat het bij een beroerte om een herseninfarct. Bij een infarct raakt een slagader in de hersenen vernauwd of verstopt, waardoor de bloedtoevoer stopt.
- Hersenbloeding
Een hersenbloeding wordt veroorzaakt door een of meerdere kapotte bloedvaten. Het bloed drukt een deel van het hersenweefsel weg waardoor het beschadigd raakt.

(Hersenletsel-uitleg, 2019 & Hersenstichting, 2019)



Figuur 1: Verschillende vormen van een beroerte (Hersenstichting, 2019).

2.2 Gevolgen van een CVA

De gevolgen van een CVA hangt af van de plek in de hersenen die is aangetast en de hoeveelheid weefsel die is beschadigd. De gevolgen kunnen zichtbaar zijn, bijvoorbeeld door verlamming van het lichaam, hoe iemand zich beweegt of spreekt. Ook kunnen de gevolgen onzichtbaar zijn, zoals veranderingen in het denken en de persoonlijkheid van de mens.

De meest voorkomende gevolgen volgens de Hersenstichting (2019) zijn:

- (Eenzijdige) verlamming in het lichaam en/of gezicht
- (Eenzijdige) gevoelloosheid en tintelingen in het lichaam
- Taal- en/of spraakproblemen
- (Zware) vermoeidheid
- Overgevoeligheid voor omgevingsprikkels (overprikkeling)
- Angst, stemmingswisselingen of emotionele instabiliteit
- Moeite met plannen en organiseren

2.3 Fasering en behandeling bij CVA

Volgens MUMC+ (z.d.) bestaat de behandeling na een CVA uit drie verschillende fasen: de acute fase, de revalidatiefase en de chronische fase (ofwel behandeling op lange termijn):

- De acute fase

De eerste fase is de acute fase, in deze fase wordt de persoon die een CVA heeft gekregen opgenomen in het ziekenhuis. Door middel van aanvullend onderzoek kan de neuroloog zien welke delen van de hersenen getroffen zijn. De verdere behandeling is gericht op het voorkomen van nieuwe hart- en vaatziekten. Er kan ook een ernstige vernauwing van een halsslagader ontdekt worden, dan wordt deze gelijk behandeld (MUMC+, z.d.).

- De revalidatiefase

In de revalidatiefase is de behandeling vooral gericht op het weer voorzichtig beginnen met bewegen, oefenen met dagelijkse verzorging en het herstellen van de lichaamsbalans. Het meeste herstel vindt na een CVA plaats in de eerste maanden. De revalidatie fase duurt ongeveer zes maanden, daarna wordt het de chronische fase genoemd. Bij 1 op de 5 mensen met een CVA is blijvende verpleging nodig, zoals de verplegingszorg in het WZH.

In de revalidatie worden meerdere disciplines betrokken. Zo worden de fysiotherapeut en ergotherapeut ingezet voor het herstel van de bewegingsfuncties en alledaagse handelingen. De logopedist helpt mee met spraak-, taal- en slikproblemen. De psycholoog kan ingezet worden voor geheugen-, aandachts- en/of gedragsstoornissen (Hartstichting, 2019).

Een uitgebreider overzicht voor behandelingen van de gevolgen van een CVA is toegevoegd in Bijlage 5 (Van Gorp et al., 2016).

- De chronische fase

De behandeling in de chronische fase is meestal gericht op het voorkomen van een nieuwe beroerte. Risicofactoren zoals een hoge bloeddruk en een hoog cholesterol worden behandeld. Daarnaast krijgt de patiënt leefstijladviezen zoals stoppen met roken, afvallen en meer bewegen (MUMC+, z.d.).

Er is echter weinig informatie te vinden over de behandeling op langere termijn. Uit onderzoek (Visser-Meily, Heugten, Schepers & van den Bos, 2007) blijkt dat er te weinig aandacht is voor de chronische klachten van een CVA, naast de lichamelijke klachten, bij patiënten die weer thuis konden wonen. Volgens Visser-Meily, Heugten, Schepers en van den Bos (2007) komen de meeste cognitieve en emotionele problemen pas in de chronische fase van de ziekte tot uiting, als de patiënt uit revalidatiefase is. Visser-Meily, Heugten, Schepers en van den Bos (2007) schrijven:

“De zorg in de chronische fase vraagt om een verschuiving van ‘disease management’ (behandeling) naar ‘disability management’ (leren omgaan met blijvende problemen op activiteiten- en participatieniveau)” (p.2753).

Binnen WZH zijn er cliënten met een CVA uit fase 2 en fase 3 te vinden. De meeste cliënten in het Anker met een CVA bevinden zich in fase 3, de chronische fase, omdat zij niet meer zonder zorg kunnen. Het Anker is dan ook een plek waar de cliënten blijven wonen, en is niet gericht op het weer terug naar huis gaan (Ritter, persoonlijke mededeling, februari 2019).

Het komt ook voor dat cliënten in de revalidatiefase (fase 2) in het Anker wonen, dan hebben zij daar (opnieuw) een CVA gekregen. De behandeling wordt dan weer op revalidatie gericht, maar de cliënten zullen in het Anker blijven wonen.

2.4 Antroposofische visie op CVA

Witsenburg (2015) schrijft dat een CVA in het hoofd plaatsvindt, maar tot uiting komt in het lichaam door uitval van handelingen, motorisch of in de spraak. Omdat er verder geen literatuur over de antroposofische visie op CVA is te vinden, wordt er ook gekeken naar literatuur over niet aangeboren hersenletsel (NAH), omdat CVA hieronder valt. Dit onderzoek beperkt zich tot de term CVA omdat NAH een té breed begrip is.

Bruin, Beemster en Löwenthal-Klasema (2014) schrijven over NAH het volgende: *“Het trauma is allereerst een beschadiging van het fysieke lichaam. Het heeft een negatieve invloed op het*

functioneren van het psychische niveau en werkt verlamrend op het functioneren van het mentale niveau: het Ik” (p. 26).

Wolf (2015) (zoals aangehaald in: Geluk, 2015) zijn antroposofische visie met betrekking tot NAH sluit hierop aan. Volgens Wolf (2015)(zoals aangehaald in: Geluk, 2015) is de individualiteit van een mens, het Ik, grotendeels beschadigd, hierdoor is het voor NAH-cliënten moeilijk om hun gedrag en hun leven te ‘sturen’. Doordat deze sturing lastig is, veranderen aspecten van het Ik, zoals ontremming, agressie, zelfredzaamheid, enthousiasme en het nemen van initiatieven.

Voor de omgeving is het daarnaast alsof de mens met NAH totaal is veranderd in vergelijking met de mens vóór het trauma. Er is vaak sprake van bewustzijnsverlies of persoonlijkheidsverandering (Bruin, Beemster & Löwenthal-Klasema, 2014). Daarom wordt het trauma ook wel een breuk in de levenslijn genoemd.

2.5 Vaktherapie beeldend

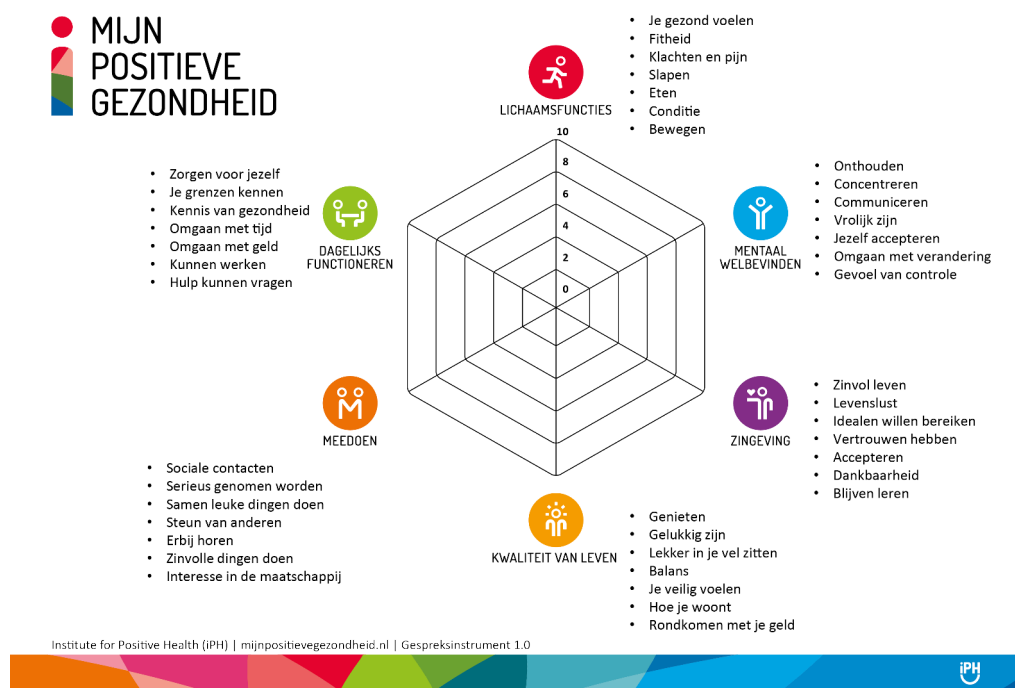
Vaktherapie beeldend is een non-verbale therapievorm waarbij beeldende interventies en materialen gericht ingezet worden om ontwikkeling en persoonlijke processen te stimuleren (Ketler & Wolf, 2019). Beeldende vaktherapie is een ervaringsgerichte therapie, waarbij het om het proces gaat en niet om het resultaat van het beeldend werk. Binnen de beeldende vaktherapie wordt de gezond makende kant van de mens aangesproken (NVKT, 2019).

2.6 Positieve gezondheid

Voormalig huisarts en onderzoeker Huber startte in 2011 met haar onderzoek over het concept van gezondheid. De definitie over gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) uit 1948 bleek niet meer van deze tijd te zijn. Volgens het WHO is gezondheid een toestand van compleet welbevinden; lichamelijk, psychisch en sociaal. Door deze definitie zou vrijwel niemand gezond zijn volgens Huber (IPH, 2019).

Inzichten van een internationale conferentie leidden tot een nieuw concept: gezondheid als het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven (IPH, 2019).

Vanuit dit concept is Huber via een uitgebreid onderzoek naar de meningen van patiënten en zorgprofessionals tot de Positieve Gezondheid gekomen, en heeft deze gevisualiseerd in een model in de vorm van een spinnenweb (zie Figuur 2).



Figuur 2: Model Positieve Gezondheid (IPH, 2019).

In Positieve Gezondheid staat een betekenisvol leven centraal. Mensen zijn niet hun aandoening of ziektebeeld. Toch wordt er in de zorg nog grotendeels op de ziekte gefocust. De meeste aandacht gaat uit naar de klachten en gezondheidsproblemen van patiënten, en hoe deze opgelost kunnen worden. Positieve Gezondheid kiest een andere invalshoek. Het accent ligt hier niet op het ziek zijn, maar op de mensen zelf en wat hun leven betekenisvol maakt (IPH, 2019).

Positieve Gezondheid is de leidraad voor het CVA-verbeterplan van het WZH. Ter verduidelijk van mijn onderzoek is er besloten om de vaktherapeutische doelstellingen van de Federatie Vaktherapeutische beroepen (FVB) te verweven met de pijlers van de Positieve Gezondheid. Uit de meest voorkomende behandeldoelen voor vaktherapie heeft de FVB algemene behandel doelstellingen voor vaktherapie geëxtraheerd (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Deze doelstellingen zijn te vinden in Bijlage 6.

Het Positieve Gezondheid Model wordt gebruikt om het eindproduct zo passend mogelijk te maken voor de opdrachtgever. Daarnaast is dit model toegankelijk voor andere zorginstaties, waardoor het onderzoek voor woonzorginstellingen los van WZH ook relevant is.

Per pijler van de Positieve Gezondheid wordt er gekeken naar welk vaktherapeutisch behandel doel van de FVB hierin past.

2.7 Eerder onderzoek

Tot op heden is er nog geen vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd op het gebied van behandel doelen voor vaktherapeuten beeldend bij CVA-cliënten. Momenteel werkt het Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg aan het onderzoek 'Behandel doelen Antroposofische Gezondheidszorg'. Deze gaat uit van behandel doelen in algemene zin en is niet specifiek toegespitst op behandel doelen die bij CVA-zorg relevant zijn (Hogeschool Leiden, z.d.). Daarom is dit onderzoek een mooie aanvulling. Ook de Federatie Vaktherapeutische Beroepen heeft tot op heden geen vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd. Uit het zoeken in databanken zoals Education Research Complete, PsychINFO en Behavioral Sciences Collection blijkt dat er hier ook geen vergelijkbaar onderzoek of informatie over te vinden is. Naast bovenstaande informatie zijn er enkele verouderde (< 2014) casestudies te vinden over CVA en vaktherapie, welke niet specifiek gericht zijn op behandel doelen. In databanken is er ook gezocht op de doelgroep niet aangeboren hersenletsel, omdat CVA hier ook onder valt. Ondanks deze tweede zoekterm is er geen bruikbare informatie naar boven gekomen.

3. Probleemstelling

3.1 Praktijkprobleem

Binnen WZH werken meerdere vaktherapeuten, zowel disciplines beeldend als muziek. Steeds meer behandelaren en overige medewerkers gaan het belang van vaktherapie voor de cliënten inzien. Mede hierdoor zijn er nieuwe vaktherapeuten aangenomen volgens Ketler (persoonlijke mededeling, maart 2019). Toch is er binnen WZH voor veel behandelaren van cliënten met CVA onduidelijk wanneer zij wel of geen doorverwijzing geven naar de vaktherapeut. Het team van behandelaren beschikt nog over onvoldoende kennis om goed te kunnen inschatten voor welke soort problematieken en hulpvragen vaktherapie beeldend ingezet kan worden volgens opdrachtgevers Ketler en Ritter (persoonlijke mededeling, februari 2019). Dit belemmert de doorstroom naar de vaktherapeut en verhindert een kans tot ontwikkeling voor de cliënt. De inzetbaarheid van de vaktherapeut is hierdoor niet optimaal. Momenteel wordt er gewerkt aan verbetering van de CVA-zorg, vaktherapie beeldend zal hierbij ook worden opgenomen als interventie. Een van de opdrachtgevers van dit onderzoek (Ritter, fysiotherapeut) is deels verantwoordelijk voor het CVA-zorg verbeterplan en ziet graag dat vaktherapie een actievere rol zal innemen binnen de CVA-zorg. Het CVA-verbeterplan is nog niet tot stand gekomen, dit onderzoek over de behandeldoelen van vaktherapie wordt de eerste stap in het verbeterplan.

De kennis over wanneer je naar vaktherapie beeldend kan doorverwijzen ontbreekt onder de behandelaren. Dit onderzoek voorziet in kennis door een beschrijving van behandeldoelen waarvoor vaktherapie beeldend ingezet kan worden binnen de CVA-zorg. Ook geeft dit onderzoek informatie over wat (contra-)indicaties kunnen zijn voor het doorverwijzen naar vaktherapie beeldend. De beschrijving van deze combinatie zorgt voor een volledig en helder beeld rondom doorverwijzingen naar vaktherapie beeldend.

3.2 Doelstelling van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om een laagdrempelig, duidelijk en beknopt eindproduct in de vorm van een productomschrijving te overhandigen aan het team van behandelaren waardoor voor hen helder wordt wanneer en waarvoor een doorverwijzing naar vaktherapie beeldend van toepassing kan zijn. De doelstelling is om duidelijk te maken aan welke behandeldoelen vaktherapie beeldend in de CVA-zorg kan bijdragen. Vanuit WZH (locatie Het Anker) is er een CVA-zorg verbeterplan opgesteld waarin vaktherapie beeldend als interventie wordt opgenomen in het kader van Positieve Gezondheid. Wanneer dit onderzoek afgerond is en de inhoud uit het praktijkproduct toegepast wordt, kan dit WZH-breed (twaalf woonzorglocaties) worden ingezet waardoor vaktherapie beeldend als interventie een groter bereik krijgt binnen WZH. Tevens draagt dit onderzoek bij aan het CVA-verbeterplan doordat het eindproduct hierin wordt opgenomen.

3.3 Praktijkproduct

Het praktijkproduct van dit onderzoek is een productomschrijving over vaktherapie beeldend bij CVA-clënten. De productomschrijving richt zich op vaktherapie beeldend in de CVA-zorg binnen een woonzorginstelling. De leidraad voor de productomschrijving is het CVA-verbeterplan in de vorm van het model Positieve Gezondheid.

Om deze productomschrijving. Daarna komen de mogelijke behandeldoelen aan bod die geëxtraheerd zijn uit de kennis van de respondenten, (contra-)indicaties om door te verwijzen naar vaktherapie beeldend en wordt de bijdrage van vaktherapie beeldend per pijler van Positieve Gezondheid toegelicht.

Deze productomschrijving is gericht op de behandeldienst van WZH; doorverwijzers zoals de specialist ouderengeneeskunde, de psycholoog en de fysiotherapeut. Het doel van dit praktijkproduct is dat alle behandelaren die doorverwijzen weten wanneer en waarvoor ze naar vaktherapie beeldend kunnen doorverwijzen bij CVA-clënten.

4. Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag die zal leiden tot het bereiken van de doelstelling luidt als volgt:

Aan welke behandeldoelen kan vaktherapie beeldend bijdragen bij de CVA-zorg binnen een multidisciplinair team in een woonzorginstelling in het kader van Positieve Gezondheid volgens beeldende vaktherapeuten en medebehandelaren?

De onderzoeksvraag wordt beantwoord door onderstaande deelvragen:

1. Welke problematiek speelt er bij CVA-cliënten binnen een woonzorginstelling volgens de respondenten?
2. Aan welke behandeldoelen kan vaktherapie beeldend bijdragen bij cliënten met een CVA binnen een woonzorginstelling volgens beeldende vaktherapeuten werkzaam in CVA-zorg?
3. Aan welke behandeldoelen kan vaktherapie beeldend bijdragen bij cliënten met een CVA binnen een woonzorginstelling volgens behandelaren binnen het WZH?
4. Wat zijn indicaties en contra-indicaties voor het doorverwijzen naar vaktherapie beeldend?
5. Onder welke pijlers vallen de geëxtraheerde behandel doelstellingen binnen het model van Positieve Gezondheid?

Afbakening onderzoek

Dit onderzoek zal antwoord geven op de vraag aan welke behandeldoelen vaktherapie beeldend kan bijdragen binnen de CVA-zorg. Daarnaast wordt duidelijk wat (contra-)indicaties zijn voor het doorverwijzen naar vaktherapie beeldend, en wat de bijdrage van vaktherapie beeldend binnen het model Positieve Gezondheid is.

Het onderzoek is uitsluitend gericht op CVA-cliënten binnen een woonzorginstelling, andere vormen van niet aangeboren hersenletsel komen niet aan bod. Ook beperkt het onderzoek zich enkel op vaktherapie beeldend, andere vaktherapeutische disciplines zijn niet meegenomen.

Definitie van de gebruikte termen in de onderzoeksvraag en deelvragen:

- ***Vaktherapie beeldend***
Vaktherapie beeldend (voorheen kunstzinnige therapie) staat voor vaktherapie beeldend antroposofische grondslag. In dit onderzoek betekenen de termen beeldende therapie, vaktherapie beeldend en kunstzinnige therapie hetzelfde als vaktherapie beeldend AG.
- ***Behandel doelen***
Om een therapie te laten slagen wordt er een behandelplan met behandel doelen opgesteld. Deze behandel doelen kunnen uitgaan van de cliënt, als deze zelf een concreet doel heeft. Ook kan een doorverwijzer een behandel doel aankaarten. Het behandel doel zorgt voor inrichting van de therapie (Parnassia Groep, 2019).
- ***Multidisciplinair team***
Binnen WZH is er een multidisciplinair behandelteam aanwezig. Dit multidisciplinaire team bestaat uit: specialist ouderengeneeskunde, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, diëtist, psycholoog en vaktherapeut. Voor elke cliënt staat dit team klaar, en in een multidisciplinair overleg (MDO) worden de wensen van de cliënt en het behandelplan besproken (WoonZorgcentra Haaglanden, 2019).
- ***CVA-zorg***
CVA-zorg bestaat uit multidisciplinaire zorg met het doel zo optimaal mogelijk herstel. Verschillende disciplines worden hierbij betrokken waardoor een cliënt op verschillende aspecten behandeld wordt (persoonlijke mededeling Ritter, februari 2019).
- ***Positieve Gezondheid***
Positieve Gezondheid is een model ontwikkeld door Huber (IPH, 2019) waarbij Positieve Gezondheid voorop staat. Het model noemt 6 pijlers waarin de gezondheid geïndiceerd kan worden. Het model richt zich niet op het ziektebeeld maar op de mens en wat deze kan (IPH, 2019).

- *Medebehandelaren*
Medebehandelaren zijn in dit geval twee psychologen, een specialist oudergeneeskunde en een fysiotherapeut.
- *Respondenten*
Onder de term respondenten worden zowel de vaktherapeuten beeldend als de behandelaren binnen WZH verstaan, deze respondenten zijn geïnterviewd.
- *Indicaties en contra-indicaties*
Een indicatie voor een bepaalde behandeling geeft aan dat de cliënt baat kan hebben bij die vorm van behandeling. Contra-indicaties zijn aandoeningen of kenmerkingen van een cliënt waardoor een behandeling niet of alleen onder bepaalde voorwaarden door kan gaan (Nictiz, 2019).
- *Geëxtraheerde behandeldoelen*
Met geëxtraheerde behandeldoelen wordt er verwezen naar de eerder benoemde behandeldoelen uit deelvraag 2 en 3.

5. Methode

5.1 Kwalitatief onderzoek en methode

Om de deelvragen en tot slot de hoofdvraag van dit onderzoek te beantwoorden werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Bij een kwalitatief onderzoek gaat het niet om het in kaart brengen van cijfers, maar om het inzichtelijk maken van een onderwerp. Bij een kwalitatief onderzoek wordt er gebruik gemaakt van kwalitatieve gegevens, zoals ervaringen of observaties die verkregen zijn via interviews, observaties en/of door het raadplegen van bestaande documenten om tot de onderzoeksresultaten te komen (Baarda et al., 2013).

Binnen kwalitatief onderzoek zijn er zes verschillende onderzoeksmethoden volgens van der Donk en van Lanen (2016). Dit onderzoek is een beschrijvend, met kwalitatieve survey als methode (Damen, van de Loo, Ponstein & Vis, 2018). Deze onderzoeksmethode was het meest van toepassing voor dit onderzoek omdat er door deze methode een praktijksituatie in kaart kan worden gebracht. Dit onderzoek is ontstaan vanuit een praktijkprobleem, daarom bleek een kwalitatieve survey het meest van toepassing. Een kwalitatieve survey is gericht op het beschrijven en inventariseren van ervaringen, gedachten en gevoelens van een groep respondenten op basis van interviews of observaties (Baarda et al., 2013). Middels de ervaringen van de geïnterviewde respondenten zijn de antwoorden op de deelvragen en de hoofdvraag duidelijk geworden.

De kwalitatieve survey heeft antwoord gegeven op alle deelvragen:

- 1: *Welke problematiek speelt er bij CVA-cliënten binnen een woonzorginstelling volgens de respondenten?*
- 2: *Aan welke behandeldoelen kan vaktherapie beeldend bijdragen bij cliënten met een CVA binnen een woonzorginstelling volgens beeldende vaktherapeuten werkzaam in CVA-zorg?*
- 3: *Aan welke behandeldoelen kan vaktherapie beeldend bijdragen bij cliënten met een CVA binnen een woonzorginstelling volgens behandelaren binnen het WZH?*
- 4: *Wat zijn indicaties en contra-indicaties voor het doorverwijzen naar vaktherapie beeldend?*
- 5: *Onder welke pijlers vallen de geëxtraheerde behandel doelstellingen binnen het model van Positieve Gezondheid?*

5.2 Methode van dataverzameling

Om dit onderzoek zo betrouwbaar mogelijk te maken zijn er inclusie-, en exclusiecriteria opgesteld wat betreft de respondenten die geïnterviewd zijn voor de kwalitatieve survey. Alle respondenten moesten minimaal 3 jaar werkzaam zijn binnen de CVA-zorg, in een woonzorginstelling. De geïnterviewde beeldende vaktherapeuten moesten daarnaast werkzaam zijn in een reguliere woonzorginstelling (zie Figuur 3).

Naast de beeldende vaktherapeuten zijn er ook twee psychologen, een specialist ouderengeneeskunde en een fysiotherapeut geïnterviewd, allen minimaal 3 jaar werkzaam met CVA-cliënten binnen een woonzorginstelling. Daarnaast was het een vereiste dat deze medebehandelaren ervaring hadden met het doorverwijzen naar vaktherapie beeldend bij CVA-cliënten (zie Figuur 4).

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
- Vaktherapeuten beeldend - > 3 jaar ervaring met CVA-cliënten - Werkzaam in een woonzorginstelling - Werkzaam in een reguliere instelling	- Vaktherapeuten muziek, spraak-drama

Figuur 3: Inclusie- en exclusiecriteria voor vaktherapeuten beeldend.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
- Behandelaren tevens doorverwijzers binnen WZH. - > 3 jaar ervaring met CVA-cliënten - Direct contact met de cliënten - Ervaring met het doorverwijzen naar vaktherapie beeldend	- Behandelaren met minder dan wekelijks contact met de cliënten

Figuur 4: Inclusie- en exclusiecriteria voor behandelaren binnen WZH.

5.3 Meetinstrument

De kwalitatieve survey is gehouden in een de vorm van een half gestructureerd interview. Bij een half gestructureerd interview liggen onderwerpen en enkele hoofdvragen vast, maar is er ruimte voor doorvragen (Baarda et al., 2013). Op deze manier is er ruimte voor gedachten en opmerkingen van de respondent, wat nieuwe en eventueel bruikbare informatie kan opleveren.

Voordat de interviews werden afgenomen is er eerst een proef-interview uitgevoerd. Feedback van medestudenten en de onderzoeksbegeleider is verwerkt tot een verbeterd interview. Het verbeterde interview is getest op de opdrachtgever en tevens beeldend vaktherapeut Ketler, om helder te krijgen of de interviewvragen zorgden voor mogelijke antwoorden op de deelvragen en de hoofdvraag. Door de test, of de interviewvragen leidden naar de gewenste antwoorden, in combinatie met de feedback van derden, zijn de interviewvragen ontstaan. Er was geen bestaand meetinstrument wat ingezet kon worden. De topics van de vastgestelde interviewvragen zijn gericht op de deelvragen. Zo is er bijvoorbeeld gevraagd naar behandeldoelen, waar vaktherapie beeldend niet voor ingezet kan worden en naar vaktherapie beeldend binnen het model Positieve Gezondheid.

5.4 Triangulatie

Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van brontriangulatie. Triangulatie valideert de onderzoeksresultaten door uit verschillende invalshoeken te meten (Baarda et al., 2013). Voor dit onderzoek is er gekozen voor brontriangulatie door niet alleen vaktherapeuten te interviewen, maar ook medebandelaren zoals de psycholoog, specialist ouderengeneeskunde en de fysiotherapeut. Door brontriangulatie wordt het onderwerp van meerdere kanten belicht. Zo is de kans op vertekening van de resultaten minimaal (van der Donk & van Lanen, 2016).

5.5 Methode van dataverwerking en analyse

Voorafgaand aan het interview is er toestemming gevraagd voor een geluidsopname. Door de geluidsopname werd er geen data gemist, en is de data bruikbaar en betrouwbaar. De opnames zijn uitgeschreven in de vorm van een transcript (Bijlage 8 en 9). Aan de hand van de onderzoeksvraag en de deelvragen is er een deductief codeboek gemaakt om data uit de transcripten te verwerken.

Tijdens het lezen van de transcripten zijn er ook inductieve codes toegevoegd aan het codeboek. Ook is er een code toegevoegd voor overige belangrijke aspecten. Al deze codes zijn samengevoegd en opgesteld in het codeboek (Bijlage 7). Door zowel gebruik te maken van deductieve als inductieve codes is de kans dat een belangrijk aspect over het hoofd werd gezien verkleint.

Voor dit onderzoek is gebruikt gemaakt van een iteratieve aanpak. Steeds is er bekeken of de deelvragen nog passend waren bij de hoofdvraag, en zo nodig aangepast en aangescherpt.

Een beperking van interviewen is het gebruik van taal. Elke respondent kan een ander woord gebruiken voor dezelfde bedoelde term. Om de resultaten te bundelen tot overeenkomende behandeldoelen werd er uit meerdere gelijke benamingen over een aspect, één term gekozen en gehandhaafd. Deze analyse is in samenspraak gegaan met beeldend vaktherapeut en tevens opdrachtgever Ketler en een medestudent. Zo is de kans op vertekening door iemands interpretaties minimaal geworden.

Een andere beperking van de kwalitatieve survey is dat er twee respondenten geïnterviewd zijn, die werkzaam zijn in een revalidatiesetting. De data van deze respondenten zijn nauwkeurig bekeken en vergeleken met de data van de respondenten die werkzaam zijn in een woonzorginstelling. Door deze data samen met de onderzoeksbegeleider en een medestudent te bespreken zijn we tot consensus gekomen dat de genoemde data door deze twee respondenten minder zwaar wordt meegewogen in de resultaten.

5.6 Praktijkproduct

Na het inzichtelijk maken van de resultaten is er een start gemaakt met het praktijkproduct. De gebundelde resultaten zijn in de vorm van een productbeschrijving beschreven. Naar aanleiding van feedback van de opdrachtgevers (Bijlage 2 en 3) is het een en ander opgehelderd in de inleiding van de productbeschrijving. Het praktijkproduct (Bijlage 1) is goedgekeurd door de opdrachtgevers en is direct bruikbaar voor de praktijk.

6. Resultaten

Om de hoofdvraag van dit onderzoek te beantwoorden zijn eerst de deelvragen beantwoord. Alle deelvragen zijn beantwoord middels interviews met respondenten. De respondenten bestaan uit in totaal acht beeldende vaktherapeuten, twee psychologen, een specialist ouderengeneeskunde en een fysiotherapeut. Alle respondenten hebben minimaal drie jaar ervaring in het werken met CVA-cliënten in een woonzorginstelling. Twee van de vaktherapeuten zijn momenteel ook werkzaam in een revalidatiesetting voor CVA-cliënten, gericht op de acute fase van het CVA. De beeldende vaktherapeuten zijn allen werkzaam in reguliere instellingen. Tevens zijn zij ook allen antroposofisch geschoold als vaktherapeut te Leiden. De overige behandelaren hebben allemaal ervaring in het werken met en doorverwijzen naar de beeldend vaktherapeut. De ervaring van elke respondent staat beschreven bij het desbetreffende interview. De transcripten van interviews met alle vaktherapeuten beeldend zijn te vinden in bijlage 8. De transcripten van interviews met de medebehandelaren zijn te vinden in bijlage 9.

6.1. Welke problematiek speelt er bij CVA-cliënten binnen een woonzorginstelling volgens de respondenten?

Deze deelvraag is beantwoord aan de hand van de interviews van alle respondenten, zowel de beeldend vaktherapeuten als de behandelaren binnen WZH (Bijlage 8 en 9). Het grootste deel van de respondenten vonden het moeilijk deze vraag te beantwoorden omdat de plek van de CVA bepalend is voor de soort problematiek die daaruit voort komt. Fysiotherapeut Ritter (persoonlijke mededeling, 18 april 2019) legt uit: *“Alle functies in de hersenen kunnen aangedaan zijn. Dat ligt er aan waar in de hersenen het CVA heeft plaatsgevonden”*.

Het is dus per CVA-cliënt heel verschillend wat de precieze problematiek is. Zo veroorzaakt een beschadiging in de linkerhersen helft vaak afasie en onzeker gedrag. Een beschadiging aan de rechterhersen helft kan zorgen voor problemen met de ruimtelijke waarneming en verlamming van de linkerkant van het lichaam. De plaats en grootte van de schade bepalen de gevolgen (Hartstichting, 2019).

Naast de specifieke problematiek, zijn er ook problemen die over het algemeen vaak voorkomen bij CVA-cliënten volgens de respondenten. De belangrijkste van deze problemen zijn onderverdeeld in lichamelijke problemen, cognitieve problemen, stemmingsproblemen en overige problemen (zie Figuur 5).

Lichamelijke problemen	Cognitieve problemen	Stemmingsproblemen	Overige belangrijke problemen
Vermoeidheidsklachten	Concentratieproblemen	Depressie, somberheid	(Erg) laag zelfbeeld
(Halfzijdige) verlamming	Geheugenproblemen	Angst	(Rouw)verwerkingsproblematiek
Fijne motoriekproblemen	Apraxie	Verdriet	Ontremmingsproblematiek
Uitval gezichtsveld	Afasie	Isolement	

Figuur 5: Veelvoorkomende problematiek bij CVA-cliënten volgens de respondenten

Vaktherapeut Kirchner (persoonlijke mededeling, 14 mei 2019) benadrukt de problematiek van het (erg) lage zelfbeeld van CVA-cliënten: *“Het zelfvertrouwen van mensen na een CVA is zó laag. Het zelfbeeld, wie ben ik nog? Dat is vaak zo verbijzeld”*.

Vaktherapeut Polis (persoonlijke mededeling, 17 mei 2019) vertelt dat mede het verlies van het zelfbeeld bijdraagt aan de grote rouwverwerkingsproblematiek van deze doelgroep: *“Somberheid en depressie, dat komt heel veel voor. Het verlies van relaties, van je zelfbeeld en functieverlies, dat is een enorm rouwproces waar mensen doorheen gaan”*.

6.2. Aan welke behandeldoelen kan vaktherapie beeldend bijdragen bij cliënten met een CVA volgens beeldende vaktherapeuten werkzaam in de CVA-zorg?

Deze deelvraag is beantwoord aan de hand van de interviews met acht vaktherapeuten (Bijlage 8). Ketler (persoonlijke mededeling 23 april 2019) vertelt over mogelijke behandeldoelen voor vaktherapie en CVA: *“Vaak werken we op het gebied van het Ik. Dus aan een verlaagd zelfbeeld, acceptatie, rouwverwerking, verliesverwerking, functie verliesverwerking. Ook kunnen de behandeldoelen gericht zijn op stemmingsproblematiek. Vaak kunnen CVA-cliënten door hun beperkingen dingen niet meer wat eerst wel kon. Dan kan er binnen kunstzinnige therapie bekeken worden wat er mogelijk is, wat kan iemand?”*

Polis (persoonlijke mededeling, 17 mei 2019) vertelt: *“Vaak zijn behandeldoelen gericht op het versterken van het zelfvertrouwen en het werken aan een positiever zelfbeeld”*.

Taks (persoonlijke mededeling, 20 mei 2019) vertelt over het belang om zich uit te drukken via de vaktherapie: *“Ik kreeg ook heel veel mensen in therapie die zich middels de kunstzinnige therapie wilde uitdrukken. Hun gevoel kunnen uiten en hierdoor een stuk autonomie terug krijgen”*.

De Kreuk geeft aan hoe belangrijk het is om weer te (her)ontdekken wat je kan en wie je bent. Zo vertelt de Kreuk: *“Je bent niet een ander iemand na een CVA, maar alles gaat wel anders. Zo kan je beeldende therapie inzetten om je persoonlijk te ontwikkelen en soms zichzelf (opnieuw) te leren kennen”*. De Kreuk legt dit uit aan de hand van een voorbeeld: *“Stel: het lukt niet zoals ik wilde. Ik vind het materiaal stom. Wat doe je dan? Gooi je het weg? Of ga je doorzetten? Geef je aan jezelf toe dat je niet binnen de lijntjes kan blijven? Of ga je door en moet je het afmaken? Of mag je er gewoon mee stoppen van jezelf? Zo leert een cliënt zich in het beeldende proces kennen en ontwikkelen”* (De Kreuk, persoonlijke mededeling, 16 mei 2019).

Uit de meest benoemde behandeldoelen volgens de vaktherapeuten beeldend zijn de overeenkomende behandeldoelen geëxtraheerd, zie Figuur 6.

-
1. Contact maken met het eigen gevoelsgebied, emoties leren uiten.
 2. Verbeteren van de stemming en somberheidsklachten.
 3. Spanningsreductie en het leren ontspannen.
 4. Verwerking van verlieservaringen, acceptatie proces.
 5. Zelfvertrouwen opbouwen, (her)ontdekken van mogelijkheden.

6. Betrekken van de aangedane kant, motorische vaardigheden aanspreken.*

Figuur 6: Meest benoemde behandeldoelen volgens vaktherapeuten

*Twee respondenten, vaktherapeuten van de Zande en de Kreuk gaven aan dat een behandeldoel voor kunstzinnige therapie ook het betrekken van de aangedane kant, en het aanspreken van motorische vaardigheden kan zijn, doel 6 uit bovenstaand Figuur 6. De andere respondenten herkennen dit doel wel, maar gaven aan dat dit niet het hoofddoel van de therapie is. Zij vertelden dat het trainen van de handfuncties binnen kunstzinnige therapie altijd indirect meegenomen wordt, maar dat de therapie daar niet op is gebaseerd.

Belangrijk hierbij om te vermelden is dat vaktherapeuten van de Zande en de Kreuk allebei werkzaam zijn in de acute revalidatie na een CVA. Dit kan een mogelijke oorzaak zijn voor deze uiteenlopende meningen over dit behandeldoel. Omdat dit doel niet door andere respondenten gezien werd als hoofddoel voor de behandeling, zal dit doel niet als direct behandeldoel meegenomen worden in het vervolg, maar als indirect doel.

Diagnostiek

Een erg opvallend doel voor de therapie is het diagnostisch inzetten van vaktherapie beeldend volgens meerdere respondenten. Peschier (persoonlijke mededeling, 29 april 2019) vertelt: *“Er wordt heel gauw aan kunstzinnige therapie gedacht als het gaat om het uiten van gevoelens en emoties. Maar je kan ook heel goed in beeld krijgen hoe iemand een opdracht uitvoert, meer diagnostisch. De therapeut krijgt zo veel in beeld van hoe iemand dingen vasthoudt of hoe iemand omgaat met een*

opdracht. Binnen kunstzinnige therapie kan je op zoveel vlakken een beeld vormen, daardoor is het goed als de kunstzinnig therapeut ook meer in de diagnostische fase zit".

Polis (persoonlijke mededeling, 17 mei 2019) legt dit uit aan de hand van een voorbeeld: *"Je kunt binnen kunstzinnige therapie heel veel observeren. We hebben hier een vrouw met een aandachtspanne van tien seconden. Zij heeft van mij continu een prikkel nodig om door te gaan met tekenen. Als ik dat vertel tijdens een multidisciplinair overleg is dat waardevol voor andere behandelaren, dat kan bijvoorbeeld een psycholoog niet observeren"*.

De Kreuk (persoonlijke mededeling, 16 mei 2019) geeft een tegengeluid: *"Ik zie wel dat wij in dat diagnostische stuk veel zouden kunnen doen, maar er is al zoveel diagnostiek voor de CVA-cliënten. Dan concentreer ik mij liever op dat wij een moment van rust kunnen creëren"*. Zoals eerder beschreven, werkt de Kreuk mede in een revalidatiesetting, waarbij de CVA-cliënten zich nog in de acute fase van de behandeling bevinden. In deze acute fase is er meer sprake van diagnostiek dan wanneer een cliënt zich in de chronische fase van een CVA bevindt, in een woonzorginstelling. Dit zou een reden kunnen zijn van het tegengeluid wat de Kreuk geeft.

Ter verduidelijking van het onderzoek zijn de geëxtraheerde behandel doelstellingen van de beeldende vaktherapeuten ondergebracht in de algemene behandel doelstellingen van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) (zie Figuur 7).

Geëxtraheerde doelstellingen vaktherapeuten	Behandel doelstellingen FVB
1. Contact maken met het eigen gevoelsgebied, emoties leren uiten.	4. Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven. 2. Reguleren en uiten van emoties.
2. Verbeteren van de stemming en somberheidsklachten.	4. Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven. 2. Reguleren en uiten van emoties
3. Spanningsreductie en het leren ontspannen.	5. Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen.
4. Verwerking van verlieservaringen, acceptatie proces.	7. Verwerken van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven.
5. Zelfvertrouwen opbouwen, (her)ontdekken van mogelijkheden.	1. Versterken van de autonomie, zelfvertrouwen, zelfbeeld.

Figuur 7: Geëxtraheerde doelstellingen vaktherapeuten ingedeeld behandel doelstellingen FVB.

6.3. Aan welke behandeldoelen kan vaktherapie beeldend bijdragen bij cliënten met een CVA volgens behandelaren binnen het WZH?

Deze deelvraag is beantwoord aan de hand van de interviews met twee psychologen, een specialist ouderengeneeskunde en een fysiotherapeut (Bijlage 9) die ervaring hebben met en doorverwijzen naar beeldende vaktherapie.

Psycholoog Worms (persoonlijke mededeling, 23 april 2019) noemt dat zelfvertrouwen opbouwen, verminderen van stress en angstklachten, omgaan met somberheidsklachten en stemmingsproblematiek belangrijke behandeldoelen zijn. Daarnaast kan beeldende vaktherapie ook bijdragen aan rouwverwerking of verwerkingsproblematiek. Worms vertelt hierover: *“Iemand moet natuurlijk in zekere zin verwerken dat hij of zij niet meer het leven zou kunnen gaan leiden wat hij voor het CVA had. Hij moet gaan verwerken dat hij of zij niet meer thuis zal gaan wonen. Dat is ook een belangrijk behandeldoel voor KT”*.

Specialist ouderengeneeskunde Veleva (persoonlijke mededeling, 27 mei 2019) geeft aan dat het ontwikkelen van creativiteit en de innerlijke kracht na een CVA een belangrijk doel is voor kunstzinnige therapie. Het is volgens Veleva belangrijk om CVA-clients te laten zien wat ze nog wel kunnen, ondanks de (lichamelijke) beperkingen. Fysiotherapeut Ritter (persoonlijke mededeling, 18 april 2019) sluit zich hierbij aan. Hij vertelt: *“Mensen met een CVA zijn vaak erg onzeker over het eigen kunnen. In het kader van het opdiepen van de eigen innerlijke kracht zou ik aan kunstzinnige therapie denken, om mensen te laten ervaren wat ze wél kunnen”*. Ook psycholoog Kuijt-Varkevisser (persoonlijke mededeling, 14 mei 2019) vertelt hierover: *“Als ik merk dat het zelfbeeld erg is aangetast door de CVA denk ik vaak aan kunstzinnige therapie. Dat je eigenlijk wilt dat iemand weer positiever over zichzelf denkt, meer voldoening kan gaan ervaren, een succeservaring kan hebben”*.

Tot slot vertelt Kuijt-Varkevisser (persoonlijke mededeling, 14 mei 2019): *“Daarnaast verwijs ik door naar kunstzinnige therapie wanneer ik een stemmingsprobleem zie. En voor rouwverwerking. Ook als ik zie dat mensen heel veel spanning hebben, of rusteloos zijn”*.

De behandeldoelen van de behandelaren kwamen met elkaar overeen en daaruit zijn vijf behandeldoelstellingen geëxtraheerd, zie Figuur 8.

-
1. Werken aan (rouw)verwerking en acceptatie.
 2. Verbeteren van stemming en somberheidsklachten.
 3. Zelfbeeld en zelfvertrouwen opbouwen en (her)ontdekken wat de cliënt nog wél kan.
 4. Succeservaringen en voldoening bieden.
 5. Verminderen van stress en angstklachten, leren ontspannen en rust ervaren.
-

Figuur 8: Meest benoemde behandeldoelen volgens medebehandelaars.

Ter verduidelijking van het onderzoek zijn de geëxtraheerde behandeldoelstellingen van de behandelaren ondergebracht in de algemene behandeldoelstellingen van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) (zie Figuur 9)

Geëxtraheerde doelstellingen behandelaren	Behandeldoelstellingen FVB
1. Werken aan (rouw)verwerking en acceptatie	7. Verwerking van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven.
2. Verbeteren van de stemming en somberheidsklachten	4. Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven. 2. Reguleren en uiten van emoties
3. Zelfbeeld en zelfvertrouwen opbouwen en (her)ontdekken wat de cliënt nog wel kan.	1. Versterken van de autonomie, zelfvertrouwen en zelfbeeld.
4. Succeservaring en voldoening bieden.	1. Versterken van de autonomie, zelfvertrouwen en zelfbeeld.
5. Verminderen van stress en angst klachten, leren ontspannen en rust ervaren.	5. Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen.

Figuur 9: Geëxtraheerde doelstellingen medebehandelaars ingedeeld behandeldoelstellingen FVB.

6.4. Wat zijn indicaties en contra-indicaties bij het doorverwijzen naar vaktherapie beeldend?

Deze deelvraag is beantwoord aan de hand van de interviews van alle respondenten, zowel de beeldend vaktherapeuten als de behandelaren binnen WZH (Bijlage 8 en 9).

Indicaties

Een opvallende indicatie om naar kunstzinnige therapie door te verwijzen volgens de respondenten lijkt wanneer iemand verbaal niet sterk is, of als iemand “niet echt een prater” is. Psycholoog Worms (persoonlijke mededeling, 23 april 2019) vertelt: *“Als de verbale vermogens dermate aangetast zijn dat een gesprek voeren – al is het vanwege begrip of taalproductie – onvoldoende is, dan kan iemand misschien meer gebaat zijn bij de meer beeldende vorm van behandeling”*. Psycholoog Kuijt-Varkevisser (persoonlijke mededeling, 14 mei 2019) vertelt hierover: *“Soms zijn er mensen die het niet prettig vinden om over problemen te praten. Om wat voor reden dan ook, misschien kunnen ze het niet, zijn ze het niet gewend of geloven ze niet in een psycholoog. Dan kan dat ook voor mij een reden zijn om door te verwijzen. Ik denk dat het ook kan helpen als iemand niet echt een prater is, dat je door kunstzinnige therapie toch makkelijker woorden kan geven aan wat er van binnen gebeurt”*. Vaktherapeut Steentjes (persoonlijke mededeling, 13 mei 2019) ziet dit ook terugkomen: *“Als de psycholoog niet verder komt omdat iemand niet kan praten, dan wordt een kunstzinnige therapeut ingezet om te kijken of deze soort therapie een betere aansluiting geeft”*. Vaktherapeut Peschier (persoonlijke mededeling, 29 april 2019) vertelt hier ook over: *“Als de cliënt doof is, waardoor de cliënt geen gesprekken kan voeren, kan beeldend werken een uitkomst zijn”*. Vaktherapeut Kirchner (persoonlijke mededeling, 14 mei 2019) vertelt: *“Dat is een van de grootste voordelen van het kunstzinnig werken, als mensen niet meer kunnen spreken, dat ze zich kunnen uitdrukken en dat de binnenwereld zichtbaar wordt”*. Vaktherapeuten de Kreuk en Polis beamen ook dat kunstzinnige therapie een uitkomst kan zijn voor afasie cliënten.

Daarnaast vertelt vaktherapeut van de Zande dat zij vaak wordt ingezet wanneer een andere therapie stagneert. Van de Zande (persoonlijke mededeling, 19 april 2019) vertelt: *“Waar een psycholoog niet verder komt, dat is wanneer kunstzinnige therapie in beeld komt”*. Vaktherapeut Taks (persoonlijke mededeling, 20 mei 2019) herkent dit: *“Als geen een behandeling lukt, maar we toch iets moeten met deze cliënt, dan maar kunstzinnige therapie proberen”*. Andere respondenten hebben dit niet expliciet genoemd.

Specialist ouderengeneeskunde Veleva geeft aan dat ze vaak aan vaktherapie beeldend denkt bij een doorverwijzing: *“Bij allerlei soorten problematiek denk ik aan kunstzinnige therapie. Als bewoners zich lichamelijk beperkt voelen, kunnen ze door de kunstzinnige therapie hun innerlijke kracht opzoeken. Het gevoel krijgen dat iemand nog veel meer kan ondanks de (lichamelijke) beperkingen”* (Veleva, persoonlijke mededeling, 27 mei 2019).

Vaktherapeut Taks vertelt dat cliënten veel geconfronteerd worden met hun lichamelijke beperkingen, en dat kunstzinnige therapie dan bijdraagt aan een meer positieve beleving. *“Door kunstzinnige therapie ontdekken ze ineens iets heel nieuws. Ze hadden nooit gedacht om nog iets nieuws in zichzelf te ontdekken, wat ze wél konden”* (Taks, persoonlijke mededeling, 20 mei 2019).

Contra-indicaties

Een erg opvallend element wat steeds terug kwam betreft doorverwijzingen als er sprake is van affiniteit met beeldend werken. Psycholoog Worms vertelt: *“Ik zou sneller doorverwijzen als ik weet dat iemand vroeger van tekenen of schilderen hield”*. Ook psycholoog Kuijt-Varkevisser vertelt: *“Als ik hoor dat iemand creatief is, denk ik wel dat dat een mooie ingang kan zijn voor kunstzinnige therapie. Maar tegelijkertijd ben ik ook wel bewust dat je niet wilt dat het een confrontatie wordt met wat allemaal niet meer kan.”*

Alle geïnterviewde vaktherapeuten zijn erg oplettend voor deze confrontatie. Zo vertelt vaktherapeut Ketler (persoonlijke mededeling, 23 april 2019) het volgende: *“Wat belangrijk is, is als iemand al veel heeft geschilderd of getekend, dan wordt diegene automatisch naar vaktherapie beeldend verwezen. Dat is soms juist veel te confronterend!”*.

De Kreuk (persoonlijke mededeling, 16 mei 2019) vertelt hierover: *“Ik vind het soms een contra-indicatie. Doorverwijzers denken dan: ‘oh dat is een kunstenaar, dus die moet dan bij jullie in therapie’”*. De Kreuk legt uit dat het juist voor deze mensen na een CVA heel confronterend is om weer kunstzinnig aan de slag te gaan. De cliënt wordt fysiek geconfronteerd met wat hij of zij niet meer kan, tegelijkertijd wordt het ook in het kunstzinnig werk zichtbaar. Dat kan te confronterend zijn. Polis (persoonlijke mededeling, 17 mei 2019) herkent deze confrontatie ook en vertelt: *“Soms kan het een contra-indicatie zijn als iemand een creatief beroep had om dan creatieve therapie aan te bieden”*. Volgens Polis is het gelijk aanbieden van muziektherapie voor deze cliënten toch te kort door de bocht: *“Als iemand beeldend sterk ontwikkeld is, is sowieso muziektherapie aanbieden dan misschien weer een te snelle conclusie. Dat is echt afhankelijk van het individu”*. Ketler en de Kreuk sluiten zich bij deze opvatting aan. Het is belangrijk om alert te zijn voor de mogelijke confrontatie, maar het verschilt per individu of het ook daadwerkelijk een contra-indicatie is.

Een ander opvallend element wat vaak terug kwam betreft het doorverwijzen naar beeldende vaktherapie zonder hulpvraag. Vaktherapeut Ketler vertelt: *“Soms worden wij ingezet als er een welzijnsvraag is. Daar zijn wij niet voor. Als het echt meer als activiteit is bedoelt, dan is het voor de activiteitenbegeleiding, vrijwilliger of familie. Soms worden we een beetje als dag invulling ingezet, en dat is niet de bedoeling”*. Vaktherapeut Peschier sluit zich hierbij aan: *“Ik werd weleens gevraagd voor afleiding, meer de activiteitenbegeleidingskant. Dat is nog wel een stukje beeldvorming die we voor verwijzers goed voor ogen moeten houden”*. Ook de Kreuk vertelt hierover: *“Het blijft lastig, soms komen er cliënten de therapie binnen met het idee dat ze iets leuks gaan maken. Dan valt het tegen als het niet om het resultaat maar om het proces draait”*. Taks deelt deze mening en vertelt: *“Ik heb de raarste doorverwijzingen gehad, tuintherapie bijvoorbeeld. Of een mevrouw die van breien en bakken hield”*. Het grootste deel van de geïnterviewde vaktherapeuten geeft aan dat beeldende vaktherapie niet hetzelfde is als activiteitenbegeleiding. Een exclusiecriteria voor de therapie kan daarom een doorverwijzing zonder hulpvraag of behandeldoel zijn.

Samenvattend zijn er twee aandachtspunten wat betreft (mogelijke) contra-indicaties voor het doorverwijzen naar vaktherapie beeldend volgens de respondenten:

1. Cliënten die voor het hersenletsel beeldend actief zijn geweest kunnen erg geconfronteerd worden met wat zij niet meer kunnen. Als er de mogelijkheid is, kan een doorverwijzing naar een muziektherapeut een uitkomst zijn.
2. Wanneer er geen hulpvraag of behandeldoel is voor de cliënt, maar vaktherapie beeldend wordt doorverwezen ter afleiding of als activiteit. Dan past de vraag van deze cliënt meer bij de activiteitenbegeleiding.

6.5. Onder welke pijlers vallen de geëxtraheerde behandeldoelstellingen binnen het model van de Positieve Gezondheid?

Deze deelvraag is beantwoord aan de hand van de interviews van alle respondenten (Bijlage 8 en 9). De geëxtraheerde behandeldoelstellingen zijn gekoppeld aan de doelstellingen van de FVB en op deze manier hebben de respondenten de doelstellingen onderverdeeld binnen de pijlers van het model van de Positieve Gezondheid. Per pijler is beschreven welke behandeldoelen er bij horen en wat de bijdrage van vaktherapie beeldend per pijler is.



Lichaamsfuncties: Gezond en fit voelen.

Behandeldoel(en): -Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen.

Bijdrage van vaktherapie beeldend: De bijdrage van vaktherapie beeldend is in het gebied van lichaamsfuncties meer indirect volgens medebehandelaren Worms, Ritter en Kuijt-Varkevisser.

Volgens vaktherapeut Ketler ligt de bijdrage van kunstzinnige therapie in de pijler lichaamsfuncties vooral op het diagnostische stuk: wat kan iemand?. Volgens vaktherapeuten Peschier, Steentjes en van de Zande kan vaktherapie beeldend een bijdrage leveren aan het oefenen van de handfuncties. Alle respondenten zijn het er over eens dat de bijdrage voor lichaamsfuncties een meer indirecte bijdrage heeft binnen de therapie.



Mentaal welbevinden: Vrolijk en zeker voelen.

Behandeldoel(en): -Versterken van de autonomie, zelfvertrouwen en zelfbeeld.

- Reguleren en uiten van emoties.

-Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen.

-Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven.

Bijdrage van vaktherapie beeldend: Polis (persoonlijke mededeling, 17 mei 2019) vertelt: *“Mentaal welbevinden is wel een van de grootste domeinen waar je als kunstzinnig therapeut aan kan bijdragen”*. Volgens alle respondenten heeft vaktherapie beeldend een grote bijdrage op het gebied van mentaal welbevinden. De grootste bijdrage van vaktherapie beeldend lijkt te zitten in het ervaren van eigenwaarde, zelfrespect, gevoel van controle te hebben en een stuk eigen regie ervaren.



Zingeving: Vertrouwen in de toekomst.

Behandeldoel(en): -Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven.

-Verwerking van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven.

Bijdrage van vaktherapie beeldend: de bijdrage van vaktherapie beeldend bij de pijler zingeving is ontzettend belangrijk volgens de respondenten. De bijdrage bij deze pijler is vooral gericht op acceptatie en verwerking.



Kwaliteit van leven: Genieten.

Behandeldoel(en): -Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven.

-Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen.

-Versterken van de autonomie, zelfvertrouwen en zelfbeeld.

Bijdrage van vaktherapie beeldend: Ketler (persoonlijke mededeling, 23 april 2019) vertelt: *“Bij de term kwaliteit van leven wordt er snel aan kunstzinnige therapie gedacht. Het is ook een beetje ons medium die dan ingezet wordt. We onderzoeken wat er wel kan in plaats van wat er niet meer kan. Eigenlijk is dat de aard van onze hele therapie. Heel veel therapieën zijn natuurlijk gericht op wat niet meer kan. Dus als iemand weinig kwaliteit van leven ervaart is het juist belangrijk om te kijken wat er wel lukt, en dat aan te spreken, zoals bij kunstzinnige therapie”*.

Worms (persoonlijke mededeling, 23 april 2019) vertelt over de bijdrage van kunstzinnige therapie bij kwaliteit van leven: *“Veel mensen die kunstzinnige therapie krijgen genieten echt van hetgeen wat ze doen. Ze kunnen er echt trots op zijn, dat is een stuk geluk beleven en welbevinden”*.

Volgens de respondenten is de bijdrage van kunstzinnige therapie aan de pijler kwaliteit van leven groot, vooral omdat CVA-cliënten gezondheid ervaren, genieten en geluk beleven.



Sociaal maatschappelijk participeren: Goed contact met anderen.

Behandeldoel(en): -Verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren.

Bijdrage van vaktherapie beeldend: de bijdrage van deze pijler is volgens de respondenten vooral indirect. De therapie richt zijn hoofddoel niet op bevorderen van het sociaal maatschappelijk participeren. De bijdrage aan deze pijler is meer van belang in groepstherapieën. Polis (persoonlijke mededeling, 17 mei 2019) vertelt: *“In groepen komt dit naar voren. Met elkaar leren praten en goed luisteren naar elkaar. Er worden ook vriendschappen gesloten in een groep. Cliënten vertellen dat ze zichzelf kunnen zijn in een groep, en zich geaccepteerd voelen”*. De bijdrage van vaktherapie beeldend binnen deze pijler is dus meer indirect volgens de respondenten.

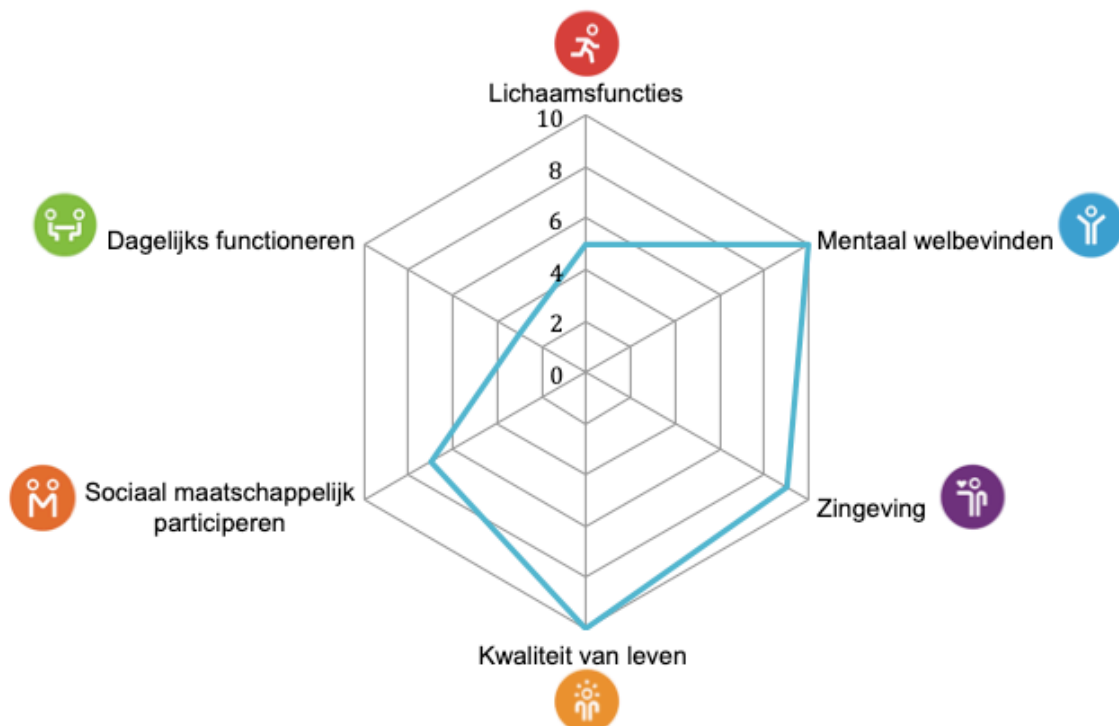


Dagelijks functioneren: Voor zichzelf kunnen zorgen.

Behandeldoelen: -

Bijdrage van vaktherapie beeldend: Alle respondenten geven duidelijk aan dat de bijdrage van vaktherapie beeldend voor deze pijler indirect is. Zo vertelt Worms (persoonlijke mededeling, 23 april 2019): *“Als je je situatie leert accepteren, en je emotionele toestand is verbeterd, dan functioneer je beter”*. Veleva (persoonlijke mededeling, 27 mei 2019) geeft aan: *“Alle eerder benoemde pijlers hebben allemaal invloed op het dagelijks functioneren van de cliënt”*.

De respondenten zijn tot consensus gekomen wat betreft de belangrijkste pijlers voor kunstzinnige therapie binnen de CVA-zorg: mentaal welbevinden, zingeving en kwaliteit van leven. Aan sociaal maatschappelijk participeren wordt vooral bijgedragen in groepsverband, lichaamsfuncties en dagelijks functioneren kunnen meer een indirecte invloed hebben door de verbetering van andere pijlers. In Figuur 10 is de bijdrage van vaktherapie beeldend bij elke pijler in het model van Positieve Gezondheid aangegeven. Dit richt zich uitsluitend op CVA-cliënten in een woonzorginstelling.



Figuur 10: Bijdrage van vaktherapie beeldend voor CVA-cliënten in het model van Positieve Gezondheid.

De eerder benoemde behandeldoelen binnen de pijlers van Positieve Gezondheid zijn schematisch weergegeven in Figuur 11. Ook is het belang van de bijdrage van vaktherapie beeldend volgens de respondenten toegelicht.

Positieve Gezondheid pijler	Behandeldoelen	Belang bijdrage
Lichaamsfuncties	-Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen	Indirect
Mentaal welbevinden	-Versterken van de autonomie, zelfvertrouwen, zelfbeeld. -Reguleren en uiten van emoties. -Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven. -Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen.	Direct
Zingeving	-Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven -Verwerking van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven.	Direct
Kwaliteit van leven	-Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven. -Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen. -Versterken van de autonomie, zelfvertrouwen, zelfbeeld.	Direct
Sociaal maatschappelijk participeren	-Verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren.	Indirect/ groepen
Dagelijks functioneren	-	Indirect

Figuur 11: Overzicht behandeldoelstellingen binnen de pijlers Positieve Gezondheid.

7. Discussie

Dit onderzoek is ontstaan vanuit een praktijkprobleem binnen WoonZorgcentra Haaglanden (WZH). Binnen WZH zijn er onlangs nieuwe vaktherapeuten aangenomen. Echter bleek dat veel medebehandelaren tot niet voldoende kennis te beschikken om door te verwijzen naar vaktherapie. Hierdoor worden nieuwe vaktherapeuten niet optimaal ingezet binnen de instelling. Fysiotherapeut Ritter en beeldend vaktherapeut Ketler, tevens opdrachtgevers, zagen een mogelijkheid om hier verandering in te brengen middels de maak van het CVA-verbeterplan. Het CVA-verbeterplan wordt in de vorm van het model van Positieve Gezondheid gemaakt en moet nog ontwikkeld worden. Door vaktherapie beeldend gelijk in het CVA-verbeterplan op te nemen wordt voor de behandelaren van de doelgroep CVA duidelijk wanneer vaktherapie beeldend ingezet kan worden. Zo is de volgende onderzoeksvraag voor dit onderzoek ontstaan: **Aan welke behandeldoelen kan vaktherapie beeldend bijdragen bij de CVA-zorg binnen een multidisciplinair team in een woonzorginstelling in het kader van Positieve Gezondheid volgens beeldende vaktherapeuten en medebehandelaren?**

Voor het beantwoorden van de deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag zijn acht beeldende vaktherapeuten geïnterviewd, allen minimaal drie jaar werkzaam met de CVA-doelgroep. De beeldende vaktherapeuten zijn allen antroposofisch geschoold te Leiden, maar werken allemaal in een reguliere instelling. Daarnaast zijn er twee psychologen, een specialist ouderengeneeskunde en een fysiotherapeut geïnterviewd. Dit zorgt voor een meer volledig beeld door het gebruik van brontriangulatie rondom de behandeldoelen voor vaktherapie beeldend; bekeken vanuit verschillende invalshoeken.

7.1 Voorlopige belangrijkste resultaten

Het voorlopige antwoord op de onderzoeksvraag zijn zeven behandeldoelen voor vaktherapie beeldend volgens alle twaalf de respondenten. Volgens de respondenten kan vaktherapie beeldend bijdrage aan de volgende behandeldoelen bij CVA-cliënten binnen een woonzorginstelling:

1. Versterken van de autonomie, zelfvertrouwen, zelfbeeld.
2. Reguleren en uiten van emoties.
3. Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven.
4. Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen.
5. Verwerking van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven.
6. Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen.
7. Verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren.

Daarnaast is een opvallend behandeldoel volgens de geïnterviewde beeldende vaktherapeuten ook dat vaktherapie beeldend ingezet kan worden voor diagnostiek bij CVA-cliënten.

De zeven behandeldoelen zijn ondergebracht binnen de pijlers van het model Positieve Gezondheid. Concluderend levert vaktherapie beeldend binnen de Positieve Gezondheid de grootste bijdrage aan de pijlers mentaal welbevinden, zingeving en kwaliteit van leven volgens alle respondenten.

7.2 Kritische bespreking

Door gebruik te maken van kwalitatieve survey als onderzoeksmethode kan er een antwoord worden gevormd op de onderzoeksvraag, rekening houdend met de beperkingen van het onderzoek. Er is een grootschaliger onderzoek nodig om het antwoord op deze onderzoeksvraag vast te kunnen stellen. De resultaten van dit onderzoek zijn een mogelijke indicatie voor behandeldoelstellingen.

Een beperking van interviewen als meetinstrument is het gebruik van taal. Elke respondent kan een ander woord gebruiken voor dezelfde bedoelde term. Om de resultaten te bundelen tot overeenkomende behandeldoelen werd er uit meerdere gelijke benamingen over een aspect, één term gekozen en gehandhaafd. Het analyseren hiervan is in samenspraak gegaan met beeldend vaktherapeut en tevens opdrachtgever Ketler en een medestudent. Zo is de kans op vertekening door eigen interpretaties minimaal geworden.

Daarnaast zijn de twaalf geïnterviewde vaktherapeuten en medebehandelaren niet representatief voor het gehele werkveld. Er is een grootschaliger onderzoek nodig om deze behandeldoelstellingen vast

te kunnen stellen. Echter werd het punt van saturatie wel bereikt doordat er in de laatste twee interviews met beeldend vaktherapeuten geen nieuwe informatie naar boven kwam. Zowel de beeldende vaktherapeuten als de medebehandelaars kwamen tot dezelfde behandel doelstellingen voor de bijdrage van vaktherapie beeldend bij CVA-cliënten. Ook noemden alle twaalf de respondenten dezelfde belangrijke pijlers van het model Positieve Gezondheid.

Een andere beperking van dit onderzoek is dat er twee respondenten geïnterviewd zijn, die werkzaam zijn in een ander soort setting; binnen de revalidatie. De data van deze respondenten zijn nauwkeurig bekeken en vergeleken met de data van de respondenten die werkzaam zijn in een woonzorginstelling zoals WZH. Door deze data samen met de onderzoeksbegeleider en een medestudent te bekijken zijn we tot consensus gekomen dat de genoemde data door deze twee respondenten minder zwaar wordt meegewogen in de resultaten.

7.3 Maatschappelijke betekenis

Dit onderzoek is ontstaan door een praktijkprobleem wat binnen WoonZorgcentra Haaglanden speelt. Door interviews met zeven beeldende vaktherapeuten werkzaam buiten WZH is het duidelijk geworden dat ook anderen woonzorginstellingen met ditzelfde probleem kampen. Dit onderzoek kan gebruikt worden door andere woonzorginstellingen waar beeldend vaktherapeuten werken met CVA-cliënten. Op deze manier zullen doorverwijzers binnen een multidisciplinair team een helder beeld krijgen van de bijdrage van vaktherapie beeldend voor CVA-cliënten. Dit onderzoek staat in dat opzicht los van WZH, en kan landelijk ingezet worden.

Volgens Volksgezondheid (2019) zal de CVA-doelgroep tussen 2015-2040 naar verwachting met 54% stijgen. Dit maakt de kans groot dat vaktherapie in de toekomst ingezet wordt bij de CVA-doelgroep. Voor de toekomst kan dit onderzoek daarom ook van waarde zijn.

De resultaten van het onderzoek zijn specifiek gericht op CVA-cliënten. Andere vormen van niet aangeboren hersenletsel zijn dus niet opgenomen in het onderzoek, waardoor dit onderzoek niet geldig is voor NAH-cliënten. Ook richt dit onderzoek zich enkel op vaktherapie beeldend, dit onderzoek is dus niet geschikt voor andere vaktherapeutische disciplines.

7.4 Vervolgonderzoek

Als aanbeveling voor vervolgonderzoek is het aan te bevelen een grootschaliger onderzoek uit te voeren, waardoor de resultaten met meer zekerheid gesteld kunnen worden. Daarnaast is dit onderzoek enkel gericht op vaktherapie beeldend. Het zou een aanwinst zijn voor WoonZorgcentra Haaglanden om eenzelfde soort onderzoek uit te voeren voor vaktherapie muziek, zodat muziektherapie ook geïmplementeerd kan worden in het CVA-verbeterplan.

8. Conclusie

Dit onderzoek is ontstaan vanuit een praktijkprobleem binnen WoonZorgcentra Haaglanden (WZH). Binnen WZH bleek dat veel medebehandelaren over niet genoeg kennis beschikten om door te verwijzen naar vaktherapie. Fysiotherapeut Ritter en beeldend vaktherapeut Ketler, tevens opdrachtgevers, zagen een mogelijkheid om hier verandering in te brengen middels de maak van het CVA-verbeterplan. Het CVA-verbeterplan wordt in de vorm van het model van Positieve Gezondheid gemaakt en moet nog ontwikkeld worden. Door vaktherapie beeldend gelijk in het CVA-verbeterplan op te nemen wordt er voor de behandelaren van de CVA-doelgroep duidelijk wanneer vaktherapie beeldend ingezet kan worden. Zo is de volgende onderzoeksvraag voor dit onderzoek ontstaan: **Aan welke behandeldoelen kan vaktherapie beeldend bijdragen bij de CVA-zorg binnen een multidisciplinair team in een woonzorginstelling in het kader van Positieve Gezondheid volgens beeldende vaktherapeuten en medebehandelaren?**

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden werd er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd met als methode een kwalitatieve survey. Als meetinstrument is er gebruikt gemaakt van een half gestructureerd interview. Er zijn acht beeldende vaktherapeuten geïnterviewd. Daarnaast zijn er twee psychologen, een specialist ouderengeneeskunde en een fysiotherapeut geïnterviewd. In de resultaten zijn drie belangrijke beperkingen van dit onderzoek meegenomen. Een van de beperkingen was het gebruik van taal. Elke respondent kan een ander woord gebruiken voor dezelfde bedoelde term. Om de resultaten te bundelen tot overeenkomende behandeldoelen werd er uit meerdere gelijke benamingen over een aspect, één term gekozen en gehandhaafd. Een andere beperking van de onderzoeksmethode is dat er twee respondenten geïnterviewd zijn, die werkzaam zijn in een revalidatiesetting. Door deze data samen met de onderzoeksbegeleider en een medestudent te bekijken is er tot consensus gekomen dat de genoemde data door deze twee respondenten minder zwaar wordt meegewogen in de resultaten en het antwoord op de hoofdvraag. Tot slot zijn de geïnterviewde respondenten niet representatief voor het gehele werkveld, daarvoor is een grootschaliger onderzoek nodig. Dit betekent dat de resultaten van dit onderzoek niet vast gesteld kunnen worden. Het gaat hier enkel om de opvattingen van de twaalf respondenten. Dit antwoord op de onderzoeksvraag is niet het enige juiste antwoord op de onderzoeksvraag, om hier uitsluitel over te geven is een grootschalig onderzoek nodig.

Het antwoord op de onderzoeksvraag is te verdelen in vijf directe behandeldoelen en twee indirecte behandeldoelen voor vaktherapie beeldend volgens alle twaalf de respondenten. Vaktherapie beeldend kan volgens de respondenten direct bijdrage aan de volgende behandeldoelen bij CVA-cliënten binnen een woonzorginstelling:

1. Versterken van de autonomie, zelfvertrouwen, zelfbeeld.
 2. Reguleren en uiten van emoties.
 3. Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven.
 4. Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen.
 5. Verwerking van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven.
- Een indirecte bijdrage van vaktherapie beeldend geldt voor de volgende behandeldoelen:
6. Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen.
 7. Verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren.

Daarnaast is een opvallend behandeldoel volgens de geïnterviewde beeldende vaktherapeuten ook dat vaktherapie beeldend ingezet kan worden voor diagnostiek bij CVA-cliënten. De zeven behandeldoelen zijn ondergebracht binnen de pijlers van het model Positieve Gezondheid. Concluderend levert vaktherapie beeldend binnen de Positieve Gezondheid de grootste bijdrage aan de pijlers mentaal welbevinden, zingeving en kwaliteit van leven volgens alle respondenten. Er is geen uitsluitel te geven dat de benoemde behandeldoelen de enige behandeldoelen zijn voor vaktherapie beeldend en CVA-cliënten. Het antwoord op de onderzoeksvraag geeft enkel een indicatie van de ervaringen en meningen van de twaalf geïnterviewde respondenten.

Als aanbeveling voor vervolgonderzoek is er een verdere behoefte aan informatie vanuit medebehandelaren. Ook is het aan te bevelen een grootschaliger onderzoek uit te voeren, waardoor de resultaten met meer zekerheid gesteld kunnen worden. Daarnaast is dit onderzoek enkel gericht op vaktherapie beeldend. Het zou een aanwinst zijn voor WoonZorgcentra Haaglanden om een zelfde soort onderzoek uit te voeren voor vaktherapie muziek.

Literatuurlijst

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., de Goede, M., Peters, V., & van der Velden, T. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek* (3e druk). Houten: Noordhoff Uitgevers.

Bruin, C., Beemster, T., & Löwenthal-Klasema, I. (2014). *Maar ik heb geen problemen; ik heb slechts mysteries*. Middenbeemster: Breidablick.

Damen, O., van de Loo, B., Ponstein, A., & Vis, E. (2018). *Studiehandleiding KTPOV Praktijkgericht Onderzoek Vaktherapie*. Leiden: Hogeschool Leiden.

Geluk, A. (2015). Een breuk in de levenslijn: een interview met Rutger Wolf, muziektherapeut bij WZH Nieuw Berkendael. *Reliëf*, 16(2), 18-20.

Hartstichting (2019). *Na een beroerte*. Den Haag: Hartstichting.

Ketler, C., Wolf, R. (2019). *Verwijzen naar vaktherapie*. Voorburg: WoonZorgcentra Haaglanden.

Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2017). *Generieke module vaktherapie*. Utrecht: Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

Van der Donk, C., & van Lanen, B. (2016). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (2e druk). Bussum: Coutinho.

Van Gorp, E., van der Steen, T., Krikke, T., Oostveen, J., Elderenbosch, M., Idema, K., Limburg, M., Meertens, C., Terwindt, A., van der Lit, T., Elissen, J., Ruizendaal, K., Spoelstra, K., Dihal, I., Oudshoorn, P., van Hoef, L., Benjaminsen, S., Raats, I., & Voogdt, H. (2016). *Goede zorg na een CVA/TIA*. Limburg: Kennisnetwerk CVA Nederland.

Visser-Meily, J., van Heugten, C., Schepers, V., van den Bos, G. (2007). Ook de chronische fase na een beroerte kent behandelmogelijkheden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151(9), 2753-2757.

Witsenburg, B. (2015). *Genezen, dialoog tussen lichaam en ziel* (3e druk). Almere: De morgenster.

Internetbronnen

Hartstichting (2019). *Revalidatie na beroerte*. Geraadpleegd op 5 maart 2019 via
<<https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/beroerte/revalidatie-na-beroerte>>

Hersenletsel-uitleg (2019). *Hersenletsel door een beroerte/CVA*. Geraadpleegd op 5 maart 2019 via
<<https://www.hersenletsel-uitleg.nl/oorzaken-ziektebeelden/hersenletsel-door-cva-beroerte-bloeding-of-infarct1>>

Hersenstichting (2019). *Beroerte*. Geraadpleegd op 5 maart 2019 via
<<https://m.hersenstichting.nl/beroerte/>>

Hogeschool Leiden (z.d.). *Lopende projecten*. Geraadpleegd op 5 maart 2019 via
<<https://www.hsleiden.nl/antroposofische-gezondheidszorg/onderzoek/lopende-projecten>>

IPH (2019). *Een bredere kijk op gezondheid, die meer oplevert*. Geraadpleegd op 8 april 2019 via
<<https://iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>>

MUMC+ (z.d.). *Beroerte CVA behandeling*. Geraadpleegd op 7 maart 2019 via
<<https://hartenvaatcentrum.mumc.nl/behandelingen/behandeling-beroerte-cva/beroerte-cva-behandeling>>

Nictiz (2019). *Contra-indicaties*. Geraadpleegd op 22 mei 2019 via:
<<https://www.nictiz.nl/standaardisatie/terminologiecentrum/referentielijsten/contra-indicaties/>>

NVKT (2019). *Wat is kunstzinnige therapie?* Geraadpleegd op 30 mei 2019 via
<<https://www.kunstzinnigetherapie.nl/kunstzinnige-therapie>>

Parnassia Groep (2019). *Wat is een behandelplan?* Geraadpleegd op 11 maart 2019 via
<<https://www.parnassiagroep.nl/hoe-wij-helpen/veelgestelde-vragen/-/wat-is-een-behandelplan->>>

WoonZorgcentra Haaglanden (2019). *Multidisciplinaire zorg*. Geraadpleegd op 13 maart via
<<https://www.wzh.nl/wzh/dit-zijn-wij/zorgproducten-en-specialismen/multidisciplinaire-zorg>>

WoonZorgcentra Haaglanden (2019). *Revalideren na een beroerte*. Geraadpleegd op 25 maart via
<<https://www.wzh.nl/revalidatie/revalideren-na-een-beroerte>>

WoonZorgcentra Haaglanden (2019). *Somatische zorg*. Geraadpleegd op 13 maart via
<<https://www.wzh.nl/somatiek>>

Bijlagen

- **Bijlage 1:** Praktijkproduct voor WZH
- **Bijlage 2:** Feedbackformulier opdrachtgever 1 over praktijkproduct onderzoek
- **Bijlage 3:** Feedbackformulier opdrachtgever 2 over praktijkproduct onderzoek
- **Bijlage 4:** Samenwerking met opdrachtgevers, onderzoeksbegeleider, medestudent
- **Bijlage 5:** Overzicht van mogelijke gezondheidsproblemen en opties voor behandeling na een CVA
- **Bijlage 6:** Behandeldoelstellingen van de FVB
- **Bijlage 7:** Codeboek voor dataverwerking
- **Bijlage 8:** Interviews met vaktherapeuten
- **Bijlage 9:** Interviews met medebehandelaren

Wanneer en waarvoor kan vaktherapie beeldend ingezet worden bij CVA-cliënten?

*Een productomschrijving voor het CVA-verbeterplan in kader van het model
Positieve Gezondheid binnen WoonZorgcentra Haaglanden.*

Opdrachtgevers:
Beeldend vaktherapeut Chrissy Ketler, fysiotherapeut Thomas Ritter
WoonZorgcentra Haaglanden
WZH Het Anker
Pr. Margrietlaan 24
2273 AG Voorburg



Student: Rozemarijn Smids
Begeleider: Barbara van de Loo
1^e versie: Juni 2019



Inhoudsopgave

Inleiding	p. 3
Behandeldoelen vaktherapie beeldend bij CVA-cliënten	p. 5
Indicaties en contra-indicaties voor het doorverwijzen naar vaktherapie beeldend	p. 6
Bijdrage van vaktherapie beeldend binnen de pijlers Positieve Gezondheid	p. 8
Samenvatting resultaten	p. 10
Aanbeveling vervolgonderzoek	p. 11
Literatuurlijst	p. 11

Inleiding

Deze productomschrijving is voortgekomen uit mijn afstudeeronderzoek voor het vierde jaar van de opleiding Vaktherapie beeldend. Dit afstudeeronderzoek is uitgevoerd binnen stage instelling WoonZorgcentra Haaglanden. Graag wil ik opdrachtgevers Thomas Ritter en Chrissy Ketler bedanken voor het aandragen van een interessant onderwerp voor mijn onderzoek en voor de begeleiding binnen WZH! Ook gaat mijn dank uit naar Barbara van de Loo, mijn onderzoeksbegeleider vanuit Hogeschool Leiden. Daarnaast bedank ik alle twaalf de respondenten die hebben meegewerkt aan het onderzoek.

Tot slot is het belangrijk om te vermelden dat de term vaktherapie beeldend AG (antroposofische grondslag) voorheen kunstzinnige therapie werd genoemd.

Voor wie is deze productomschrijving?

Deze productomschrijving is tot stand gekomen vanuit een praktijkprobleem binnen WoonZorgcentra Haaglanden (WZH). De vaktherapeuten worden momenteel niet optimaal ingezet doordat niet alle doorverwijzers tot de middelen beschikken om door te kunnen verwijzen naar vaktherapie. Deze productomschrijving is tot stand gekomen vanuit dit praktijkprobleem en kan geïmplementeerd worden middels het CVA-verbeterplan. De leidraad voor het CVA-verbeterplan is het model van Positieve Gezondheid, net zoals voor deze productomschrijving,

Deze productomschrijving is bedoeld voor de behandeldienst van WZH. Zo kunnen behandelaars en tevens doorverwijzers inzicht krijgen wanneer en waarvoor vaktherapie beeldend ingezet kan worden bij CVA-cliënten binnen een woonzorginstelling. Deze productomschrijving richt zich uitsluitend op beeldende vaktherapie en CVA-cliënten binnen een woonzorginstelling.

Deze productomschrijving is tot stand gekomen aan de hand van interviews met acht vaktherapeuten beeldend, twee psychologen, een specialist ouderengeneeskunde en een fysiotherapeut. Al deze respondenten zijn minimaal drie jaar werkzaam in een reguliere woonzorginstelling waar CVA-cliënten wonen.

Cerebrovasculair Accident

De medische term voor een beroerte is een CVA. Dit betekent letterlijk een 'ongeluk in de bloedvaten in de hersenen'. Een CVA kan ontstaan door een slechte kwaliteit van de binnenwand van de bloedvaten. Dit kan komen door ouderdom, een ongezonde levensstijl, een te hoge bloeddruk of een verhoogd cholesterolgehalte (Hersenstichting, 2019).

Het grootste deel van de respondenten gaf aan dat het lastig is om de gevolgen en problematiek van een CVA aan te geven. Fysiotherapeut Ritter (persoonlijke mededeling, 18 april 2019) legt dit uit: *"Alle functies in de hersenen kunnen aangedaan zijn. Dat ligt er aan waar in de hersenen het CVA heeft plaatsgevonden"*.

Het is dus per CVA-cliënt heel verschillend wat de precieze problematiek is. Zo veroorzaakt een beschadiging in de linkerhersen helft vaak afasie en onzeker gedrag. Een beschadiging aan de rechterhersen helft kan zorgen voor problemen met de ruimtelijke waarneming en verlamming van de linkerkant van het lichaam. De plaats en grootte van de schade bepalen de gevolgen (Hartstichting, 2019). Naast deze specifieke problematiek, zijn er ook problemen die over het algemeen vaak voorkomen bij CVA-cliënten volgens de respondenten. De belangrijkste van deze problemen zijn onderverdeeld in lichamelijke problemen, cognitieve problemen, stemmingsproblemen en overige problemen (zie Figuur 1).

Lichamelijke problemen	Cognitieve problemen	Stemmingsproblemen	Overige belangrijke problemen
Vermoeidheidsklachten	Concentratieproblemen	Depressie, somberheid	(Erg) laag zelfbeeld
(Halfzijdige) verlamming	Geheugenproblemen	Angst	(Rouw)verwerkingsproblematiek
Fijne motoriekproblemen	Apraxie	Verdriet	Ontremmingsproblematiek
Uitval gezichtsveld	Afasie	Isolement	

Figuur 1: Veelvoorkomende problematiek van CVA-cliënten volgens respondenten.

Vaktherapeut Kirchner (persoonlijke mededeling, 14 mei 2019) benadrukt de problematiek van het (erg) lage zelfbeeld van CVA-cliënten: *“Het zelfvertrouwen van mensen na een CVA is zó laag. Het zelfbeeld, wie ben ik nog? Dat is vaak zo verbijzeld”*. Vaktherapeut Polis (persoonlijke mededeling, 17 mei 2019) vertelt dat mede het verlies van het zelfbeeld bijdraagt aan de grote rouwverwerkingsproblematiek van deze doelgroep: *“Somberheid en depressie, dat komt heel veel voor. Het verlies van relaties, van je zelfbeeld en functieverlies, dat is een enorm rouwproces waar mensen door heen gaan”*.

Positieve Gezondheid

Het model van Positieve Gezondheid is de leidraad voor het CVA-verbeterplan. Dit model is voortgekomen uit het onderzoek van Huber. Huber startte in 2011 haar onderzoek over het concept van gezondheid. De definitie over gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) uit 1948 bleek niet meer van deze tijd te zijn. Volgens het WHO is gezondheid een toestand van compleet welbevinden; lichamelijk, psychisch en sociaal. Door deze definitie zou vrijwel niemand gezond zijn (IPH, 2019).

Inzichten van een internationale conferentie leidden tot een nieuw concept: gezondheid als het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven (IPH, 2019).

Vanuit dit concept is Huber met een uitgebreid onderzoek naar meningen van patiënten en zorgprofessionals tot de Positieve Gezondheid gekomen, en heeft deze gevisualiseerd in een model in de vorm van een spinnenweb.

In Positieve Gezondheid staat een betekenisvol leven centraal. Mensen zijn niet hun aandoening of ziektebeeld. Toch wordt hier in de zorg nog grotendeels op gefocust. De meeste aandacht gaat uit naar de klachten en gezondheidsproblemen van patiënten, en hoe deze opgelost kunnen worden. Positieve Gezondheid kiest een andere invalshoek. Het accent ligt hier niet op het ziek zijn, maar op de mensen zelf en wat hun leven betekenisvol maakt (IPH, 2019).

Beeldende vaktherapie

Beeldende vaktherapie is een non-verbale therapievorm waarbij beeldende interventies en materialen gericht ingezet worden om ontwikkeling en persoonlijke processen te stimuleren (Ketler & Wolf, 2019). Beeldende vaktherapie is een ervaringsgerichte therapie, waarbij het om het proces gaat en niet om het resultaat van het beeldende werk. Binnen de beeldende vaktherapie wordt de gezond makende kant van de mens aangesproken (NVKT, 2019).

Behandeldoelen vaktherapie beeldend bij CVA-cliënten

Vaktherapie beeldend kan voor allerlei doelen ingezet worden binnen de CVA-zorg. Alle respondenten zijn bevraagd over de belangrijkste behandeldoelen binnen de CVA-zorg. De belangrijkste doelen volgens alle respondenten waar vaktherapie beeldend direct aan kan bijdragen zijn de volgende behandeldoelen:

1. Versterken van de autonomie, zelfvertrouwen, zelfbeeld.
2. Reguleren en uiten van emoties.
3. Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven.
4. Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen.
5. Verwerking van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven.

Daarnaast zijn ook twee behandeldoelen geëxtraheerd waar vaktherapie beeldend aan kan bijdragen, maar wat een meer indirecte bijdrage heeft:

6. Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen.
7. Verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren.

De indirecte bijdrage van deze doelen ontstaat door het bezig zijn met de handfuncties (doel 6) en het uitvoeren van vaktherapie beeldend in groepsverband (doel 7).

Diagnostiek

Daarnaast is een opvallend doel het diagnostisch inzetten van vaktherapie beeldend volgens meerdere respondenten. Vaktherapeut Peschier (persoonlijke mededeling, 29 april 2019) vertelt: *“Er wordt heel gauw aan kunstzinnige therapie gedacht als het gaat om gevoelens en emoties. Maar je kan ook heel goed in beeld krijgen hoe iemand een opdracht uitvoert, meer diagnostisch. De therapeut krijgt zoveel in beeld van hoe iemand dingen vasthoudt of hoe iemand omgaat met een opdracht. Binnen kunstzinnige therapie kan je op zoveel vlakken een beeld vormen, daardoor is het goed als de kunstzinnig therapeut ook meer in de diagnostische fase zit”*.

Vaktherapeut Polis (persoonlijke mededeling, 17 mei 2019) legt dit uit aan de hand van een voorbeeld: *“Je kunt binnen kunstzinnige therapie heel veel observeren. We hebben hier een vrouw met een aandachtspanne van tien seconden. Zij heeft van mij continu een prikkel nodig om door te gaan met tekenen. Als ik dat vertel tijdens een multidisciplinair overleg is dat waardevol voor andere behandelaren, dat kan bijvoorbeeld een psycholoog niet observeren”*.

Volgens de geïnterviewde vaktherapeuten kan vaktherapie beeldend a.g. ook diagnostisch ingezet worden bij CVA-cliënten.

Indicatie en contra-indicaties voor het doorverwijzen naar beeldende vaktherapie

Indicatie

Een opvallende indicatie om naar beeldende vaktherapie door te verwijzen lijkt wanneer iemand verbaal niet sterk is, of als iemand “niet echt een prater is” volgens de respondenten. Psycholoog Worms (persoonlijke mededeling, 23 april 2019) vertelt: *“Als de verbale vermogens dermate aangetast zijn dat een gesprek voeren – al is het vanwege begrip of taalproductie – onvoldoende is, dan kan iemand misschien meer gebaat zijn bij de meer beeldende vorm van behandeling”*.

Kuijt-Varkevisser (persoonlijke mededeling, 14 mei 2019) vertelt hierover: *“Soms zijn er mensen die het niet prettig vinden om over problemen te praten. Om wat voor reden dan ook, misschien kunnen ze het niet, zijn ze het niet gewend of geloven ze niet in een psycholoog. Dan kan dat ook voor mij een reden zijn om door te verwijzen. Ik denk dat het ook kan helpen als iemand niet echt een prater is, dat je door kunstzinnige therapie toch makkelijker woorden kan geven aan wat er van binnen gebeurt”*.

Vaktherapeut Steentjes (persoonlijke mededeling, 13 mei 2019) ziet dit ook terugkomen: *“Als de psycholoog niet verder komt omdat iemand niet kan praten, dan wordt een kunstzinnige therapeut ingezet om te kijken of deze soort therapie een betere aansluiting geeft”*. Vaktherapeut Peschier (persoonlijke mededeling, 29 april 2019) vertelt hier ook over: *“Als de cliënt doof is, waardoor de cliënt geen gesprekken kan voeren, kan beeldend werken een uitkomst zijn”*. Vaktherapeut Kirchner (persoonlijke mededeling, 14 mei 2019) vertelt: *“Dat is een van de grootste voordelen van het kunstzinnig werken, als mensen niet meer kunnen spreken, dat ze zich kunnen uitdrukken en dat de binnenwereld zichtbaar wordt”*. Vaktherapeuten de Kreuk en Polis beamen ook dat kunstzinnige therapie een uitkomst kan zijn voor afasie cliënten (de Kreuk, persoonlijke mededeling, 16 mei 2019; Polis, persoonlijke mededeling, 17 mei 2019).

Specialist ouderengeneeskunde Velea geeft aan dat ze vaak aan beeldende vaktherapie denkt bij een doorverwijzing: *“Bij allerlei soorten problematiek denk ik aan kunstzinnige therapie. Als bewoners zich lichamelijk beperkt voelen, kunnen ze door de kunstzinnige therapie hun innerlijke kracht opzoeken. Het gevoel krijgen dat iemand nog veel meer kan ondanks de (lichamelijke) beperkingen”* (Velea, persoonlijke mededeling, 27 mei 2019).

Vaktherapeut Taks vertelt dat cliënten veel geconfronteerd worden met hun lichamelijke beperkingen, maar dat beeldende vaktherapie bijdraagt aan een positievere beleving. *“Door kunstzinnige therapie ontdekten ze ineens iets heel nieuws. Ze hadden nooit gedacht om nog iets nieuws in zichzelf te ontdekken, wat ze wél konden”* (Taks, persoonlijke mededeling, 20 mei 2019).

Contra-indicaties

Een erg opvallend element wat steeds terug kwam betreft doorverwijzingen en affiniteit met het beeldend werken. Psycholoog Worms (persoonlijke mededeling, 23 april 2019) vertelt: *“Ik zou sneller doorverwijzen als ik weet dat iemand vroeger van tekenen of schilderen hield”*. Ook psycholoog Kuijt-Varkevisser (persoonlijke mededeling, 14 mei 2019) vertelt: *“Als ik hoor dat iemand creatief is, denk ik wel dat dat een mooie ingang kan zijn voor kunstzinnige therapie. Maar tegelijkertijd ben ik ook wel bewust dat je niet wilt dat het een confrontatie wordt met wat allemaal niet meer kan.”*

Alle geïnterviewde vaktherapeuten zijn erg oplettend voor deze confrontatie. Zo vertelt vaktherapeut Ketler (persoonlijke mededeling, 23 april 2019) het volgende: *“Wat belangrijk is, is als iemand al veel heeft geschilderd of getekend, dan wordt diegene automatisch naar vaktherapie beeldend verwezen. Dat is soms juist veel te confronterend!”*.

De Kreuk (persoonlijke mededeling, 16 mei 2019) vertelt hierover: *“Ik vind het soms een contra-indicatie. Doorverwijzers denken dan: ‘oh dat is een kunstenaar, dus die moet dan bij jullie in therapie’”*. De Kreuk legt uit dat het juist voor deze mensen na een CVA heel confronterend is om weer kunstzinnig aan de slag te gaan. De cliënt wordt fysiek geconfronteerd met wat hij of zij niet meer kan, tegelijkertijd wordt het ook in het kunstzinnig werk zichtbaar, dat kan te confronterend zijn.

Polis (persoonlijke mededeling, 17 mei 2019) herkent deze confrontatie en vertelt: “Soms kan het een contra-indicatie zijn als iemand een creatief beroep had om dan creatieve therapie aan te bieden”. Volgens Polis (persoonlijke mededeling, 17 mei 2019) is het gelijk aanbieden van muziektherapie voor deze cliënten toch te kort door de bocht: *“Als iemand beeldend sterk ontwikkeld is, is sowieso muziektherapie aanbieden dan misschien weer een te snelle conclusie. Dat is echt afhankelijk van het individu”*. Ketler en de Kreuk sluiten zich bij deze opvatting aan. Het is belangrijk om alert te zijn voor de mogelijke confrontatie, maar het verschilt per individu of het ook daadwerkelijk een contra-indicatie is (Ketler, persoonlijke mededeling, 23 april 2019; de Kreuk, persoonlijke mededeling, 16 mei 2019).

Een ander opvallend element wat vaak terug komt betreft het doorverwijzen naar beeldende vaktherapie zonder hulpvraag. Vaktherapeut Ketler (persoonlijke mededeling, 23 april 2019) vertelt: *“Soms worden wij ingezet als er een welzijnsvraag is. Daar zijn wij niet voor. Als het echt meer als activiteit is bedoelt, dan is het voor de activiteitenbegeleiding, vrijwilligers of familie. Soms worden we een beetje als dag invulling ingezet, en dat is niet de bedoeling”*.

Vaktherapeut Peschier (persoonlijke mededeling, 29 april 2019) sluit zich hierbij aan: *“Ik werd weleens gevraagd voor afleiding, meer de activiteitenbegeleidingskant. Dat is nog wel een stukje beeldvorming die we voor verwijzers goed voor ogen moeten houden”*. Ook de Kreuk (persoonlijke mededeling, 16 mei 2019) vertelt hierover: *“Het blijft lastig, soms komen er cliënten de therapie binnen met het idee dat ze iets leuks gaan maken. Dan valt het tegen als het niet om het resultaat maar om het proces draait”*.

Het grootste deel van de geïnterviewde vaktherapeuten geeft aan dat beeldende vaktherapie niet hetzelfde is als activiteitenbegeleiding. Een exclusiecriteria voor de therapie kan een doorverwijzing zonder hulpvraag of behandeldoel zijn.

Samenvattend zijn er twee aandachtspunten wat betreft (mogelijke) contra-indicaties voor het doorverwijzen naar vaktherapie beeldend:

1. Cliënten die voor het hersenletsel beeldend actief zijn geweest kunnen erg geconfronteerd worden met wat zij niet meer kunnen. Als er de mogelijkheid is, kan een doorverwijzing naar een muziektherapeut een uitkomst zijn. Dit verschilt per cliënt of het daadwerkelijk een contra-indicatie is.
2. Wanneer er geen hulpvraag of behandeldoel is voor de cliënt, maar vaktherapie beeldend wordt doorverwezen ter afleiding of activiteit. Dan past de vraag van deze cliënt meer bij de activiteitenbegeleiding.

Bijdrage van vaktherapie beeldend binnen de pijlers Positieve Gezondheid

De bijdrage van vaktherapie beeldend binnen het model van Positieve Gezondheid is per pijler aangegeven. Per pijler is beschreven welke behandeldoelen passend zijn voor vaktherapie beeldend en wat de bijdrage van vaktherapie beeldend is aan deze pijler.



Lichaamsfuncties: Gezond en fit voelen.

Behandeldoel(en): -Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen.

Bijdrage van vaktherapie beeldend: de bijdrage van vaktherapie beeldend is in het gebied van lichaamsfuncties meer indirect volgens medebehandelaren Worms, Ritter en Kuijt-Varkevisser. Volgens vaktherapeut Ketler ligt de bijdrage van kunstzinnige therapie in de pijler lichaamsfuncties vooral op het diagnostische stuk: wat kan iemand? Volgens vaktherapeuten Peschier, Steentjes en van de Zande kan vaktherapie beeldend een bijdrage leveren aan het oefenen van de handfuncties. Alle respondenten zijn het er over eens dat de bijdrage voor lichaamsfuncties een meer indirecte bijdrage heeft binnen de therapie.



Mentaal welbevinden: Vrolijk en zeker voelen.

Behandeldoel(en): -Versterken van de autonomie, zelfvertrouwen en zelfbeeld.

-Reguleren en uiten van emoties.

-Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen.

-Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven.

Bijdrage van vaktherapie beeldend: vaktherapeut Polis (persoonlijke mededeling, 17 mei 2019) vertelt: *“Mentaal welbevinden is een van de grootste domeinen waar je als kunstzinnig therapeut aan kan bijdragen”*. Volgens alle respondenten heeft vaktherapie beeldend een grote bijdrage op het gebied van mentaal welbevinden. De grootste bijdrage van vaktherapie beeldend lijkt te zitten in het ervaren van eigenwaarde, zelfrespect, gevoel van controle te hebben, een stuk eigen regie ervaren en op het gebied van de emotionele toestand.



Zingeving: Vertrouwen in de toekomst.

Behandeldoel(en): -Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven.

-Verwerking van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven.

Bijdrage van vaktherapie beeldend: de bijdrage van vaktherapie beeldend bij de pijler zingeving is belangrijk volgens de respondenten. De bijdrage bij deze pijler is vooral gericht op acceptatie en verwerking.



Kwaliteit van leven: Genieten.

Behandeldoel(en): -Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven.

-Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen.

-Versterken van de autonomie, zelfvertrouwen en zelfbeeld.

Bijdrage van vaktherapie beeldend: vaktherapeut Ketler (persoonlijke mededeling, 23 april 2019) vertelt: *“Bij de term kwaliteit van leven wordt er snel aan kunstzinnige therapie gedacht. Het is ook een beetje ons medium die dan ingezet kan worden. We onderzoeken wat er wel kan in plaats van wat er niet meer kan. Eigenlijk is dat de aard van onze hele therapie. Heel veel therapieën zijn natuurlijk gericht op wat niet meer kan. Dus als iemand weinig kwaliteit van leven ervaart is het juist belangrijk om te kijken wat er wel lukt, en dat aan te spreken, zoals bij kunstzinnige therapie”*. Psycholoog Worms (persoonlijke mededeling, 23 april 2019) vertelt over de bijdrage van kunstzinnige therapie bij de kwaliteit van leven: *“Veel mensen die kunstzinnige therapie krijgen genieten echt van hetgeen wat ze doen. Ze kunnen er echt trots op zijn, dat is een stuk geluk beleven en welbevinden”*. Volgens de respondenten is de bijdrage van kunstzinnige therapie aan de pijler kwaliteit van leven groot, vooral doordat CVA-cliënten gezondheid ervaren, genieten en geluk beleven.



Sociaal maatschappelijk participeren: Goed contact met anderen.

Behandeldoel(en): -Verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren.

Bijdrage van vaktherapie beeldend: de bijdrage van deze pijler is volgens de respondenten vooral indirect. De therapie richt zijn hoofddoel niet op bevorderen van het sociaal maatschappelijk participeren. De bijdrage aan deze pijler is meer van belang in groepstherapieën. Vaktherapeut Polis (persoonlijke mededeling, 17 mei 2019) vertelt: *“In groepen komt dit naar voren. Met elkaar leren praten en goed luisteren naar elkaar. Er worden ook vriendschappen gesloten in een groep. Cliënten vertellen dat ze zichzelf kunnen zijn in een groep, en zich geaccepteerd voelen”*. De bijdrage van vaktherapie beeldend binnen deze pijler is dus meer indirect volgens de respondenten.



Dagelijks functioneren: Voor zichzelf kunnen zorgen.

Behandeldoelen: -

Bijdrage van vaktherapie beeldend: Alle respondenten geven duidelijk aan dat de bijdrage van vaktherapie beeldend voor deze pijler indirect is. Zo vertelt psycholoog Worms (persoonlijke mededeling, 23 april 2019) :*“Als je je situatie leert accepteren, en je emotionele toestand is verbeterd, dan functioneer je beter”*. Specialist ouderengeneeskunde Veleva (persoonlijke mededeling, 27 mei 2019) geeft aan: *“Alle eerder benoemde pijlers hebben allemaal invloed op het dagelijks functioneren van de cliënt”*.

De respondenten zijn tot consensus gekomen wat betreft de belangrijkste pijlers voor kunstzinnige therapie binnen de CVA-zorg: mentaal welbevinden, zingeving en kwaliteit van leven. Aan sociaal maatschappelijk participeren wordt vooral bijgedragen in groepsverband en het (opnieuw) leren uiten van gevoelens, lichaamsfuncties en dagelijks functioneren kunnen meer een indirecte invloed hebben door de verbetering van andere pijlers.

Samenvatting resultaten

De behandeldoelen per pijler en de bijdrage van vaktherapie beeldend voor CVA-cliënten in een woonzorginstelling is samengevat en schematisch weergegeven in Figuur 2.

Positieve Gezondheid pijler	Behandeldoelen	Belang bijdrage
Lichaamsfuncties	-Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen	Indirect
Mentaal welbevinden	-Versterken van de autonomie, zelfvertrouwen, zelfbeeld. -Reguleren en uiten van emoties. -Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven. -Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen.	Direct
Zingeving	-Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven -Verwerking van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven.	Direct
Kwaliteit van leven	-Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven. -Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen. -Versterken van de autonomie, zelfvertrouwen, zelfbeeld.	Direct
Sociaal maatschappelijk participeren	-Verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren.	Indirect/ groepen
Dagelijks functioneren	-	Indirect

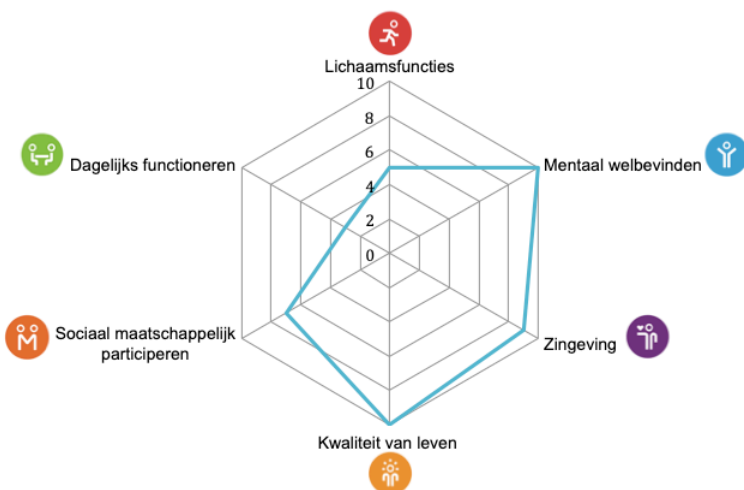
Figuur 2: Schematisch overzicht behandeldoelen per pijler.

Naast bovenstaande behandeldoelen is volgens de geïnterviewde vaktherapeuten beeldende vaktherapie ook **diagnostisch inzetbaar** binnen de doelgroep CVA.

Daarnaast zijn er nog twee aandachtspunten wat betreft (mogelijke) contra-indicaties voor het doorverwijzen naar vaktherapie beeldend:

1. Cliënten die voor het hersenletsel beeldend actief zijn geweest kunnen erg geconfronteerd worden met wat zij niet meer kunnen. Als er de mogelijkheid is, kan een doorverwijzing naar een muziektherapeut een uitkomst zijn. Dit verschilt per cliënt of het daadwerkelijk een contra-indicatie is.
2. Wanneer er geen hulpvraag of behandeldoel is voor de cliënt, maar vaktherapie beeldend wordt doorverwezen ter afleiding of activiteit. Dan past de vraag van deze cliënt meer bij de activiteitenbegeleiding.

In Figuur 3 is de bijdrage van vaktherapie beeldend bij elke pijler in het model van Positieve Gezondheid aangegeven. Dit richt zich uitsluitend op CVA-cliënten in een woonzorginstelling.



Figuur 3: Bijdrage van vaktherapie beeldend aan de pijlers in het model van Positieve Gezondheid.

Aanbeveling vervolgonderzoek

Vervolg onderzoek is nodig om de behandeldoelen voor muziektherapie te implementeren binnen het CVA-verbeterplan. Ook is het aan te raden om in vervolgonderzoek een duidelijk onderscheid te maken tussen de revalidatie fase en de chronische fase van CVA. Dit onderzoek richt zich op CVA-cliënten binnen een woonzorginstelling, waarvan de meeste cliënten in de chronische fase van de CVA zitten. Voor optimale helderheid is het van belang om dit verder te onderzoeken.

Literatuurlijst

Hartstichting (2019). *Na een beroerte*. Den Haag: Hartstichting.

Hersenstichting (2019). *Beroerte*. Geraadpleegd op 5 maart 2019 via <<https://m.hersenstichting.nl/beroerte/>>

IPH (2019). *Een bredere kijk op gezondheid, die meer oplevert*. Geraadpleegd op 8 april 2019 via <<https://iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>>

Ketler, C., Wolf, R. (2019). *Verwijzen naar vaktherapie*. Voorburg: WoonZorgcentra Haaglanden.

NVKT (2019). *Wat is kunstzinnige therapie?* Geraadpleegd op 30 mei 2019 via <<https://www.kunstzinnigetherapie.nl/kunstzinnige-therapie>>

Bijlage 2: Feedbackformulier opdrachtgever 1 over praktijkproduct onderzoek

Naam: Chrissy Ketler

Datum: 31-05-2019

Het praktijkproduct

1. Wat vind u van het praktijkproduct?

Ik vind dat het een mooi product geworden is! Mijn complimenten!

Er is goed nagedacht over een beknopte, duidelijke vormgeving waardoor het document gemakkelijk te raadplegen is. Ook qua inhoud ben ik content met de verkregen resultaten die maken dat wij meer inzicht kunnen geven over onze inzetbaarheid binnen de organisatie (per doelgroep/ hulpvraag). De vraag vanuit verwijzers gaat vaak over onze inzetbaarheid toegespitst op een bepaalde hulpvraag (en doelgroep). Dit document is een mooie aftrap voor het inzichtelijk maken van de mogelijkheden en doelstellingen binnen de vaktherapie. Kortom, het is een document om op voort te kunnen bouwen!

2. Voldoet het praktijkproduct aan uw verwachtingen?

Zeker weten, er is gewerkt vanuit vragen en onduidelijkheden die bekend zijn binnen de organisatie en onze rol binnen het multidisciplinaire werken in de behandeldienst. De resultaten geven inzicht in beide facetten; zowel de ervaringen van de andere disciplines binnen de behandeldienst als collega vaktherapeuten die met deze doelgroep werken.

3. Zijn er nog toevoegingen nodig aan het praktijkproduct?

Nee.

4. Is het praktijkproduct bruikbaar?

Ja!

5. Heeft u nog overige opmerkingen over het praktijkproduct?

Nee.

Communicatie

6. Hoe vond u de communicatie in het onderzoeksproces?

Zeer goed! Rozemarijn heeft een zelfstandige houding aangenomen maar stelde ook haar vragen wanneer zij deze had. Daarnaast vond ik het prettig om te merken dat Rozemarijn rekening heeft gehouden met de setting en haar vragen en observaties op dit gebied heeft voorgelegd (communiceren en werken binnen een behandeldienst in een grote organisatie). Los van de communicatie met mij heeft Rozemarijn ook veel contact gehad met mijn collega's binnen de locatie. Rozemarijn heeft een professionele en toegankelijke houding aangenomen die zowel door mij als mijn collega's als zeer prettig is ervaren.

7. Heeft u nog tips of opmerkingen over de communicatie?

Nee, zeer tevreden.

Bijlage 3: Feedbackformulier opdrachtgever 2 over praktijkproduct onderzoek

Naam: Thomas Ritter

Datum: 05-06-2019

Het praktijkproduct

1. Wat vind u van het praktijkproduct?
Ik vind het een mooi voorbeeld van pionieren in je werkveld. Het is met recht een creatie te noemen want iets dergelijks bestond er voorheen nog niet, naar mijn weten.
Het voegt duidelijkheid toe waar dat nodig was en evolutie zorgt voor een vervolg op welke manier dan ook. Je hebt een nieuw startpunt gecreëerd om vanuit te redeneren.
2. Voldoet het praktijkproduct aan uw verwachtingen?
Ja, het geeft een duidelijk antwoord op de vraag wat de rol (en wat niet) van de KT kan zijn bij deze doelgroep.
3. Zijn er nog toevoegingen nodig aan het praktijkproduct?
Kort nog kijken naar de indeling en leesbaarheid.
De inleiding ervaar ik (met alle respect) wat rommelig ;)
4. Is het praktijkproduct bruikbaar?
Absoluut. Ik vermoed dat zowel WZH als je collega's KT'ers hier best veel aan kunnen hebben.
Als je dit met wat aandacht publiceert kan je er een hoop mensen mee bereiken.
5. Heeft u nog overige opmerkingen over het praktijkproduct?
Nee.

Communicatie

6. Hoe vond u de communicatie in het onderzoeksproces?
Zeer goed. Goede terugkoppelingen en interactie.
7. Heeft u nog tips of opmerkingen over de communicatie?
Nee.

Bijlage 4: Samenwerking

Samenwerking met de opdrachtgever

De samenwerking met de opdrachtgever is prettig verlopen. Aan het begin van mijn stage werd duidelijk wat de probleemstelling en de onderzoeksvraag zou zijn. Ketler en Ritter waren duidelijk in de wensen en formuleringen, waardoor het naar mijn mening ook helder was wat nodig was. Voor het opstellen van het onderzoeksplan hebben we een paar keer rond de tafel gezeten om te overleggen. Wederzijdse inbreng was mogelijk waardoor enerzijds de instelling een passend product zou krijgen, en het anderzijds ook haalbaar zou zijn voor het afstudeeronderzoek vanuit de eisen van Hogeschool Leiden.

Op de valreep is besloten om het onderzoek ook in het kader van het model Positieve Gezondheid vorm te geven, zodat het eindproduct in de toekomst waardevol is.

In het tussentijdse gesprek heb ik aangegeven hoe ver ik was met het onderzoek, en wat mijn vervolg stappen zouden zijn. Ketler gaf aan dat het eindproduct niet meer in de vorm van een folder of flyer zou zijn, maar liever een product omschrijving zou worden. Dit veranderde niets aan de inhoud van het onderzoek, enkel aan de vormgeving.

Tijdens de tussentijdse bespreking viel het mij op dat ik een tijd geen duidelijke update over de stand van zaken had gegeven. Als ik een vraag had, stelde ik die eigenlijk direct. Dit zorgde ervoor dat ik snel weer verder kon, waardoor het onderzoek naar mijn inzien goed is verlopen.

Op een gegeven moment had ik duidelijk voor ogen wat ik moest doen, en heb ik dat uitgevoerd. Ik ben daarin voor mijn gevoel niet helder geweest naar de opdrachtgevers. Ik zie dit niet terug in de feedback die ik van de opdrachtgevers heb gekregen op communicatie. Toch zou ik in het vervolg duidelijker uitleggen hoe ver ik ben met het onderzoek en waar ik op dat moment mee bezig ben.

Over het praktijkproduct zijn beide opdrachtgevers tevreden. De ingevulde feedbackformulieren zijn te zien in bijlage 2 en bijlage 3. Naar aanleiding van de feedback van Ritter is de inleiding nog wat duidelijker gemaakt. Het eindproduct is volgens de opdrachtgevers bruikbaar en direct in te zetten binnen verschillende locaties van WoonZorgcentra Haaglanden bij CVA-cliënten. Ritter vertelt (persoonlijke mededeling, 5 juni 2019) naast de beoordeling het volgende: *“Ik vind dat je een hele mooie bijdrage hebt kunnen leveren aan de ontwikkeling van jullie vak en aan ons plan om de zorg te verbeteren voor mensen met een CVA. Het geeft echt meer houvast wat betreft de indicatie (en heel verhelderend in het stuk juist de contra-indicaties) voor jullie betrokkenheid en wat de eventueel doelen kunnen zijn”*.

Samenwerking met onderzoeksbegeleider en medestudenten

De samenwerking met mijn onderzoeksbegeleider heb ik als erg prettig ervaren. De communicatie was naar mijn idee erg open, helder, snel en eerlijk. Ik vond het fijn dat ik aan kon geven als ik iets niet begreep. Ook heeft Van de Loo altijd heel actief meegedacht met het onderzoek. Ik vond het ook heel prettig dat ik het soms ook zelf mocht uitzoeken, waarnaar het later nog aangepast kon worden; het iteratieve proces. Ik heb dit als waardevol ervaren omdat ik juist daardoor veel heb geleerd. Daarnaast heb ik veel aan medestudent Laura Schepens gehad. Doordat we deels dezelfde respondenten hebben geïnterviewd had Laura een duidelijk beeld van mijn onderzoek en dacht actief mee in het dataverwerkingsproces. Vanaf het eerste moment tot het laatste moment heb ik feedback gekregen van Van de Loo en Laura Schepens, dit heeft het voor gezorgd dat het onderzoek goed is verlopen.

Zoals beschreven in de methode (hoofdstuk 5) heb ik mijn interview getest binnen de onderzoeksgroep. Dit was prettig omdat ik hierdoor feedback heb gekregen op de inhoud, maar ook op mijn eigen houding als interviewer.

Bijlage 5: Overzicht van mogelijke gezondheidsproblemen en opties voor behandeling na een CVA (Van Gorp et al., 2016).

OVERZICHT VAN MOGELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN EN OPTIES VOOR BEHANDELING

PROBLEEM	OPTIES VOOR BEHANDELING
VERHOOGDE BLOEDSUIKER De helft van de patiënten heeft direct na een CVA last van te veel suiker in het bloed (hyperglykemie).	→ Insuline
VERHOOGDE BLOEDDRUK 60 procent van de patiënten heeft direct na een CVA last van een verhoogde bloeddruk.	→ Afwachten of het vanzelf over gaat → Leefstijlinterventies (voeding, beweging, roken, alcohol, stress) → Medicijnen tegen hoge bloeddruk
KOORTS Dit kan voorkomen in de eerste dagen na een CVA.	→ Paracetamol → Behandeling van infecties
DELIER (plotselinge ernstige verwardheid, die veroorzaakt wordt door ziekte of medicijnen) Een kwart van de patiënten krijgt in de eerste weken een delier.	→ Continue observatie van de patiënt → De zorgverlener zoekt naar mogelijke lichamelijke oorzaken en probeert deze te behandelen. Vaak krijgt u ook medicijnen om de verwardheid verschijnen en angst te verminderen. Om de nachtrust te verbeteren, krijgt u soms een slaapmiddel voorgeschreven. Als de oorzaak goed is behandeld, gaat het delier meestal snel over.
ERNSTIGE VERNAUWING VAN HALSSLAGADER	→ Operatie binnen 2 weken

VERVOLG OVERZICHT

PROBLEEM	OPTIES VOOR BEHANDELING
PIJN Pijn komt veel voor na een CVA. Vooral schouderpijn.	→ Medicijnen / injecties → Oefentherapie → Elektrostimulatie
TAAL, SPRAAK, STEM, COMMUNICATIE Taalstoornis: 25 procent van de patiënten heeft in de eerste weken na een CVA last van afasie (stoornis van spreken, begrijpen, lezen en schrijven). Sprakestoornis: 35 procent van de patiënten heeft in de eerste tijd dysartrie (krachtverlies van tong en mondspieren).	→ Afasietherapie → Logopedie → Cognitief-linguïstische therapie → Communicatieve vaardigheidstraining → Leren communiceren met behulp van communicatiehulpmiddelen
SLIKSTOORNIS De helft van de patiënten heeft in de eerste weken na een CVA een slikstoornis. De meesten herstellen binnen 3 weken. Na een CVA wordt onderzocht of de patiënt problemen heeft met slikken.	→ Compenserende maatregelen gericht op de samenstelling van de voeding (eventueel sondevoeding) → Logopedie → Psychosociale begeleiding
INCONTINENTIE Vooral in de eerste 2 weken kan verlies van controle over blaas en ontlasting optreden. Meestal herstelt dit binnen 2 weken.	→ Gebruik van incontinentiemiddelen → Blaastraining → Katheter → Laxeermiddelen → Aanpassing van de voeding

PROBLEEM	OPTIES VOOR BEHANDELING
VERANDERING IN COGNITIE (bijvoorbeeld oriëntatie, aandacht, geheugen, leervermogen, waarneming, informatieverwerking, organisatie van handelingen, gebrekkig ziekte inzicht)	→ Er zijn verschillende behandelingen beschikbaar. Meestal een vorm van compensatietraining, waarbij u leert om dagelijkse activiteiten op een andere, handigere manier uit te voeren. Ook aandachtstraining of visuele scanningtraining zijn mogelijk. → Stimulatie van de zintuigen
VERANDERING IN GEDRAG (bijvoorbeeld bij het uitvoeren van taken en handelingen, 'neglect': geen reactie of tragere reactie op prikkels van buitenaf) Een derde van de patiënten krijgt in meer of minder mate last van neglect. Ook kan er moeite ontstaan met het uitvoeren van alledaagse activiteiten (apraxie).	→ Stimulatie van de zintuigen → Aandachtstraining of visuele scanningtraining: u leert om bewust aandacht te geven aan iets
VERANDERING IN EMOTIE (bijvoorbeeld angst, depressiviteit, vermoeidheid, prikkelbaarheid, agressiviteit, verminderde sociale vaardigheden) De helft van de patiënten heeft na 2 jaar nog last van vermoeidheid. Veel patiënten en ook naasten hebben last van depressieve klachten.	→ Psychosociale begeleiding → Antidepressiva, medicijnen tegen depressieve klachten

PROBLEEM	OPTIES VOOR BEHANDELING
SEKSUALITEIT EN INTIMITEIT Verminderde zin in intimiteit en seks vanwege de gevolgen van een CVA en vanwege het gebruik van medicatie.	→ Educatie → Psychosociale ondersteuning → Gebruik van andere medicatie
MOTORIEK EN MOBILITEIT De meeste patiënten krijgen een verlamming in arm en/of been en hebben moeite met fijne bewegingen. Bij 75 procent herstelt het lopen en bij 35 procent de arm- en handfunctie.	→ Binnen 24 uur na het CVA uit bed → Fysiotherapie of oefentherapie (bijvoorbeeld balansttraining, krachttraining, duurtraining, arm-reik oefeningen, rolstoel rijden, houdingscontrole, looptraining)
LEREN EN TOEPASSEN VAN KENNIS Moeite met het aanleren van vaardigheden en het toepassen van kennis in nieuwe situaties.	→ Compensatietraining → Vaardigheidstrainingen → Training en begeleiding op locatie, bijvoorbeeld in de thuissituatie
VERZORGING EN HUISHOUDEN Moeite met het zelfstandig uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven.	→ Ergotherapie → Fysiotherapie → Hulp bij zelfverzorging → Ondersteuning bij praktische zaken

Uitgebreide informatie over behandelingen vindt u in het 'Zorgboek beroerte (CVA)', hoofdstukken 9-11.

(Van Gorp et al., 2016)

Bijlage 6: Behandeldoelstellingen van de FVB (Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017)

-
1. Versterken van de autonomie, assertiviteit, zelfvertrouwen, zelfbeeld;
 2. Reguleren en uiten van emoties, reguleren van impulsen en agressie;
 3. Leren voelen, bepalen, hanteren en aangeven van grenzen;
 4. Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven;
 5. Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen;
 6. Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen;
 7. Verwerking van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven;
 8. Verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren.
-

(Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017).

Bijlage 7: Codeboek

Aan de hand van de onderzoeksvraag en de deelvragen is er een deductief codeboek gemaakt om data uit de transcripten te verwerken. Tijdens het lezen zijn er ook inductieve codes toegevoegd aan het codeboek. Ook is er een code toegevoegd voor overige belangrijke aspecten. Al deze codes zijn samengevoegd en opgesteld in dit codeboek. Door zowel gebruik te maken van deductieve als inductieve codes is de kans dat een belangrijk aspect over het hoofd werd gezien verkleint.

Problematiek CVA	geel
Behandeldoelen	heldergroen
Contra-indicaties	rood
Wat kan niet met KT	donkergeel
Wanneer keuze KT	roze
Relevantie onderzoek	blauw
Diagnostiek	turkoois
Oefeningen	groenblauw
Overig belangrijk	violet

Positieve Gezondheid

Lichaamsfuncties

Mentaal welbevinden

Zingeving

Kwaliteit van leven

Sociaal maatschappelijk participeren

Dagelijks functioneren

Bijlage 8: Interviews met vaktherapeuten

Interview met beeldend vaktherapeut, respondent 1

Naam en functie: **Chrissy Ketler**, beeldend vaktherapeut

Datum: Dinsdag 23 april 2019

Toestemming voor geluidsopname	ja	nee
Anonimiseren van de naam	ja	nee

Chrissy Ketler werkt ongeveer zes jaar als beeldend vaktherapeut bij WoonZorgcentra Haaglanden, op verschillende locaties. Ze werkt met verschillende doelgroepen waaronder somatiek en NAH. Daarnaast werkt ze binnen een multidisciplinair behandelteam van psychologen, artsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten en logopedisten.

[Rozemarijn: korte introductie onderzoek]

Rozemarijn: Welke problemen zie je vaak bij CVA-cliënten?

Chrissy: Veel **stemmingsproblematiek**.

Rozemarijn: Wat voor soort stemmingsproblematiek?

Chrissy: **Somberheid, neerslachtigheid, passief gedrag, apathisch gedrag, verdriet**. Daarnaast ook veel **onzekerheid, een laag zelfbeeld**. Op het gebied van het **ik zie ik veel ik verstoring of verzwakking**. Verder ook **ziektebesef of inzicht**.

Rozemarijn: Bedoel je met ziektebesef of inzicht dat ze dat dan minder hebben?

Chrissy: Ja, vaak zie je dat als er **heel veel ziektebesef** is dat er vaak **stemmingswisselingen** aan bod komen, **een ik-verzwakking** waardoor **een laag zelfbeeld** ontstaat. Maar het kan ook dat er **weinig ziektebesef** is, waardoor mensen niet door hebben wat ze niet meer kunnen. Ze denken dat ze dan kunnen lopen als ze eigenlijk verlamd zijn. Ik denk dat dat de drie belangrijkste dingen zijn waar wij mee te maken krijgen.

Rozemarijn: Voor welke behandeldoelen wordt je vaak doorverwezen?

Chrissy: Vaak op het gebied van het **ik**. Dus **verlaagd zelfbeeld, acceptatie, rouwverwerking, verliesverwerking, functie verliesverwerking**. Vaak gericht op de **stemmingsproblematiek**. Wat ook vaak gebeurt, door de beperking kan ook heel vaak niet wat eerst wel kon. Dan kunnen we ook kijken naar wat er mogelijk is, waar heeft iemand behoefte aan, **wat kan iemand**.

Rozemarijn: Zou je dat kunnen zien als een stukje diagnostiek?

Chrissy: Het is inderdaad eigenlijk een onderzoekje, een stuk diagnostiek, naar wat er mogelijk is. Vervolgens dan ook adviezen en handvaten aanreiken van wat je dan specifiek kan doen.

Rozemarijn: Voor de behandelaren of voor diegene zelf?

Chrissy: Dat ligt aan de doelgroep. Bij CVA zijn er mensen natuurlijk zelf nog wel deels in staat. Maar ook wel voor de afdeling bijvoorbeeld. Of voor familie.

Rozemarijn: Heb je daar een voorbeeld van?

Chrissy: Ja, genoeg. Een dame heeft heel veel jeuk. Niemand weet wat het is en waar het vandaan komt. De hele dag gilt ze dat ze jeuk heeft. Ze krabt zichzelf helemaal open. Ze is daarbij ook heel passief. Ze slaapt veel. Je kan je voorstellen dat als je veel jeuk hebt dat dat frustrerend en vermoeiend is. Dit verstoort haar dag en nacht ritme heel erg. Het is moeilijk om haar te activeren. Het is dan belangrijk om te kijken wat we haar kunnen aanbieden als zij jeukt heeft, wat haar dan afleidt. Eigenlijk ben ik met KT vooral gaan kijken wie deze vrouw is en wat zij interessant vindt. Kijken wat heel persoonlijk bij haar past. Soms kan het helpen om iets nieuws aan te bieden, maar ik wilde verbinding met haar maken dus dan moet je ook haar als ingang gebruiken. Zij heeft modellen werk gedaan, zij heeft in Brazilië gewoond en heeft ook wel wat bekende mensen gekend. We zijn hierdoor een beetje op het mode stukje gaan zitten en hebben collages gemaakt van mensen waar zij zich mee kon verbinden zoals ontwerpsters van vroeger. We hebben er ook foto boeken van haar erbij gepakt en zo kwam haar levensverhaal er uit. Daar hebben we beelden van gemaakt. Die worden nu door haar dochter erbij gepakt om er over te praten als ze jeukt heeft. Soms kan ze ook actief worden en gaat ze zelf tekenen, dat is teveel om over te dragen naar de afdeling.

In een slechtere periode merkte ik dat zij het ook heel fijn vond om voorgelezen te worden, dat heb ik dan ook overgedragen aan haar familie en op de afdeling.

Rozemarijn: Als je kijkt naar behandeldoelen zeg je vooral doelen gericht op het Ik-gebied: zelfbeeld, acceptatie, verlies en stemmingsproblematiek.

Chrissy: Ja, deze zijn meer op geestelijk niveau.

Rozemarijn: Zijn er daarnaast nog meer behandeldoelen?

Chrissy: Ik denk dat je het kan splitsen tussen geestelijke doelen en gericht op wat kan iemand nog, dat is dan meer de diagnostiek maar ook qua actief oppakken, dus ja diagnostiek zo maar te noemen.

Rozemarijn: Wordt je ook weleens doorverwezen op het lichamelijke gebied?

Chrissy: Ja, dat is dan meer het kijken wat iemand nog kan. Ik merk dat mensen daar wel vaak op vastlopen.

Rozemarijn: Dus alleen de diagnostiek van het lichamelijke stukje?

Chrissy: Het komt er altijd een beetje bij. Ik probeer mij vaak te houden aan de verwijzing die er is. Ik heb ook weleens gehad dat in een traject de partner overleed. Dan krijg je toch een heel ander traject dan waarvoor je was doorverwezen. Dan pas je je doel aan in overleg met de verwijzer.

Rozemarijn: Zijn er ook behandeldoelen waar doorverwijzers niet zo snel aan zullen denken maar die wel relevant zijn voor KT?

Chrissy: Niet meer eigenlijk. Ik zou bijna zeggen nee. Het heeft te maken met of ze je weten te vinden. Wat vaak automatisch gebeurt, als er twijfels zijn, gaan ze in gesprek met ons of wij daar iets in kunnen betekenen. Het is meer of ze ons überhaupt weten te vinden en überhaupt iets van ons weten, waarvoor we dienen. Meer in het algemeen.

Rozemarijn: Dus verwijzers die je weten te vinden, die hebben in het algemeen een goed beeld. En de verwijzers die je niet weten te vinden, hebben geen helder beeld van KT in het algemeen. Klopt dat?

Chrissy: Ja dat klopt. Die denken überhaupt minder snel aan ons, waardoor we van deze mensen geen doorverwijzingen krijgen.

Rozemarijn: Zijn er ook behandeldoelen waar KT niet ingezet voor kan worden?

Chrissy: Soms zijn er andere therapieën die geschikter zijn denk ik. Wat ik zelf wel vaak merk is dat het een welzijnsvraag is. Daar zijn wij niet voor. Als het echt meer als activiteit bedoelt is dan is het voor de AB'er, vrijwilliger of voor de familie. Soms worden we ook een beetje als dag invulling ingezet, en dat is niet de bedoeling. Daar probeer ik scherp voor te zijn. Daarbij geef ik wel altijd aan dat als iemand ergens tegen aan loopt, dan wij dan wel ingeschakeld kunnen worden omdat er dan een hulpvraag is. Om de diagnostiek te doen.

Wat is wat ik het meeste kom, dat het soms lastig is voor andere om te bepalen wanneer het therapie is en wanneer het een activiteit is.

Rozemarijn: Krijg je ook weleens een doel waarvan je denkt dat je daar niet veel mee kan met KT?

Chrissy: Dat is ook vaak op welzijn. Ik heb ook wel eens een verwijzing gehad over een mevrouw die van schilderen houdt. Dat is niet echt een verwijzing. Dat is meer een bezigheid. Qua doelen verder kom ik daar vaak pas achter als ik in contact ben met iemand. Dan valt mij weleens op dat het medium niet aansluit.

Wat ook belangrijk is dat als iemand al veel heeft geschilderd of getekend, dan wordt diegene automatisch naar beeldend verwezen. Dat is soms juist veel te confronterend. Dan verwijs ik juist graag door naar muziek.

Het belangrijkste is dat jij de juiste persoon bent voor de client en dat je het juiste medium hebt.

Rozemarijn: Dan gaan we naar het volgende deel, de doelstellingen van de FVB. Ben je hier bekend mee?

Chrissy: Ja.

Rozemarijn: Bij welke van jouw doelstellingen bij CVA sluiten deze doelstellingen aan?

Chrissy:

7. Verwerking van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven. Dan is het vooral functieverlies in ons geval, bij CVA.

1. Versterken van de autonomie, assertiviteit, zelfvertrouwen, zelfbeeld. Dat is het Ik eigenlijk gewoon. Dus die sowieso. Daar werk ik heel veel mee.
2. Reguleren en uiten van emoties, reguleren van impulsen en agressie. Deze hoort een beetje bij het doel over het Ik [1]. Ik denk dat als je een verstoring in het Ik hebt, dan herken je je emoties ook niet. Dan heb je dus vaak impulsieve uitingen. Ik merk vaak dat als je aan het Ik [1] gaat werken, dan komt dit [2] ook vaak in balans. Ik denk dat dit eentje is waar wij [kunstzinnig therapeuten] wat minder mee doen en de FVB meer. Omdat er soms bepaalde dingen verstopt zitten die je niet meer moet aanraken, wij zijn daar iets voorzichtiger in merk ik. Ik merk dat ik meer op de onbewustere laag werken en later pas kijken waar het voor heeft gediend. Deze manier van werken [2], dus heel gericht uiting geven aan emoties dat is heel direct en confronterend. Ik doe het wel veel met NAH trouwens. Dat is een beetje emotieregulatie, dat doe ik wel veel.

Rozemarijn: CVA valt wel onder NAH. Doe je het dan ook niet met CVA-cliënten?

Chrissy: Ja, het ligt een beetje aan het ziektebeeld. Dat is vooral het impulsieve en agressieve gedrag [2]. Dan doe durf ik dat ook sneller. Dan is het er toch al. Maar het is een lastig gebied. Mensen die heel agressief zijn en hun emoties niet onder controle hebben, die hebben ontploffingen. Die ontploffingen worden afgestraft. Stop, time-out, ga maar naar je kamer. Dan worden mensen eigenlijk continu gestraft voor hun uitbarsting. Die uitbarsting is er niet voor niks, vaak een ophoping van allerlei verschillende dingen. Deze uitbarsting komt er op ongunstige momenten uit, vaak bij de ADL. Mensen krijgen daardoor niet de ruimte om er iets mee te doen. Dus juist waar ze de meeste baat bij hebben krijgen ze niet aangereikt. Dus dan hoopt het weer op, het komt er weer uit, er wordt weer gestraft, dat gaat weer naar binnen. Dan zit je in een vicieuze cirkel. Als je het gericht uit, dan kan het ergens heen. Dat doe ik wel met beeldend werken. Je moet wel een canvas bieden. Het mag er uit, maar dan wel binnen een kader die je als therapeut biedt. Vervolgens moet je ook weer de ontspanning bieden, anders wordt de client een ongeleid projectiel. Denk aan het canvas als kader waar iemand in mag bewegen, denk aan gooien met klei maar dan wel op een papier. Gooien met koffie ofzo, als het maar gekaderd is. Je moet dan wel daarna ontspanning aanbieden. Op die manier werk ik wel met de emotieregulatie.

Rozemarijn: Dit doe je alleen als er sprake is van impulsief en agressief gedrag bij doel 2?

Chrissy: Ja, bij ongeremdheid vooral. In het Anker merk ik ook dat er veel trauma's zijn en dingen die al jaren lang opgesloten zitten. Die ga ik dan niet meer aanraken. Mensen zijn te oud en het is niet altijd goed om dingen op te rakelen. Dat stukje uiten ligt er maar net aan wanneer. Vooral bij oorlogstrauma's ben ik heel voorzichtig.

3. Leren voelen, bepalen, hanteren en aangeven van grenzen daar werk ik uiteraard mee. Grensbeleving is heel belangrijk bij CVA en in het kunstzinnig werken.
4. Contact maken en versterken met het eigen gevoelsleven ook, dat is misschien meer zelfbewustzijn. Bewustwording.
5. Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen.
6. Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen, deze vind ik een beetje lastig. Je werkt er wel aan in vormtekenen, maar meer sporadisch. Ik merk ook wel dat mensen hun grenzen over gaan doordat ze enthousiast worden, terwijl ze wel last krijgen van hun schouder bijvoorbeeld. Maar het is niet echt een doel, daar word ik ook eigenlijk nooit voor doorverwezen.

Rozemarijn: Is dat dan meer indirect hoe je daar mee werkt?

Chrissy: Ja, het is inderdaad bijkomstig. Als iemand vormtekent dan gebeurt het wel automatisch. Ook bij het verbeteren van techniek enzo, als je therapeutisch schildert. Meer opbouwend, dus een beetje half.

Rozemarijn: En het onderste doel [8]? Verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren?

Chrissy: Ja, ook wel.

Rozemarijn: Is er ook een van deze doelen die het belangrijkste is?

Chrissy: Ik denk dat wij eigenlijk überhaupt altijd als KT'er aan het Ik werken. Het Ik is natuurlijk eigenlijk uiteindelijk de rode draad door de trajecten heen. Ik denk dat die [versterken van emoties, assertiviteit, zelfvertrouwen, zelfbeeld] het meeste eruit springt.

Rozemarijn: Dan gaan we kijken naar de Positieve Gezondheid. Wil je dit model nog doornemen?

Chrissy: Ik ben er bekend mee dus dat hoeft niet.

Rozemarijn: Eigenlijk wil ik alle pijlers af gaan en kijken wat of en wat de bijdrage van KT is. Zullen we beginnen bij de **lichaamsfuncties**?

Chrissy: Ja die is het minst belangrijk. Dat is meer om iets te kunnen uitvoeren. Of te **kijken wat kan iemand**, maar wordt niet ingezet als doel zelf.

Rozemarijn: Dus meer diagnostiek achtig?

Chrissy: Bijvoorbeeld, iemand kan dit niet meer, hoe kan ik er voor zorgen dat iemand toch kan schilderen? Of aanpassingen in het materiaal. Een penseel vastbinden aan een hand bijvoorbeeld. Of een beweging groter maken of juist weer rust in de beweging krijgen. Vaak is dat een beetje een subdoel.

Rozemarijn: Mentaal welbevinden?

Chrissy: Die is wel heel sterk.

Rozemarijn: Zijn er ook oefeningen of materiaal waar je aan denkt bij welbevinden?

Chrissy: Dat is eigenlijk het **tonen van eigen initiatief**. Steeds meer **eigen regie**. **Keuzes leren maken**. Daar naar toe werken vaak. In kleine stapjes die regie aanspreken.

Rozemarijn: Zingeving?

Chrissy: Uiteraard ook belangrijk. Dat iemand **succesmomenten** ervaart eigenlijk. Dat vind ik altijd wel duidelijk; **voldoening ervaren, zich nuttig voelen**. Maar wat ik ook vaak probeer is dat niet alles een specifiek nut hoeft te hebben. Ik merk vaak bij de generatie waar ik mee werk dat ze niets zomaar deden, of iets wat gewoon leuk was. Dan probeer ik dat wel eens te doorbreken, dat iets wel zomaar mag. Dat je iets doet omdat het leuk is.

Rozemarijn: Komt er bij zingeving nog materiaal of technieken bij je op?

Chrissy: Omdat het wel vaak heel belangrijk is voor mensen dat iets nuttig is probeer ik wel vaak te **beginnen met juist op het gevoelsgebied**. Vaak merk ik dat **mensen wel behoefte hebben aan een vorm, dus dat je dan in de oefening ook een vorm toevoegt**. Ik denk dat dat een beetje de manier is.

Rozemarijn: Kwaliteit van leven?

Chrissy: Ja. **Kwaliteit van leven is eigenlijk altijd wel voor iedereen en alles belangrijk**. Als je geen kwaliteit hebt dan heeft het leven geen zin. Het is vaak wel een moment van verwijzen naar ons. Deze manier van werken gebruiken we steeds meer. Persoonsgerichte zorg maar ook de term van kwaliteit van leven, je wordt er mee doodgegooid. Maar als dat echt een beetje in het gering komt, wordt er snel aan ons **[kunstzinnige therapie]** gedacht. Het is ook een beetje ons medium die dan ingezet wordt. **Kijken wat er wel kan in plaats wat er niet meer van**. Eigenlijk de aard van onze hele therapie wordt dan ingezet. **Heel veel therapieën zijn natuurlijk gericht op wat niet meer lukt. Dus als iemand geen kwaliteit van leven ervaart is het juist belangrijk om te kijken wat er wel lukt, en dat aan te spreken**. Dan is KT eigenlijk de makkelijkste ingang, omdat het heel laagdrempelig is.

Rozemarijn: Sociaal maatschappelijk participeren?

Chrissy: Ja, dat doe ik ook veel. Dat doe ik vaak eigenlijk door bepaalde dingen die we doen om te zetten in een artikel of te delen in de nieuwsbrief, of een expositie. Vooral **het zichtbaar maken** van wat iemand doet.

Rozemarijn: Wat levert dat op?

Chrissy: **Zelfvertrouwen**, maar ook **verbinding met de omgeving**. Door het werk op te hangen in de kamer bijvoorbeeld, iemand heeft iets om over te vertellen. Iemand heeft iets om te delen.

Chrissy: **Dagelijks functioneren**. Daar doen we soms beetje **diagnostiek** voor. Wat is er mogelijk? Wat zijn dingen die nog werken? **Eigenlijk dingen die je opvallen aangeven bij de rest van de behandelaren**.

Rozemarijn: Welke pijlers zou je het belangrijkste vinden voor kunstzinnige therapie?

Chrissy: **Kwaliteit van leven**, dat is wel een goed moment om ons in te zetten denk ik omdat andere therapieën vaak te veel vragen in dat opzicht. Ik denk gewoon deze hoek vooral **[mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven]**.

Rozemarijn: Zou je de eerder genoemde doelen van de FVB die jij belangrijk vond binnen de Positieve Gezondheid willen plaatsen? Per doel, bij welke pijler die hoort.

Chrissy: -Die eerste [versterken van autonomie, assertiviteit, zelfvertrouwen, zelfbeeld] bij kwaliteit van leven en mentaal welbevinden.

-Die tweede [reguleren en uiten van emoties, reguleren van impulsen en agressie] dat is eigenlijk ook wel bij mentaal welbevinden. Soms ook bij sociaal maatschappelijk participeren. Door dit op te lossen kan iemand ook makkelijker met de omgeving omgaan.

- Leren voelen, bepalen, hanteren en aangeven van grenzen. Die zit ook in het stukje mentaal welbevinden en ook bij sociaal maatschappelijk participeren.

- Contact maken en versterken met het eigen gevoelsleven is ook mentaal welbevinden en ik denk ook zingeving en kwaliteit van leven.

- Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen hoort bij mentaal welbevinden.

- Verbeteren van lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen dat is denk ik wel lichaamsfuncties maar ook is er een stukje bewustzijn voor nodig, dus dat zal bij mentaal welbevinden zijn.

- Verwerken van verlieservaring en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven, bij mentaal welbevinden.

- Verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren bij sociaal maatschappelijk participeren.

Rozemarijn: Verwerken van verlieservaring en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven, die zeg je bij mentaal welbevinden. Maar bij zingeving staat ook acceptatie en dat vertelde je eerder ook. Zou je hem dan onder beide willen indelen?

Chrissy: Ja, acceptatie bij zingeving... ik weet niet of ik het goed geplaatst vindt.

Rozemarijn: Dit is de aangepaste versie van het model door WZH.

Chrissy: Die kan ik even niet zo goed plaatsen. Naja op zich zou je wel kunnen zeggen dat je als je accepteert zie je weer meer de zin en het nut van dingen in. Dus dan ervaar je meer positiviteit. Als je iets niet accepteert kom je in negativiteit terecht. Dus verwerken van verlieservaring kan inderdaad ook bij zingeving.

Rozemarijn: Zijn er nog aspecten die ik niet heb genoemd maar die wel belangrijk zijn?

Chrissy: Ik denk het niet.

Afsluiting

Interview met beeldend vaktherapeut, respondent 2

Naam en functie:

Linda van de Zanden, beeldend vaktherapeut

Datum:

Donderdag 19 april 2019

Toestemming voor geluidsopname

ja

nee

Anonimiseren van de naam

ja

nee

Onderzoek ontvangen

ja

nee

Linda van de Zande werkt acht jaar als beeldend vaktherapeut bij ouderenzorg-organisatie Kennemerhart. Ze werkt zowel in de eerste lijn binnen de behandeldienst als intramuraal binnen woonzorginstanties. Binnen de woonzorginstanties werkt ze veel met de doelgroepen CVA, NAH en somatiek.

[Rozemarijn: korte introductie van het onderzoek]

Rozemarijn: Welke problematiek zie je vaak bij CVA-cliënten?

Linda: Dat is **rouwproblematiek**, **verdriet**, **stemmingsproblematiek**, **vaak word ik gevraagd op het moment dat de revalidatie lijkt te stagneren**. Dan word ik gevraagd ter **preventie van een depressie**. Dus meer preventief op een depressie. Veel **stemmingsproblematieken**, **rouw** en ook **het betrekken van de aangedane kant**. **Het integreren van denken voelen willen, om weer het geheel aan te spreken**.

Rozemarijn: Bij Laura's onderdeel vertelde je dat je best wel specifieke hulpvragen krijgt van de doorverwijzers, heb je daar voorbeelden van?

Linda: Het **uiten van emoties**, **voorkomen van depressie**, preventief is echt wel een hele belangrijke. **Vaak word ik gevraagd op het moment dat het revalidatietraject ergens stagneert**. **Bij fysio komen ze niet meer verder, bij de ergotherapie houdt het een beetje op**. Dan komt kunstzinnige therapie in **beeld**. Het mooie is dat je weer beweging kunt inzetten, door het ervaringsgerichte therapie, vormtekenen, je zwengelt iemand weer aan. Vanuit zijn zin, vanuit zijn levenszin. Dat heeft gelijk zijn doorwerking. Ook bij fysio komt iemand dan weer verder, en lukt het weer meer. Net als bij de ergo. Dus dat vind ik wel een hele belangrijke.

Rozemarijn: Kan ik dat ook een beetje zien als ontdekken waar de stagnatie vandaan komt?

Linda: **Ja**, vaak is dat gerelateerd aan **verdriet**, **zorgen**, **angst** en **stemmingsproblematiek**.

Rozemarijn: Zou u dan zeggen dat het ook een stukje diagnostiek is?

Linda: **Ja**, een stukje diagnostiek. Eigenlijk ga je ook gelijk in de behandeling om iemand verder te helpen. Maar zeker wel een stuk diagnostiek, ook in het traject erna. Waar is iemand na de behandeling? Zou iemand nog terug naar huis kunnen of is iemand beter af in een woonvorm. Daarin wordt deze diagnostiek [van kunstzinnige therapie] ook meegenomen. Dus zeker ook wel diagnostiek.

Rozemarijn: Naast de hulpvraag..

Linda: **Uiten van emoties**, **voorkomen depressies**, **aangedane kant erbij betrekken**, en **mentaal in beweging komen**. **Contact met het gevoelsleven maken**. Ook **bij afasie**, in het vormtekenen kan je heel mooi met klanken werken. Claudia Kirchner heeft daar ook wel voorbeelden van. **Als je samen een lemniscaat gaat maken**, dus je begint allebei met de 'o', dan kan je ook een klank erbij maken. Op het moment dat je de lijn zet van de cirkel kan je dan ook de 'o'-klank of de 'a'-klank maken. Op het moment dat je met z'n tweeën bij elkaar komt, dat je elkaar even aankijkt, dus het contact maken. Dan kan je ook even een klank maken. Ook voor afasie kan het ondersteunend zijn. Je gaat spelenderwijs leren. Dat is anders dan het meer schoolse logopedie, je gaat spelenderwijs leren. Het is heel leuk om te tekenen en dan komt de klank vanzelf.

Rozemarijn: Komt dit ook omdat er dan een andere verbinding in je hersenen wordt gelegd?

Linda: Ja, je bent op een hele andere manier verbinding aan het maken. Ik heb ook met een client gewerkt, die had ook muziek therapie, de speak & music therapie wordt heel erg in gezet binnen de CVA-revalidatie. Maar ik gebruik ook de klanken in het vormtekenen. Als je een lekker ritme hebt dan weet je dat wel en kan je kijken of je de klanken kan gebruiken. Dan doe ik het voor, herhalen, voordoen en ineens is daar die klank. Dat is heel waardevol.

Rozemarijn: Heb jij ook van deze doelen, uiten van emoties, voorkomen van een depressie, mentaal in beweging komen, contact met het gevoelsleven en wat je net zei over afasie..

Linda: Ja, en de aangedane kant erbij betrekken.

Rozemarijn: Is er van deze doelen ook een behandeldoel waarvan de psycholoog of de arts jou het meest voor inzetten?

Linda: Ja, ik denk echt wel gerelateerd aan stemmingsproblematiek. Dus uiten van emoties en voorkomen van depressie. Dat dat wel de belangrijkste zijn. Alles wat er ergens op het emotionele vlak gebeurt, waar een psycholoog niet verder mee komt, dat dan de kunstzinnige therapie in beeld komt. Als neven doel is dan meer het betrekken van de aangedane kant.

Rozemarijn: Zijn er ook behandeldoelen waar verwijzers niet zo snel aan zullen denken?

Linda: Ja, ik denk wat ik net noemde, die afasie, dan wordt er toch sneller aan muziek gedacht. Dat is helemaal terecht maar ik denk juist dat je ook bij kunstzinnige therapie hier aan kunt bijdragen. Het gaat ook over ontspanning, het contact met jezelf, in je lijf komen, de integratie van al die wezensdelen. Het denken, voelen en willen.

Rozemarijn: Wordt je ook weleens doorverwezen voor een behandeldoel waar je met kunstzinnige therapie niet veel mee kan?

Linda: Misschien is dit mijn eigenwijsheid of koppigheid, maar ik zie altijd wel mogelijkheden. Als het heel specifiek gaat over het lichaam, wat bij de fysiotherapeut hoort. Maar zelfs dan, we hebben een haptonomietherapeute. Dat is ook heel erg in het gevoel. Waar een haptotherapeute in gezet wordt, kan kunstzinnige therapie ook ingezet worden.

Rozemarijn: Dus er zijn geen specifieke doelstellingen waar KT niet aan kan bijdragen?

Linda: Nee.

Rozemarijn: Nooit echt een onrealistische vraag gehad van een van de verwijzers?

Linda: Nee, maar in het verleden heb ik ook wel groepen begeleidt. Nu kom ik echt op het moment dat er een specifieke hulpvraag is. Dan is de situatie ook anders. Ik herken wel dat wanneer het [kunstzinnige therapie] in een soort standaard aanbod zit, dan vraagt het wel veel meer aanpassen en schaven, bijstellen van doelen. Je hebt dan ook een grote CVA doelgroep die lekker door een CVA-traject gaan en revalideren en gaan door. Daarvan kan ik mij voorstellen dat de bereidwilligheid om kunstzinnige therapie te doen, veel minder is. Die hebben voldoende aan fysio, ergo en logo. Ik denk dat deze cliënten heel andere vragen hebben, eigenlijk geen vragen. Ik vraag mij dan af of het nodig is om kunstzinnige therapie te doen. Je zou het iedereen gunnen, maar mensen die helemaal niks met gevoel te maken willen hebben. Of dat het gewoon te confronterend is of misschien door traumatische gebeurtenissen in het verleden dat het niet ook nog eens erbij komt. Ik denk dat dat ook weer een voortraject is voor een psycholoog in mijn setting doet. Die filtert veel meer wat is er nodig. Wanneer is er echt kunstzinnige therapie nodig?

Rozemarijn: Over de behandeldoelen van de FVB. Bij welke sluiten jouw doelstellingen het meeste overeen?

Linda: Eigenlijk bij allemaal, met uitzondering van de 6^e: verbeteren van lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen. Die kon ik niet zo snel plaatsen. Maar de rest is absoluut waar ik aan werk[versterken van de autonomie, reguleren en uiten van emoties, leren voelen, bepalen, hanteren, reguleren van spanning, verwerken van verlieservaringen, verbeteren van de omgang].

Rozemarijn: Springt er dan ook eentje het meeste naar voren, of twee?

Linda: Ja de 2^e: reguleren en uiten van emoties, de 3^e: leren voelen en bepalen van grenzen. Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven. Reguleren van spanning. En het verwerken van verlieservaring. Dus die 5 springen er uit.

Rozemarijn: Het onderzoek gaat geplaatst worden via deze doelen van de FVB in het kader van Positieve Gezondheid. Omdat het dan wat meer regulier wordt en opgenomen kan worden in het officiële zorgplan van WZH. Eigenlijk wil ik graag alle pijlers af gaan. En dan kijken wat KT kan bijdragen per pijler. Zullen we beginnen bij lichaamsfuncties?

Linda: Ja, die dacht ik wat minder. Al hoewel meer indirect. Ik merk dat cliënten vaak bij mij komen op het moment dat de revalidatie stagneert. Dus op het moment dat iemand kunstzinnige therapie krijgt ben ik niet direct bezig met het fysiek functioneren. Maar wel indirect. Op het moment dat de cliënt zich beter voelt door de kunstzinnige therapie is die ook meer belastbaar bij de fysiotherapie en de ergotherapie. Indirect werk je daar wel aan. Je werkt aan het vergroten van belastbaarheid.

Rozemarijn: Als je zegt het vergroten van belastbaarheid, komt er dan ook nog een bepaalde oefening bij u op?

Linda: Ja, ik ben fan van vormtekenen. Zo gaandeweg met het praten, werk je ook heel erg op het etherische, in het etherlichaam, in het energielijf, juist bij vormtekenen. Eigenlijk is het heel ondersteunend. Dat is misschien een beetje de grootheidswaan van de kunstzinnige therapie, het past overal wel bij. Het is fijn om het in zo'n model te kunnen plaatsen, dat je het goed kan uitleggen. Qua doel zit ik te denken zou je hier lichaamsfuncties het vergroten van belastbaarheid. Dat is een heel mooi doel ook voor jullie werkplaats. Ik denk dat dat ook een heel mooi doel kan zijn voor de kunstzinnige therapie: vergroten van de belastbaarheid ten behoeve van de ergo of fysio.

Rozemarijn: Dat doe je dan door het etherlichaam aan te spreken?

Linda: Ja, en de energie.

Rozemarijn: Dus dan ga je eigenlijk een beetje in het gebied zitten van draagkracht en draaglast?

Linda: Ja, als iemand maar net voor een kwartiertje belastbaar is. En jij kan dat middels schilderen of tekenen oprekken naar een halfuur. Dan is dat alleen maar gunstig voor de andere therapieën.

Rozemarijn: En als we kijken naar de volgende pijler, mentaal welbevinden?

Linda: Ja, daar zit je. Eigen regie, veerkracht heeft daar ook mee te maken met belastbaarheid en draagkracht/draaglast. Cognitief functioneren vind ik hem heel erg aansluiten bij wat ik net noemde: cognitieve revalidatie. Het vergroten van aandacht, de aandacht spanne, het werken aan focussen, overzicht houden. Binnen vormtekenen kun je de vormen steeds ingewikkelder maken. Dat doet behoorlijk wat op je cognitief functioneren.

Rozemarijn: Komen er naast vormtekenen ook nog andere technieken of oefeningen bij je op?

Linda: Ja, ik heb voor jullie ook een interview die in de reliëf heeft gestaan met een CVA revalidant eigenlijk door hem ben ik de kracht van de eenvoud gezien. Ik heb veel met de lemniscaat gewerkt en hij kan ook heel mooi in het interview noemen dat door het doen van de lemniscaat voelde hij letterlijk het heen en weer bewegen van de hersenhelften. Door hem ben ik echt de kracht van de eenvoud gaan inzien. Je wilt van alles bedenken maar de hele basale vormen, en die herhalen, daar zit zoveel kracht in.

Rozemarijn: En de zingeving pijler?

Linda: Ja, daar werk je aan levenszin. Hoe breng je iemand weer in beweging? Waar zit zijn zin? Wat vindt iemand leuk? Kleurbeleving zit daar ook in. Welke kleuren vindt je mooi? Als je met pastel werkt en al die mengkleuren, hoe fijn kan dat zijn dat er vanuit niets weer iets ontstaat. Ik heb ook met een man gewerkt en die werkte met zijn gezonde en zijn aangedane hand met pastel. Vanuit het vormtekenen en die is met zijn aangedane kant ook in de kleuren gaan wrijven en dan gaan zien wat er ontstaat. Dan ontstaan er weer heel andere vormen, die hij met zijn gezonde kant weer kan aanzetten als tekening. Hoe mooi kan je dan je aangedane hand er bij betrekken. Laat je maar verrassen door wat er ontstaat. Hoe kan je het er weer helemaal bij betrekken. Ook naar de toekomst toe.

Rozemarijn: Gebruik je dan ook pastel voor het vormtekenen?

Linda: Ja, ik ben ook met hem los van het vormtekenen gekomen. Meer pastel als kleurbeleving, met twee kleuren. Ga ze maar mengen op papier. Dat deed hij afwisselend met zijn gezonde en aangedane hand. Met de gezonde hand bracht hij het pastel op en met zijn aangedane hand het pastel uitwrijven. Daar had hij minder grip op door de motoriek maar wel zich kon laten verrassen door het effect wat er ontstaat. Het omgaan met je beperking eigenlijk.

Rozemarijn: Je zegt omgaan met je beperking, heeft het dan ook te maken met acceptatie?

Linda: Ja, want die aangedane hand mag er wel bij komen. Laatst met een client ook gewerkt met landschappen, dus toekomstperspectief. Dat is echt ook weer de kracht van het kunstzinnige. De man ging vanuit zijn eigen fantasie landschappen maken. Bij de eerste tekening hield het landschap gewoon op. Hij maakte een pad en een bos. Gaande weg de revalidatie kwam er een kronkelpad bij, water bij. Als ik ze dan op een gegeven moment op een rij laat zien, dat benoemd en over in gesprek gaat. Dat ik aangeef wat er opvalt. Eerst is er geen weg, maar er gaat een weg komen. Dat gebeurt zo onbewust, zonder dat ik zeg ga nu maar een pad maken. Ik zag het op een gegeven moment zelf al. Er komt van alles bij, er komt water bij, lucht bij, het pad gaat verder. Waar mag zijn levenspad nog heen? Dat hielp hem ook om bewust te worden wat wil ik hierna? Ik kan niet meer

terug naar huis, waar zou ik heen willen?

Rozemarijn: *Kwaliteit van leven, de volgende pijler?*

Linda: Ik heb een collega arts en die schaaft altijd veel verwijsvragen onder kwaliteit van leven. Als ik van haar een verwijzing kreeg werd er heel vaak kwaliteit van leven aangegeven. Daar kan je alles wel onder schalen. Maar in feite is dat toch wel wat je wilt. Dat wil je voor de client. Ook dat is een heel mooi behandeldoel.

Daarin zit dat natuurlijk ook, het genieten, ervaren van gezondheid. Je gezonde kant wordt aangesproken. Levenslust, balans, dat is ook weer die draagkracht /draaglast. Meer zin hebben in het leven. Dus ook daar zit ook kunstzinnige therapie. Wil je daar nog concrete oefeningen bij?

Rozemarijn: *Kwaliteit van leven is heel breed, maar als er een concrete oefening opkomt is dat leuk.*

Linda: Nee, ik denk dat zit gewoon in zijn algemeenheid in de kunstzinnige therapie. Het zelf scheppend bezig zijn, je creatieve vermogens weer aanspreken om iets neer te zetten. Dat is zo gezond makend.

Rozemarijn: *Zou je dan ook kunnen zeggen dat aan welke pijler je ook werkt, dat deze pijler [kwaliteit van leven] er altijd bij is?*

Linda: Ja. Ik vond hem wel heel erg op deze drie; mentaal welbevinden, zingeving en kwaliteit van leven. Daar zit sowieso kunstzinnige therapie.

Rozemarijn: *En bij het sociaal maatschappelijk participeren?*

Linda: Misschien minder. Meer indirect. Misschien op diezelfde manier als lichaamsfuncties. Op het moment dat iemand lekkerder in zijn vel zit kan die ook weer sociale contacten aan gaan. Door reflectie binnen de kunstzinnige therapie kan je daar ook meer over te weten komen. Wat ik net zei, die man met de landschappen, sociale contacten is heel belangrijk voor hem. Daar kwamen we achter tijdens de therapie. Hij moet ergens op een woonsetting komen waar hij laagdrempelig sociale contacten heeft.

Ook binnen kunstzinnige therapie kunnen aanvaarden dat je niet meer terug naar huis kan. Dan heb ik gewoon niemand. Het werkt dus meer indirect. En deze client, uit het interview, was voorheen ook kunstenaar maar die is ook vanuit de kunstzinnige therapie heeft bedacht om op de huiskamer om kaartjes te maken voor collega's etc. Op een gegeven moment had hij heel de huiskamer aan het werk gezet, de een was een waslijn aan het ophangen, de andere zette de spullen klaar, de volgende hing de kaartjes te drogen. Die had de hele huiskamer aan het werk gezet. Alle medebewoners. Ik denk dat er in die zin ook op een sociaal stuk werkt, het wordt wel aangezwengeld. Dat heeft hij zelf heel mooi opgepakt.

Ik denk dus minder direct, meer indirect.

Rozemarijn: *De laatste pijler, dagelijks functioneren?*

Linda: Ook minder, meer indirect. Ook weer met die belastbaarheid. Op het moment dat je binnen de kunstzinnige therapie meer kan vergroten, kan iemand ook bij de ergo therapie die ADL training meer volhouden, qua overzicht en planning.

Rozemarijn: *Dus als we kijken naar wat je hebt gezegd, vooral de drie pijlers van de meer psychische kant komen naar voren [mentaal welbevinden, zingeving en kwaliteit van leven]. Zou je ook zeggen dat dat de belangrijkste pijlers zijn voor KT?*

Linda: Ja, misschien wel. Nogmaals als je in de lichaamsfuncties en het dagelijks functioneren indirect kan bijdragen. Een client wilt niets liever dan weer thuis gaan wonen, dus als je kan bijdragen aan dat iemand meer belastbaar is en meer overzicht kan krijgen waardoor die ook thuis overzicht kan behouden in hoe een koffiezetapparaat werkt of hoe het dagelijks functioneren werkt, mensen willen niets liever dan zo snel mogelijk naar huis. Dus dat is ook belangrijk, maar meer indirect.

Rozemarijn: *En als het duidelijk is dat de client niet meer naar huis gaat, zoals in WZH, op welke pijlers is KT dan belangrijk?*

Linda: Ja, dan zit je denk ik wel aan deze kant; zingeving, mentaal welbevinden en kwaliteit van leven.

Rozemarijn: *De behandeldoelstellingen van de FVB, de 5 die je hebt aangegeven als de meest voorkomende, hoe vallen die onder de pijlers van de Positieve Gezondheid?*

Linda: -Reguleren en uiten van de emoties, mentaal welbevinden.

- Leren voelen, hanteren en aangeven van grenzen, mentaal welbevinden en sociaal maatschappelijk participeren; om de maatschappij weer in te gaan met alle ontremming en prikkels.
- Contact maken en versterken met het eigen gevoelsleven, zingeving, kwaliteit van leven
- Reguleren van spanning, reduceren van stress, en het leren ontspannen, kwaliteit van leven.
- Verwerken van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven, mentaal welbevinden en zingeving.

Rozemarijn: Zijn er nog aspecten die ik nog niet genoemd heb, maar wel van belang zijn?

Linda: Volgens mij is er wel heel veel genoemd. Het voornaamste is wel genoemd. De cognitieve revalidatie zou ik echt adviseren om op te zoeken.

Het mooie van jullie onderzoek vind ik echt de vertaalslag naar methodieken of theorieën die er al zijn. Ik heb het mezelf ook geprobeerd aan te leren binnen die revalidatie om echt de vertaalslag te maken. Hoe kan je kunstzinnige therapie in zetten ten behoeve van het revalidatie traject en gebruik makend van bestaande methodieken waar binnen de instelling mee wordt gewerkt, zoals de cognitieve revalidatie. Goed het doel voor ogen houden en duidelijkheid daarin. Dat is belangrijk binnen de CVA revalidatie.

Afsluiting

Interview met beeldend vaktherapeut, respondent 3

Naam en functie: **Yvonne Peschier**, beeldend vaktherapeut

Datum: Maandag 29 april 2019

Toestemming voor geluidsopname	ja	nee	
Anonimiseren van de naam	ja	nee	achteraf
Onderzoek ontvangen	ja	nee	

Yvonne Peschier heeft drie jaar gewerkt bij woonzorginstelling Laurens in Rotterdam. Veel van de bewoners hadden te maken gehad met een vorm van hersenletsel, waaronder CVA.

[Rozemarijn: korte introductie onderzoek]

Rozemarijn: Welke problematiek zie je vaak bij CVA-cliënten?

Yvonne: Dat kan zijn **geheugenproblematiek**, maar dat kan ook door het ouder worden. Soms weet je niet precies wat waar bij hoort. De **oog-hand-coördinatie**, soms een kant **verlamd**. Meestal wel in een rolstoel. Ik heb ook wel gezien dat het **blikveld wat smaller** is geworden, of zelfs een **neglect**. In het kunstzinnig werken ook soms **apraktisch**, dat je niet meer zo goed de materialen kan hanteren. Als iemand ouder wordt zie je ook wel dat ze het niet meer weten of niet meer kunnen benoemen. Als ik ze een gesproken opdracht geef, dan kan het zijn dat ze er niet uit kunnen komen. Dat ze dat niet kunnen omzetten in een handeling.

Rozemarijn: Net zei je al even dat je verwijzingen van artsen en psychologen kreeg in de revalidatie zorg. Hoe zit dat bij CVA-cliënten die uit de revalidatie, in de somatische zorg zijn?

Yvonne: Daar was dan een richting bespreking, en de arts moest dan toestemming geven. Dus werd het soms wel gesignaleerd door andere zorgverleners, de contactpersoon of misschien de ergotherapeut die iets zag. Dan wilde we wel toestemming hebben van de arts voordat we konden gaan starten.

Rozemarijn: Voor welke behandeldoelen werd je doorverwezen?

Yvonne: Veel mensen die aanliepen tegen **eenzaamheid**, **onverwerkte emoties** door van alles wat ze meegemaakt hebben gedurende hun leven. Maar ook vooral in het laatste stukje, het **verlies van gezondheid**, **verlies van je regie**. Verlies van alles. Het is heel vaak **rouw en verlies** waar de cliënten tegen aanlopen. En dus ook het **eenzaam** zijn. Of het **moeilijk contact kunnen maken**. **Bijvoorbeeld mensen die doof zijn. Die kunnen geen gesprek meer met iemand voeren, maar als je dan nog wel beeldend kan werken is dat fijn.** Dan kan je toch nog op die manier contact maken. **Zingeving**. Daar zit eenzaamheid ook wel in. Ik werkte op een gegeven moment samen met een geestelijk verzorger en er waren heel wat voor wie er allemaal activiteiten waren, zoals sjoelen. Maar dat is toch een activiteit. Dat gaf niet een bepaalde voldoening, of het sloot niet aan bij de zingevingsvraag die er lag. De geestelijk verzorger kwam bij veel bewoners en merkte dat er een gemeenschappelijke wens over zingeving is. Zo heb ik in groepen Vruchten van het leven gedaan, samen kijken naar kunst, en bij andere ben ik individueel aan de slag gegaan.

Rozemarijn: Eenzaamheid, onverwerkte emoties, verlies en rouw, moeilijk contact maken en zingeving. Klopt dat?

Yvonne: Ja, het heeft wel een beetje overlap. Rouw en verlies zijn hetzelfde. Verlies van gezondheid, van je rol, van je huis, van alles. In die eenzaamheid zie ik ook wel **verwachtingen dat hun kinderen langskomen, maar die komen dan niet langs. Of ze zijn het vergeten**. Daar zit ook een heel stuk verdriet.

Rozemarijn: Zijn er ook doelen waar verwijzers niet zo snel aan zullen denken maar die wel relevant zijn?

Yvonne: De wat meer praktische dingen. **De diagnostische doelen. Er wordt heel gauw gedacht aan gevoelens en emoties. Maar je kan ook heel goed in beeld krijgen hoe iemand een opdracht uitvoert.** Bij de ergotherapeut ligt het er vaak te dicht boven op, we gaan oefenen om een penseel vast te houden. Bij ons **[kunstzinnig therapeuten]** gaat het om het proces zelf, waarbij iemand niet die spanning heeft maar het gewoon doet. **Je krijgt zo veel in beeld van hoe iemand de dingen vasthoudt, hoe iemand omgaat met een opdracht, hoe iemand zich op het blad kan oriënteren. Ook als je iets laat naschilderen of tekenen, lukt dat? Als je het van een afstandje bekijkt, kan iemand het dan goed zien? Je kunt er [kunstzinnige therapie] in de diagnostische fase nog zo veel meer mee. Dat is nog te veel onderbelicht.**

Rozemarijn: Zijn er ook behandeldoelen waar je voor wordt doorverwezen wat eigenlijk niet toepasselijk is voor vaktherapie?

Yvonne: Ja, als we gevraagd worden voor afleiding. Meer de activiteitenbegeleidingskant. Dat is nog wel een stukje beeldvorming die voor verwijzers en het multidisciplinaire team goed voor ogen moet houden. Is het een beetje in beweging komen, andere mensen ontmoeten en samen leuke dingen doen? Ga dan naar de activiteitenbegeleiding. Maar zit er echt iets onder? Denk dan aan ons [kunstzinnige therapie]. Het zou ook kunnen dat ze het niet goed weten. Dat je dan toch als vaktherapeut het contact gaat maken en er dan achter komt dat het meer in beweging brengen is, en dan doorkopellen naar de activiteiten begeleiding. Als er meer onder zit, dat je 'm dan ook individueel houdt. Soms weet de verwijzer dat nog niet.

Rozemarijn: Zou je dan kunnen zeggen dat kunstzinnige therapie dan een laag dieper gaat dan de activiteiten begeleiding, bedoel je dat?

Yvonne: Ja.

Rozemarijn: Zijn er ook doelen naast de activiteiten begeleiding die weleens voor komen waar je als kunstzinnige therapeut niets mee kunt?

Yvonne: Nee dat denk ik niet. Hebben jullie al iets gehoord in andere interviews die ik kan bevestigen?

Rozemarijn: Een respondent vertelde ook over de activiteitenbegeleiding. Verder geen specifieke doelen. Een andere respondent vertelde wel dat de fysiotherapeut en de ergotherapeut niet kunnen verwachten dat wij iemand weer aan het lopen krijgen met vaktherapie. Meer op fysiek gebied.

Yvonne: Ja, als iemand echt in beweging moet komen dan kan ik me voorstellen dat je de vaktherapeut een aantal keer laat werken, dat diagnostische, en dan tot beeld en advies komen. Omdat je op zoveel vlakken dat je iemand in beeld kan krijgen, dan is het goed als de kunstzinnig therapeut meer in de diagnostische fase zit. Zeker in een somatisch huis.

Rozemarijn: Om dit onderzoek wat meer betrouwbaar te maken, wil ik de doelstellingen van de FVB ermee verbinden. Ben je met deze doelstellingen bekend?

Yvonne: Ik ken de FVB, en de doelstellingen.

Rozemarijn: Dan wil ik graag even kijken naar welke doelstellingen jouw doelstellingen aansluiten bij deze doelgroep.

Yvonne: De eerste sowieso [versterken van de autonomie, assertiviteit, zelfvertrouwen, zelfbeeld], moet ik uitleggen waarom? Het is weer de eigen regie pakken. Ze zijn zoveel regie kwijt geraakt, en dan kunnen ze juist op dat a3tje of a4tje de eigen regie weer pakken. En als het iets is wat je nog nooit hebt gedaan, maar iets heel nieuws, dan merk je dat je nog iets kan. Dat vind ik wel heel duidelijk bij de eerste.

-Bij de tweede ook, [uiten van emoties, je kan natuurlijk met pastel of het uitwrijven van pastel heel mooi aan de slag gaan of met klei ook]. Het is heel concreet. Daar mag het in. Daar mag het zijn, binnen die kaders. Daardoor is dat ook heel veilig om te uiten. Vaak komt er nog iets moois uit ook. Dan ben je wel die lading kwijt. Dat vind ik ook wel een hele goede.

-Leren voelen, bepalen, hanteren en aangeven van grenzen, ook. Kun je heel goed in het beeldend werk doen.

-Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven, ook. Heel duidelijk.

-Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen. Ook heel duidelijk. Er is hier ook wel een raakvlak met het reguleren en uiten van emoties. Ik weet ook niet in hoeverre je met agressie dit kan. Je moet goed affasten in hoeverre dit kan. Er is misschien eerst iets anders nodig, het is misschien nog te klein. De spanning, stress eruit. Het leren ontspannen, doe ik heel veel. De ademhaling meenemen in het schilderen enz.

-Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen, dat ligt er aan. Je gebruikt maar een klein stukje van je lichaam. Als je wat meer wilt weten dan ja. Je schildert niet met je been en als je juist daar iets mee wilt dan kan je beter naar de fysio gaan. Deze is heel afhankelijk van de persoon. Je kan natuurlijk wel met lichaamsbeweging als je met de andere hand je het moet overnemen, dat zit er wel in. Maar je gebruikt maar een klein stukje. Met muziek of dans kan je dan meer.

-Verwerken van verlieservaring, zeker.

-Verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren. Ja, daar kan je ook denken aan de link leggen in een groep. Eerst een op een werken en op een gegeven moment

naar de groep. Daar kan dat VTS ook goed bij. Daar moet je elkaar laten uitpraten en goed naar elkaar luisteren.

Rozemarijn: Is er dan ook nog een doel die het allerbelangrijkste is?

Yvonne: Ik denk dat de bovenste eigenlijk heel veel omvat. Als de andere allemaal wat meer groeien, dan groeit dat zelfvertrouwen en zelfbeeld. Als ik vierledig ga denken dan denk ik heel sterk aan het Ik. Vaak zijn die andere misschien eerst nodig en kom je daarna bij deze uit.

Rozemarijn: Dan wil ik graag even kijken naar het model van de Positieve Gezondheid, ben je er mee bekend?

Yvonne: Ja, ik gebruik hem ook weleens.

Rozemarijn: Ik wil graag alle pijlers af gaan en kijken wat de bijdrage van kt is per pijler.

De lichaamsfuncties?

Yvonne: Je kan werken aan energie, het doseren. Klachten en pijn, daar kan je aan werken. Het fysiek functioneren in bepaalde mate. Als iemand doelen heeft die echt meer over de grove motoriek gaan, dan houdt het op. De fijne motoriek dan weer wel. Medische feiten en medische waarnemingen weet ik niet, ik denk het niet.

Yvonne: Mentaal welbevinden. Cognitief functioneren tot op zekere hoogte wel ja. Je moet ook wel dingen weten of kunnen of helderheid hebben. En het geheugen.

Rozemarijn: Richt je je oefeningen dan ook op het geheugen?

Yvonne: Niet zo zeer een doel maar je kan het wel in de diagnostische fase kan je het merken. Gedurende proces merk je sowieso of iemand dat nog kan. Of iemand nog weet wie je bent, waar aan je hebt gewerkt. Het is meer een lange termijn iets.

Rozemarijn: Is het dan meer indirect dan een doel?

Yvonne: Ja, dat is meer beeldvormend dan. Emotioneel welbevinden, ja, dat kan je ook uit het werk halen. Eigenwaarde en zelfrespect werk ik zeker mee. Gevoel voor controle ook, dat je weer iets zelf kan. Dus eigenlijk werk ik met alle aspecten van deze pijler [mentaal welbevinden].

Rozemarijn: Zijn er ook bepaalde oefeningen of technieken rondom mentaal welbevinden die er bij je opkomen?

Yvonne: Het is meer een algemeen iets. Dat je ze ook de keuze laat wat zou je willen, schilderen of tekenen? Dat ze zelf kleur kunnen kiezen. Het is niet een bepaalde oefening het is meer in het algemeen.

Rozemarijn: Dus meer in je attitude als therapeut?

Yvonne: Ja. Dat denk ik wel. En gedurende een heel traject dat mensen zien dat ze vooruit gegaan zijn. Achteruit op bepaalde vlakken maar op dat stuk [keuzes maken] wel vooruit.

Yvonne: Zingeving, toekomstperspectief is natuurlijk lastig. Maar je hebt het wel op over het naderende sterven wat er aan kan gaan komen. Maar zeker zingeving en acceptatie. Idealen nastreven is een beetje lastig. Ze zijn al zo oud, dus vind ik het minder voor de hand liggen. Ik vind zingeving wel een heel belangrijk voor algemeen voor kunstzinnige therapie bij deze doelgroep.

Yvonne: Kwaliteit van leven denk ik ook allemaal wel. Ook het ervaren van gezondheid, ik kan nog wel iets. Dat heeft ook te maken met een stukje controle dat bij mentaal welbevinden zit, dat hangt samen met elkaar. Maar dat is een sterke in de ouderenzorg in het algemeen.

Yvonne: Sociaal maatschappelijk participeren. Dat ligt er een beetje aan, als je een op een werkt misschien minder. Maar met groepen kan ik me voorstellen dat dat wat meer naar voren komt. Dat je misschien mensen ontmoet die hetzelfde hebben meegemaakt als jij en dat dat ook wel weer steun kan geven. Mensen komen toch vaak in zo'n verpleeghuis en ze kennen elkaar niet. De mensen om hun heen zijn weggefallen. Hebben dan het gevoel van ik heb niemand meer. Maar als je dan weer mensen ontmoet die ongeveer hetzelfde hebben meegemaakt, dan geeft dat wel weer iets betekenisvols op dat moment. Maar maatschappelijk betrokken niet echt.

Rozemarijn: Dus meer door het contact maken in groepen?

Yvonne: Ja.

Rozemarijn: En de laatste, *dagelijks functioneren*?

Yvonne: Dan moet ik een beetje denken of je dan een penseel zou kunnen vasthouden enz. Dat dat informatie geeft over of je andere dingen ook praktisch gezien kan. En het werk vermogen of je nog een opdracht kan uitvoeren. Dat denk ik wel. Maar of je nou specifiek vaktherapie hierin zal inzetten. Dat ligt er aan. Als er heel veel speelt op het gebied van kwaliteit van leven en zingeving dan zou ik zeggen pak dat mee. Anders zou ik zeggen doe lekker een handgroepje met de ergotherapeut. Of een ander soort groepje.

Rozemarijn: Zou je dan kunnen zeggen dat het doel niet gericht is op de pijler van het dagelijks functioneren maar dat het wel indirect aan bod komt als iemand een penseel vasthoudt?

Yvonne: Ja, het kan beeld geven. Daarom zou ik eigenlijk willen voorstellen stop die vaktherapeut in die diagnostische fase. Dan krijg je een beeld over verschillende gebieden. Als er inderdaad een aanleiding is voor kwaliteit van leven, zingeving waarbij die vaktherapeut die verdieping kan pakken, stel dan voor om met die persoon in therapie te gaan. Of misschien een groepstherapie. Eerst dit en dan dat. Maar is het verder dat het ook bij de fysio, ergo of activiteitenbegeleider kan, dan doorverwijzen.

Rozemarijn: Als we naar heel dit model kijken, wat zijn dan de belangrijkste pijlers voor kunstzinnige therapie?

Yvonne: Kwaliteit van leven en zingeving. Die vind ik de belangrijkste twee.

Rozemarijn: Wil je de behandeldoelen van de FVB binnen de pijler van de Positieve Gezondheid zetten? Laten we beginnen bij de eerste, versterken van de autonomie, assertiviteit, zelfvertrouwen, zelfbeeld. Bij welke pijler past deze het beste?

Yvonne: Alleen het versterken van de autonomie, niet het hele puntje. Want als ik naar het hele puntje ga kijken dan zit ik bij verschillende. Bij autonomie zou ik zeggen het gevoel van controle dus dan zou het bij mentaal welbevinden zitten. Maar als je naar zelfbeeld en zelfvertrouwen kijkt, dan zit ik ook weer een beetje bij welbevinden.

Rozemarijn: Hij kan ook onder meerdere vallen. Bij de autonomie zei je mentaal welbevinden, maar bij zelfvertrouwen en zelfbeeld zei je welbevinden. Bedoel je dan mentaal welbevinden?

Yvonne: Omdat hier [kwaliteit van leven] welbevinden staat, vind ik dat ook wel iets met het zelfbeeld te maken hebben. Lekker in je vel zitten. Dus ik kan me voorstellen dat het eerste puntje [behandeldoel 1] bij die twee [mentaal welbevinden en kwaliteit van leven] zit.

Rozemarijn: En het tweede behandeldeel [reguleren en uiten van emoties, reguleren van impulsen en agressie].

Yvonne: Emoties zit je toch ook weer daar [mentaal welbevinden], het uiten van emoties. Reguleren van impulsen daar moet je controle over hebben, ik kan me voorstellen dat je dan ook een beetje daar [mentaal welbevinden] zit. Ik vind het wel lastig hoor, het is nu zo vast wordt gezet. Ik heb het idee dat het juist heel dynamisch is.

Rozemarijn: Dat snap ik. Maar als je het niet vast zet dan krijg je geen duidelijke richting voor de verwijzers. Maar misschien helpt het dan door de doelen onder meerdere pijlers te schalen?

Yvonne: Ja. Want als je je emoties kan uiten, kan dat uiteindelijk ook bijdrage aan welbevinden en genieten [kwaliteit van leven] dus heeft dat ook weer op een ander vlak effect.

Rozemarijn: Leren voelen, bepalen, hanteren en aangeven van grenzen?

Yvonne: Dat kan zijn in het sociale contact natuurlijk. Maar dat kan ook zijn hierin [dagelijks functioneren], dit kan niet meer, en daarin want ik heb pijn [lichaamsfuncties]. Ik denk dat hij bij allemaal hoort [lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijk participeren, dagelijks functioneren] maar niet bij zingeving. Dat kan wel het effect zijn van als je dat kan. Maar acceptatie zit er ook wel in als je wat meer voelt maar ik denk dat hij iets meer praktisch is.

Yvonne: Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen. Dat draagt wel bij aan de kwaliteit van leven natuurlijk. Reguleren van spanning is ook een lichaamsfunctie eigenlijk als je je spanning eruit kan gooien, stress. Maar het kan ook mentale stress zijn dus dan zit het ook weer daar [mentaal welbevinden]. Vaak is het de stress die in het lichaam wordt opgeslagen. En als je dat kan accepteren.. Ik denk dat je ze dan wel hebt. Hier [sociaal maatschappelijk participeren] staat ook geaccepteerd worden. Ik vind het lastig hoor om het zo zwart wit te zien.

Yvonne: **Verbeteren van lichaamsfuncties en lichaamssignalen**. Die zit bij **lichaamsfuncties** en het **dagelijks functioneren**, die twee pijlers vooral. En als je het over controle hebt, dat doe je ook weer mentaal. Maar die andere twee liggen wat meer voor de hand.

Yvonne: **Verwerken verlieservaring en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven**. Dan kom je echt bij deze twee, **zingeving** en **acceptatie**. Die vind ik ook het meest helder daarin.

Yvonne: **Verbeteren van de omgang met anderen**. Dan zit je natuurlijk al heel gauw in dit stukje **[sociaal maatschappelijk participeren]**. Maar dat kan ook bijdrage aan **de kwaliteit van leven** en **zingeving**.

Rozemarijn: Dank je wel!

Yvonne: Als ik er morgen weer naar kijk, zou ik het net anders doen. Omdat het gewoon zo veel omvattend is.

Ik kan me voorstellen dat we hier [kwaliteit van leven en zingeving] heel veel zitten. Daarin maken we het verschil met andere multidisciplinaire teams. Bij dagelijks functioneren kan een ergo ook wat mee, bij lichaamsfuncties de arts en de fysio.

Afsluiting

Interview met beeldend vaktherapeut, respondent 4

Naam en functie: **Janneke Steentjes**, beeldend vaktherapeut
Datum: Maandag 13 mei 2019

Toestemming voor geluidsopname	ja	nee
Anonimiseren van de naam	ja	nee
Onderzoek ontvangen	ja	nee

Janneke Steentjes werkt ruim tien jaar bij Axion Continu in Utrecht. Deze woonzorginstelling richt zich op verzorgd wonen, revalidatie en herstel, zelfstandig wonen en thuiszorg. Ze werkt op verschillende locaties met verschillende doelgroepen binnen de revalidatie en ouderenzorg. Zo werkt ze ook veel met CVA-cliënten.

[Rozemarijn: korte introductie onderzoek]

Rozemarijn: Welke problematiek zie je vaak bij CVA-cliënten?

Janneke: Ik denk het meest een stukje **depressie**. **Zingeving**. **Meer op fysiek vlak**. Dan is het meer **handfuncties** bijvoorbeeld, dat je links handig alles moet doen terwijl je rechtshandig was. **Cognitieve problemen**.

Rozemarijn: Heb je een voorbeeld van de cognitieve problemen?

Janneke: Ja **geheugenproblemen**, **korte spanningsboog**, een **stukje plannen en overzicht**.

Rozemarijn: Net vertelde je al dat de cliënten meestal worden doorverwezen door de psycholoog of de arts. Voor wat voor behandeldoelen word je doorverwezen?

Janneke: Het is lastig want wij werken met vier domeinen waar de behandeldoelen in zitten. Vaak is er dan al een doel. Bijvoorbeeld op **stemming**. Dat iemand **stemmingsproblemen** heeft, en dan val ik daaronder. **Dan zien ze bijvoorbeeld dat de psycholoog niet veel verder komt want iemand kan niet praten**. **Dan heeft de psycholoog het idee van misschien is het wel fijn om dan met vaktherapeut aan de slag te gaan om te kijken of er een positieve invloed is op de stemming**. Dus het zijn niet specifiek behandeldoelen voor mij. Vaak maak ik zelf niet het doel, maar val ik onder het doel dat er wat is. Maar als ze **merken dat mensen vastlopen** omdat ze **zich niet kunnen uiten** dan is dat eigenlijk ook wel een groot doel. Een mogelijkheid **bieden om je emoties of van alles te laten zien**.

Rozemarijn: Word je dan soms ook ingezet voor een meer diagnostische benadering?

Janneke: Nee. Dat gebeurt hier nooit. **Voor al het cognitieve stukje denk ik wel een beetje mee omdat ik dan wel dingen kan zien. Maar er wordt nooit specifiek gevraagd of ik iets in de diagnostiek kan doen**.

Rozemarijn: Zijn er ook behandeldoelen waar verwijzers eigenlijk niet aan denken maar die wel relevant zijn?

Janneke: Ja, dat zou wel kunnen ja. Maar mensen hebben vooral op de revalidatie al zo'n traject en is er al psychologisch onderzoek gedaan, de ergotherapeut heeft ook allemaal al testen afgenomen. Er is al een heel duidelijk beeld waar iemand cognitief is en ook in de stemming. Dus dat is gewoon bij deze doelgroep niet aan de orde. Dat zou eerder zijn voor mensen die beginnend dement zijn en hier komen wonen, of met een gebroken heup hier zijn en dat je merkt dat er cognitieve problemen zijn. Dat is voor deze doelgroep binnen deze instelling niet aan de orde, die zijn al helemaal binnenstebuiten gekeerd door de behandeling op de revalidatie.

Rozemarijn: Word je ook weleens doorverwezen voor iets waar je niet iets mee kan?

Janneke: Nee. **Dagbesteding is trouwens ook wel een stukje nog voor de doelen. Het leren of het ontdekken van een nieuwe hobby**.

Eigenlijk heb ik dat nooit. **Het kan weleens zijn dat iemand niet geschikt is voor het medium en dat ik denk dat ze beter muziek hadden kunnen doorverwijzen bijvoorbeeld**. Maar het eigenlijk nooit dat ze zeggen wil je dit proberen met diegene en dat ik denk nou wat een rare vraag. Dat is gelukkig wel duidelijk genoeg.

Rozemarijn: Net zei je nog even dagbesteding, lijkt dat dan op de activiteiten begeleiding?

Janneke: Ja, dat overlapt elkaar heel erg. We hebben ook behoorlijk wat medewerkers Welzijn in huis. **Dus soms komt dat bij mij op mijn bord en soms verwijs ik iemand ook weer door naar Welzijn, als ik**

denk dat dit een activiteitenbegeleider prima met iemand kan doen. Het gebeurt ook wel dat het zo ingewikkeld is bij een persoon, dat ik dan start en dan kijk of iemand naar de welzijnsactiviteit kan, een stukje dagbesteding. Soms is het soms heel snel duidelijk wat iemand nodig heeft of leuk vindt. Maar als er ook stemmingsproblemen zijn dan wordt het al wat lastiger om iemand bij welzijn neer te zetten.

Rozemarijn: Dus in principe wat meer complexere dagbesteding type is meer voor de kunstzinnige therapie?

Janneke: Ja, en dat is zoeken. Er is echt een grote overlap tussen welzijn en kunstzinnige therapie. Je moet er echt met elkaar naar kijken, wie pakt wat op?

Rozemarijn: Merk je dat de verwijzers het verschil tussen kunstzinnige therapie en activiteitenbegeleiding moeilijk vinden?

Janneke: Ja. Ik krijg nog steeds wel mailtjes van mevrouw heeft altijd geschilderd, kan jij daar iets mee? Wat is de vraag? Ik merk ook weleens dat mensen bij welzijn terecht komen en dan totaal verloren raken in een groep omdat er gewoon te weinig aandacht voor diegene op dat moment is. Dan haakt iemand snel af. Dan moet er echt iemand naast je zitten die moeite doet om je te begrijpen en verschillende dingen aanreikt. Dan hoop ik dat iemand bij mij terecht komt.

Rozemarijn: Om het onderzoek wat meer stevigheid te geven wil ik de behandeldoelen van de FVB erbij halen. Ben je hier bekend mee?

Janneke: Ja, komt mij bekend voor.

Rozemarijn: Je vertelde net dat je niet echt behandeldoelstellingen hebt. Maar bij welke van deze doelstellingen komen de doelen in jouw therapie het beste overeen?

Janneke: Het versterken van de autonomie, assertiviteit, zelfvertrouwen en zelfbeeld. Die past heel goed. Bij ons noemen ze dat het herwinnen van krachtbronnen. Een beetje kijken van wat kan ik nog wel. Ik ben niet mijn ziekte.

Die tweede, het reguleren en uiten van emoties, reguleren van impulsen en agressie. Die wel. Alleen agressie niet zo.

Contact maken en versterken met het eigen gevoelsleven dat is ook wel een doel.

Leren voelen, bepalen, hanteren en aangeven van grenzen en het reguleren van spanning zijn doelen die meer indirect gebeuren. Niet zo zeer een doel op zich of waar iemand mee binnen komt. Dat leren ontspannen zie ik ook wel een PMT'er doen.

Rozemarijn: Wat is een PMT'er?

Janneke: Psychomotorisch therapeut. Die werkt meer met beweging en spel.

Verwerking van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven. Ja die zeker.

Rozemarijn: Van deze vier de je genoemd hebt, is er dan ook eentje het belangrijkste?

Janneke: Ik denk de eerste, versterken van de autonomie, assertiviteit, zelfvertrouwen en zelfbeeld. Maar ik twijfel een beetje met het tweede doel, uiten van emoties. Maar die komt dan op de tweede plaats.

Rozemarijn: Ben je bekend met het model van de Positieve Gezondheid?

Janneke: Ja.

Rozemarijn: Dan wil ik graag kijken per pijler wat kunstzinnige therapie kan betekenen. Laten we dan beginnen bij de lichaamsfuncties.

Janneke: Fysiek functioneren, dan heb je die handfuncties. Het kan natuurlijk wel enorm veel energie geven. De beweging ook van het vormtekenen. Dat is best wel goed.

Rozemarijn: Bij deze pijler zou je dan ook als oefening vormtekening in kunnen zetten?

Janneke: Ja, bijvoorbeeld.

Rozemarijn: Mentaal welbevinden?

Janneke: Ja, het cognitieve, emotionele en eigenwaarde. Hier kan KT absoluut aan bijdrage. Ik zit wel te denken qua oefening met het uiten van emoties als je iemand de veilige bedding geeft om te laten zien hoe iemand is, in kleur, vorm en beweging, dan kan dat heel helpend zijn. Dan zou ik een vrije oefening bijvoorbeeld doen, met acryl verf of krijt. Dan kan je heel duidelijk iets neerzetten. Maar aan

de andere kant kan je ook heel duidelijk ook juist iemand een **hele fijne mooie rustig oefening** geven waardoor iemand juist helemaal **ontspant**. Als iemand heel heftig is in de emoties dan juist **reguleren en tot rust brengen**.

Rozemarijn: Zingeving?

Janneke: **Wat je merkt dat mensen wel het gevoel krijgen van ik kan nog wel wat**. Ik heb nog een gezond deel. En er is toch nog een manier om met kunst bezig te zijn. Ik geef **Matis ook vaak als voorbeeld**. Die is op een gegeven moment ook gaan **knippen en plakken**. Die **biografie** is heel interessant voor mensen. Dan krijg je ook **acceptatie** en **toekomstperspectief**.

Rozemarijn: Komen er ook bij deze pijler nog oefeningen of technieken op?

Janneke: Nee, niet specifiek. Het is heel breed. Dat is voor iedereen anders.

Rozemarijn: De kwaliteit van leven pijler?

Janneke: **Ja, die is wel heel duidelijk**. Het **geluk beleven en genieten**. Waar kunstzinnige therapie zo mooi is met verschillende oefeningen, daar zitten echt dingen bij die makkelijk te doen en zijn en zo mooi worden. Al is het een soort van **ondergaande zon met die prachtige kleuren**. Dat vloeit allemaal mooi. Dat mensen daar **echt van genieten en mooi vinden**. Dat **geluk beleven, een soort welbevinden**. Qua oefening denk ik dat je meer zit in het **laten zien van mooie beelden**. Niet als enige oefening. Maar ik kan me voorstellen dat als je mooie dingen laat zien of verteld dat dat ook van buiten naar binnen kan werken. Niet echt heel specifiek.

Rozemarijn: Sociaal maatschappelijk participeren?

Janneke: **Dat is meer in de groepen**. Dat is wel heel fijn. Ik heb ook een onderhoudsgroep. Daar hebben we geen specifieke doelen meer maar daar hebben ze allemaal NAH, dus de ene kan praten en de ander niet. Maar het helpt wel. Dat je dan met elkaar in een groep zit. En van elkaar ziet. Iedereen heeft zo zijn uitdagingen. Dat contact met elkaar is belangrijk. Naar elkaars werk kijken en complimenten geven. Dan **wordt je geaccepteerd en heb je betekenisvolle relaties en sociale contacten**.

Rozemarijn: En de laatste, dagelijks functioneren?

Janneke: Het is **niet zo specifiek** maar het helpt natuurlijk wel. Het is wel fijn.

Rozemarijn: Meer indirect dan?

Janneke: Ja precies. Een **extra handoefening**. **Misschien dat het wel mensen laat functioneren omdat ze ook inspirerende momenten hebben**.

Rozemarijn: En als we naar heel het model kijken, welke pijlers zijn dan het belangrijkste voor kunstzinnige therapie en CVA?

Janneke: **Mentaal welbevinden, kwaliteit van leven** en **zingeving**.

Rozemarijn: Wil je de vier doelen van de FVB die we net hebben gesproken, binnen de pijlers van de Positieve Gezondheid plaatsen?

Janneke: -Die eerste, **versterken van autonomie, assertiviteit, zelfvertrouwen en zelfbeeld**, die bij **zingeving**.

-Die tweede **reguleren en uiten van emoties** bij **mentaal welbevinden**.

-**Contact maken en versterken met het eigen gevoelsleven** die zit ook bij **mentaal welbevinden**.

-**Verwerken van verlieservaringen** zit denk ik in **zingeving** en **kwaliteit van leven**.

Ja dat is wel grappig. Want ik zie nu het doel verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren en dan valt die zo mooi onder de pijler sociaal maatschappelijk participeren.

Rozemarijn: Als die alsnog belangrijk genoeg is dan zet ik hem erbij?

Janneke: Het is niet zo zeer waar iemand in eerst instantie naar binnen komt bij mij. Het is meer later. Het komt er meer na een tijd bij. Dat vind ik wel leuk, na aanleiding van dit gesprek zou ik het erbij kunnen zetten. Wij hebben ook een lijstje met doelen gemaakt, en dat zou ik wel kunnen communiceren naar de verwijzers zit ik nu te bedenken, dus dankjewel!

Rozemarijn: Zijn er nog belangrijke aspecten die nog niet genoemd zijn?

Janneke: Nee, dat zou ik zo snel niet weten. Goede vragen hoor!

Afsluiting

Interview met beeldend vaktherapeut, respondent 5

Naam en functie:

Claudia Kirchner, beeldend vaktherapeut

Datum:

Dinsdag 14 mei 2019

Toestemming voor geluidsopname

ja

nee

Anonimiseren van de naam

ja

nee

Onderzoek ontvangen

ja

nee

Claudia Kirchner werkt ongeveer vijftien jaar als beeldend vaktherapeut en zorg coördinator bij Afasiecentrum Rotterdam. Binnen het Afasiecentrum richt zij zich vooral op het leven na het hersenletsel.

[Rozemarijn: korte introductie onderzoek]

Rozemarijn: U vertelde net al dat u werkt aan individuele doelstellingen en ook in een groep werkt met doelstellingen. Kunt u die doelstellingen benoemen?

Claudia: Een **doelstelling kan zijn om wakker te maken, alerter te maken en concentratievermogen te verhogen**. Ik merk dat dat kunstzinnige een van de weinige dingen is die hem interesseren. Hij kan zijn handen bewegen maar hij kruipt als een baby terug en zakt onderuit en slaapt. De verbinding tussen armen en handen is onwijs lang. Voordat hij zijn handen überhaupt op tafel krijgt gaat heel langzaam. Hij was eerst alleen in logopedie en sliep. Er was geen activatie te zien. Dat doet hij bij mij wel. De hoop is dat hij steeds actiever wordt en prikkels verwerkt en uit zichzelf dingen doet. Ik moet hem om de 5 minuten een impuls geven door iets te zeggen of even aan te raken. Dat hij verf op het penseel moet nemen of dat hij nog meer op het schilderij wilt hebben of die lijn wilt afmaken. Dan zie je hem denken. Daar zie ik wel beweging in. Dat is een van die individuele doelstellingen. **Iemand van zijn basale aandachtstoornis wakker maken**.

Rozemarijn: Heeft u naast het wakker maken en prikkelen ook nog andere doelen?

Claudia: Er was ook een man die **globale afasie** had en we dachten dat het goed ging met hem. Maar hij zakte een **depressie** in. Hij was **verdrietig** en had een **sombere stemming**. Hij kwam bij mij **boetseren**. Toen boetseerde ik nog op deze locatie. Toen heb ik hem gevraagd of hij individueel wilde werken. We hebben 6 of 8 keer gewerkt. Hij begreep enigszins wat ik bedoelde. Je kan meestal geen opdracht geven en niet spreken maar hij verstond mij redelijk. Ik heb met hem zijn hele ziekteproces doorgelopen. Bij elk ziekteproces heb ik een werkstuk gemaakt met hem. Bijvoorbeeld van Rodin, de Denker, dat was voor hem zo iets wat hem raakte. Dat was voor hem een herkenning. Dus dat heeft hij geboetseerd. We hebben een aantal fasen van zijn ziek zijn als beeld geboetseerd. Ik heb elke keer geprobeerd de essentie uit dat beeld te vertellen. Bedoel je dan dat het dit uitdrukt of bedoel je dat ermee? Dan heb ik het opgeschreven en hebben we een boekje gemaakt met de foto van het beeld en die opmerking ernaast. Ik denk alleen maar en ik ben alleen maar in mijzelf gesloten. Het volgende beeld was dan ook van Rodin, het zoeken naar contact, dat is lastig. We hebben echt een heel boek gemaakt en dat kon hij delen met zijn vrouw en kinderen. Dat kon hij op die manier laten zien. Iedereen was verbaasd dat het nog speelde. Het was toch al tien jaar geleden? Dat is soms onze misvatting. Afasie of een chronische beperking is een keer verwerkt ofzo. **Je verwerkt het dus nooit. Je kan het leven en aanpassen maar het verdriet blijft levenslang**. Juist bij mensen die het zo lang hebben en niet kunnen praten, die kunnen daar soms zo intens verdrietig van worden. Er wordt niet meer over gepraat. De eerste jaren nog wel, maar na 10 jaar niet meer. Dan denkt iedereen kom op, we gaan gewoon lunchen. En iemand kan wel ook op zo'n overgang naar pensionering met al dat verdriet zitten. Dan kan daar niet over gepraat worden. Hij stond gelukkig open voor boetseren. Dat was voor hem een soort van nog een keer gezien worden in die pijn. Nog een keer alles neerzetten en laten zien. **Dat is voor mensen die niet kunnen spreken een van de grootste voordelen van het werken, dat het zichtbaar wordt**. Dat was een individueel traject.

Ik geef regelmatig cursussen voor vier, vijf keer voor groepen en dat noemen we dan verwerken omdat het zo moet heten. Ik vind het een verkeerd woord, verwerken. Maar waar het om gaat is hoe ga ik nou verder met mijn leven? Daar gebruiken we altijd beelden. Kies een boom. Welke boom ben jij nu? Dat is wat mensen graag aannemen en herkennen. Dat nemen ze dankbaar mee en kunnen ze laten zien. Maar goed, het dilemma bij afasie, hoe zwaarder iemand verstoord is, hoe minder goed de symboliek is. Symboliek is ook taal. Dat begrijpen ze niet meer. Er zijn een paar mensen die heel zwaar beschadigd zijn en die ook goed taal en symboliek begrip hebben. Mensen zijn heel zwaar beschadigd en verdrietig maar je kan ze niet bereiken. Ook met beeldtaal niet, ze snappen er niks van. Ook met verbale taal begrijpen ze niet. Het enige wat je kan doen is om ze maar rustig en fijn te

helpen. Dat er iets uit hun handen komt. Dat ze überhaupt iets kunnen laten zien wat ze kunnen. Dan is een diepere symboliek niet mogelijk.

Rozemarijn: Deze doelstellingen van de FVB, bent u daar bekend mee?

Claudia: Nee, ik ken die hele FVB niet maar ik vind het wel een goede.

Rozemarijn: Binnen onze opleiding hebben we de doelen van de Federatie Vak therapeutische Beroepen ook aangereikt gekregen omdat onze behandeldoelen hier op aan kunnen sluiten. Ik wil graag alle doelen met u doornemen en kijken waar u mogelijkheden ziet voor deze doelgroep.

Versterken van de autonomie, assertiviteit, zelfvertrouwen, zelfbeeld?

Claudia: Dat kan zeker een doel zijn. Mensen die zwaar getroffen zijn, die zich niet kunnen uitdrukken, ik werk soms met groepen met afasie, die laat ik dingen doen. Die laat ik een toren bouwen. Of een groot ding maken, iets driedimensionaals. Ik geef de opdracht en kijk wie doet wat en op welke manier. Dat vertel ik ze ook. Het gaat er vooral om hoe doe je dat als groep. Wie kan wat? Ben je meer een leider? Ben je iemand die helpt? Ben je afwachtend? Het reflecteren van de eigen gewoontes en het praten over wie jij bent. Dat heel concreet maken. Ik observeer heel goed en zeg dan tegen iemand: ik zag dat jij heel de tijd keek en wanneer iemand iets vroeg dan deed je dat gelijk. Je stelt je behulpzaam op. Dat alleen al is al heel belangrijk. Dat je wakker blijft. **Mensen weten vaak totaal niet hoe ze een taak moeten volbrengen.** Hoe ze een plakband hanteren. Ze zitten te wachten op het plakband tot het wat doet. Of toch een ander het voordoet en dan doen ze het heel misschien na. Maar dat **zelfvertrouwen is zo laag** bij de mensen. Ook het **zelfbeeld**, wie ben ik? Dat is vaak zo **verbrijzeld**.

Rozemarijn: Dus vooral gericht op het zelfvertrouwen en het zelfbeeld?

Claudia: **Zelfvertrouwen en zelfbeeld**. Ik heb nu ook weer een mannengroep over onzichtbare gevolgen. Dat zelfbeeld is heel laag. Dat doe ik dan bij deze mensen, verbaal wie ben jij? Als je geen vrachtwagenchauffeur meer bent, wie ben je dan? Daar is heel veel nood bij deze mensen. Ik werk veel met afbeeldingen bij mensen die het kunstzinnige weigeren of het belachelijk vinden. Ze vinden het doodeng en stom dat ik met bomen aan kom. Uiteindelijk heeft iedereen een boom uitgekozen en de volgende les praat hij wel over zijn boom. Dat is echt grappig. Ik zet het zo punctueel in. **Ik noem het geen kunstzinnige therapie maar ik gebruik het wel.** Dat iemand wel over zichzelf gaat praten. Ik ben eigenlijk een brede boom maar alle takken zijn afgebroken, maar ik ben wel een brede boom en ik heb wel een sterke stam. Dus daar is heel veel te doen bij mensen die zo de helft van hun potentie kwijt zijn. Daar kan je als therapeut veel toevoegen. Assertiviteit weet ik niet..

Rozemarijn: Ze hoeven ook niet allemaal een voor een...

Het tweede doel, reguleren en uiten van emoties, reguleren van impulsen en agressie? Werkt u daar weleens mee?

Claudia: Vind ik heel lastig. Agressie is er bijna niet. Zo goed als niet. Emoties zijn vaak heel vlak. Ik zie daar niet zoveel. **Of te geremd of ontremd.** Ook met taal. Ze zeggen niets meer of honderduit en geen woord klopt. Met emotioneel vaak ook zo. Er is weinig of teveel. Bij teveel is het voortdurend huilen over alles. Maar ook niet aankomen want dan gaan ze weer huilen. Het slaat nergens op want ze zijn niet verdrietig. Er is ontregeling en ontremming. Nee het is meer dat je er mee moet leren omgaan. Om nou te zeggen dat ik dat reguleer weet ik niet.

Rozemarijn: Oké, de derde. Leren voelen, bepalen, hanteren en aangeven van grenzen?

Claudia: Is volgens mij niet zo'n vraag. Het zijn geen mensen met grensoverschrijdend gedrag. Dat is niet de vraag.

Rozemarijn: Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven?

Claudia: Ja, dat zeker. **Contact maken**. We hebben over het algemeen meer mannen dan vrouwen. Ons eigen idee is omdat vrouwen makkelijker hun leven thuis weer oppakken en mannen helemaal van het pad zijn zonder hun werk. Het praten over de pijn, in het kunstzinnige zie ik geen, ik gebruik het in afbeeldingen maar dan praten we er niet over. Maar door het schilderen worden gevoelens geuit, nee.

Rozemarijn: Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen?

Claudia: Dat zeker. Ze komen hier met enorme spanning dat ze van alles moeten leren en dat het snel moet. We proberen ze te leren dat ze moeten ontspannen. Anders ga je helemaal in de kramp in je

lichaam. Dat kan niet snel. Ze moeten met een heel ander tempo doorleven. Ook wel een element waarom mensen naar mij toegestuurd worden. Laat ze een uur iets ontspannens doen. Daar moeten we ook over praten. Dat je dat aan kan van dat leren. **Je moet dat ontspannen als een duidelijk doel zien.** Je moet dat als essentieel element van je herstel zien.

Rozemarijn: Dus dat is wel een duidelijk doel binnen de therapie?

Claudia: Ja heel duidelijk.

*Rozemarijn: **Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen?***

Claudia: Ja, absoluut. Daar doe ik veel mee. Ook als mensen totaal niet kunnen schrijven dan is dat een motivatie om naar mij toe te komen. **Dan begin ik echt met de rechte en de ronde lijnen. Een zwart krijtbord gemaakt waar je met water op kan werken. Dat is een methode die heel goed werkt als je mensen motoriek wilt laten oefenen.**

Rozemarijn: Dat vertelde Linda inderdaad ook ja.

Claudia: Ja, dat heb ik uitgevonden. Heb ik zelf ontdekt eigenlijk. Dat alles wat je met een pen of potlood doet is dat zo definitief en confronterend. Dat is ook wel een reden waarom mensen soms weglopen. Dat ze het zo lelijk vinden, de lijnen die ze maken, dat ze gewoon weglopen. **Dan is water op een zwartkrijtbord, zo drempel verlagend en ontspannend voor mensen. Die lijn is altijd beter. Die verdwijnt weer na 10 minuten. Dat is een heel goed begin om ze überhaupt te motiveren. Je kan met ademhaling veel meer doen, omdat je grotere bewegingen maakt.**

Ik heb ook iemand met een kleine herseninfarct. Dus alle **vitale functies** zijn aangedaan. Zijn ademhaling gaat heel snel en hij ontspant heel weinig. Met expressieve bewegingen, langzame grotere bewegingen. De romp recht houden. Wel ontspannen maar de romp recht houden. De rompstabiliteit is bij sommige mensen te ongecoördineerd. **Dat je ontspant zonder gelijk weg te zakken.** Ik heb nu weer een client die dat bewust wilt. **Ontspannen maar niet gelijk omkiepen.**

Rozemarijn: Het verwerken van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven?

Claudia: Ja. Dat doe ik gericht als mensen dit aangeven. Dat is maar 5% van de groep. Ik doe dit twee keer per jaar. Individueel wel vaker. Heel incidenteel. Ik loop er tegen aan dat mensen mij totaal niet begrijpen. Ik had een vrouw die was super verdrietig en was alleen maar aan het huilen. En die wilde iets. Ik heb haar meegenomen naar de kamer maar ze raakte het penseel niet aan. Ze kon het niet. Ze kon het niet. Ze maakte dan een streep en vond het zo lelijk. Ze keurde zichzelf zo af. Op alles wat ze deed. Elk klein beetje pastel, wat niet verkeerd kan gaan, dat vond ze zo afschuwelijk. Ik kon niet verder. Mensen keuren zichzelf zo af. **Dan zou het maar zijn dat ze een uur met mij iets fijns maakt, maar als je alles lelijk vindt. Alles stom vindt wat je doet. Dan houdt het op. Praten gaat ook niet.** Die weerstand tegenover hun eigen producten. Als ze het op papier zien is het zo walgelijk lelijk. Daar kom ik dan ook niet meer doorheen.

*Rozemarijn: En het laatste doel, **verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren?***

Claudia: Ja, zeker. Dat zijn een beetje van die opdrachten die jullie ook veel doen. Dat je een schilderij naast elkaar legt en dat ze met elkaar moeten aansluiten. Doe ik niet heel vaak maar weleens. **Omdat ze ook heel erg de neiging hebben om in hun eigen wereldje te kijken. Hun perceptie is verstoord. Soms kunnen ze niet veel tegelijk zien. Of een kant niet zien. Kunnen ze emoties niet herkennen van de ander. Sociaal vaak niet zo handig.** Als een groep daar voor open staat nemen ze dat heel dankbaar aan. Dat ze überhaupt contact maken. Dat doe ik dan ook weer bij de zwakke niet sprekende mensen. Die het zo moeilijk vinden om contact te maken. Dan zijn dit soort schilderoefeningen, als ze daar voor open staan, dat is altijd maar de vraag. Heb je een groep van vier die contact wil maken, dan willen ze weer niet schilderen. Dan heb ik weer zoiets van oké wat doen we dan? Een torentje knutselen. Buiten de kunstzinnige dingen meer praktische dingen doen, ook goed. **De algemene weerstand van de algemene mens die niets creatiefs wil staat vaak in de weg. Maar ja, sociaal kan je heel veel doen. Als je methodes vindt die een hele groep accepteert.**

Rozemarijn: Bent u bekend met de Positieve Gezondheid?

Claudia: Ja. Ik wil van die behandeldoelen een kopietje maken.

Rozemarijn: Dan wil ik u vragen om de doelen die we net genoemd hebben, om deze binnen een pijler van de Positieve Gezondheid te plaatsen. Dus de eerste, versterken van de autonomie, assertiviteit, zelfvertrouwen, zelfbeeld. Onder welke pijler of pijlers valt deze?

Claudia: Ja. Het valt wel onder meerdere. Want? Het is bij elke ziekte anders?

Rozemarijn: Binnen WZH gaan ze werken met de Positieve Gezondheid en om dan de doelen voor kunstzinnige therapie voor de CVA zorg onder het schema te schalen komt er meer helderheid.

Claudia: Je wilt het daar in krijgen. Oké.

- Versterken van zelfvertrouwen en zelfbeeld vind ik mentaal welbevinden. Dan neem ik alleen de punten die ik genoemd heb.
- Leren ontspannen zou ik ook onder mentaal welbevinden rekenen. Maar goed het is ook fysiek he. Het is ook met energie omgaan. Lichaamsfuncties.
- Verbeteren van lichaamsbeweging, kan je onder lichaamsfuncties rekenen.
- Verwerken verlies, misschien zingeving. En ook mentaal welbevinden.
- Sociaal functioneren hier maar ook weer daar. Bij mentaal welbevinden en sociaal maatschappelijk participeren.

Ik vind dat niet zo makkelijk. Uiteindelijk heeft alles een gevolg voor je dagelijks functioneren. Maar goed. Uiteindelijk heeft het ook alles met kwaliteit van leven te maken.

Rozemarijn: Het heeft ook allemaal invloed op elkaar, dat klopt. Maar dit onderzoek is om het zo helder mogelijk te maken voor verwijzers die KT niet kennen.

Welke van deze pijlers denkt u dat kunstzinnige therapie het belangrijkste is voor CVA? Waar denkt u dan als eerste aan?

Claudia: Ik zou me daar niet aan vast leggen. Deze kant [mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven] zou ik zeggen. Maar voor de rest om nou te zeggen dat ik een van de drie moet kiezen.

Rozemarijn: Dat hoeft ook niet. Dus vooral de meer psychische pijlers?

Claudia: Ja, ja, ja. Bij hersenletsel valt het zo op dat de groep breed is. Dan is het zo lastig om over mensen met hersenletsel te praten. Je kan het niet bij elkaar krijgen. Ze zijn zo verschillend in hun vragen en beschadigingen. Je kan over een praten maar niet over alles samen. Hoe krijg je dat bij elkaar. Sommige zijn emotioneel bijna niet veranderd en kunnen over verdriet praten maar het gemiddelde is vaak bijna niets of ervaart weinig. Als je vraagt: Hoe gaat het met je? Gaat het altijd goed. Terwijl ze heel veel last en verdriet hebben. Het geldt niet voor allemaal. Het is zo verschillend. Als je ze daar ziet zitten. Dat is niet letsel wat zoals dementie wat gemeenschappelijke stromingen heeft. Dat maakt het werken ook wel ongrijpbaar. Het is ongrijpbaar. Wat doe je eigenlijk? Ik heb ook heel erg gezocht naar werkmethodes. Ik heb twee jaar geleden een workshop gevolgd. Van een man die heel veel behandelmethoden produceert in België voor mensen met hersenletsel. Dat is echt een hele dikke werkmap voor allerlei aandacht stoornissen en behandel oefeningen. Die heeft ook een fotografie cursus uitgegeven. Ik heb nu ook zo'n groep. Ook een echtpaar cursus. Ik doe dingen met fotografie. Ik open volgende week de volgende tentoonstelling. Ideale methode voor mensen met hersenletsel. Het is communicatief. Ze moeten naar buiten. Ik geef opdrachten. Fotografeer werkende mensen en vraag om toestemming. Dan moeten ze naar de slager gaan en de man achter de balie spreken. Ze moeten zich interesseren voor iets en een keuze maken. Vind ik iets leuk. Oké. Dat moet ik fotograferen. Ze moeten in actie komen. Ze moeten een actie plannen. Dan moet ik dus naar buiten. Hoe kom ik naar buiten. Wie moet er mee. Ze moeten iets leren. Een fototoestel of telefoon bedienen. Eigenwaarde. Ze maken iets wat ze tentoonstellen en elke week moeten laten zien aan de groep. Het heeft zoveel voordelen. Het is zo'n perfect middel.

Rozemarijn: Dat klinkt inderdaad heel interessant. Ik heb daar nog nooit over gehoord.

Claudia: Ja, ik heb een partnergroep gedaan, echtgenoten, drie stellen opdrachten gegeven van fotografeer je partner. Dan kom je terug en laat je die zien. Fotograferen is een laagdrempelige nieuwe manier. Maar ja dat heb ik niet geleerd. Het is niet een onderdeel van de kunstzinnige therapie. Het spreekt de mensen onmiddellijk aan. Het hangt niet zo de hele waas dat je moet kunnen schilderen. Ik geef veel compositie les. Ik heb een echte fotograaf erbij als vrijwilliger. Ik heb een kunstenaar erbij. Dat is echt zoeken naar methodes die in dit gebied met deze mensen van toegevoegde waarde is. Ik kwam bij fotografie uit. Ik doe dat een dag in de week. Zo denk ik dat je moet werken als kunstzinnige therapeut. Zo plooibaar moet je zijn. Misschien frustrerend om te horen voor jullie dat alle bekende opdrachten dat dat allemaal niet gedaan wordt. Maar ik heb daar mijn weg in gevonden. Je moet echt weten dat je je behoorlijk moet aanpassen en moet vergeten wat je hebt geleerd. Het wiel zelf uitvinden. Uiteindelijk merk je wel dat je bagage meeneemt. Je kan ze

toepassen als het nodig is. Maar je moet opnieuw leren denken. Wat moet ik met deze mensen? Wat kan ik ze aanbieden. Als je zegt ik ben kunstzinnig therapeut wil je naar mij toekomen, dan komt niemand. Dan komt echt niemand, ja één. Zo werkt het dus niet. Ik moet groepen doen want we hebben 20 mensen en drie medewerkers. Wat kan ik met 6 doen. Dan moeten ze ook nog bij elkaar passen. Dat is best wel een uitdaging. Ik doe altijd aan zoiets mee omdat ik absoluut geen voorbeeld ben van zo werkt een kunstzinnig therapeut. Ik wil ook laten zien dat het anders kan. Het kan wel. Het is een beetje ingewikkeld en ik kan het niet goed uitleggen. Het is de kunst om op werkplekken binnen te slijpen waar er geen pad is wat vanzelfsprekend is. Het ligt niet voor de hand om dat te doen. Mensen gaan er echt niet op wachten dat je met hun schildert en therapeutische doelstellingen hebt. Dat is soms wat ingewikkelder. Als kunstzinnig therapeut moet je alles uit de kast halen. Dat moet je meenemen. Wel doen.

Afsluiting

Interview met beeldend vaktherapeut, respondent 6

Naam: **Nienke de Kreuk**, beeldend vaktherapeut
Datum: Donderdag 16 mei 2019

Toestemming voor geluidsopname	ja	nee
Anonimiseren van de naam	ja	nee
Onderzoek ontvangen	ja	nee

Nienke de Kreuk werkt dertien jaar als beeldend vaktherapeut bij Hoogstraat Revalidatie in Utrecht. Ze komt in aanraking met verschillende doelgroepen, waaronder ook NAH en CVA. Cliënten worden maximaal 5 dagen na hun CVA opgenomen in het revalidatiecentrum. Vaktherapie beeldend is een onderdeel van het intensieve behandelaanbod.

[Rozemarijn: korte introductie onderzoek]

Rozemarijn: Welke problematiek zie je vaak bij CVA-cliënten?

Nienke: **Afasie, gedeeltelijke of hele verlamming**. Voor ons is arm en hand het belangrijkste, qua therapie. **De cognitieve problemen**.

Rozemarijn: Kan je daar ook een voorbeeld van noemen?

Nienke: Problemen **in de aandacht vasthouden**. **Neglect** is eigenlijk ook een **aandachtsprobleem**. **Planmatig werken**, **initiatief nemen**, of juist **ongeremdheid**. Er zijn er vast maar meer uit mijn hoofd komen deze op. En dan ook nog **hemianopsie**.

Rozemarijn: Wat is dat?

Nienke: Dat is dat je een **deel van het gezichtsveld niet kan zien**. Dat lijkt op een neglect maar is wel een ander probleem eigenlijk. En **apraxie**, is ook heel belangrijk.

Rozemarijn: Zie je ook problematiek in de stemming van mensen?

Nienke: Dat is een hele goede! Ja, **gebrek aan zelfvertrouwen**. **Verdriet**. Ik geef als doel **de autonomie versterken**, dus de problematiek is dan **eigenlijk regie verliezen**. Regie kwijt zijn. **Houvast kwijt zijn**. **Vertrouwen in je lichaam** is ook wel meer een stemmingsprobleem. Zelfs ook wel gedachten: ik wil niet meer, wat is het nog waard? Dat zie ik ook wel.

Rozemarijn: Zou je dat dan depressie kunnen noemen?

Nienke: Ja, naja **somberheid**. Daarnaast ook **angst voor een recidive**.

Rozemarijn: Net vertelde je al even over je verschillende behandeldoelen. Kun je deze noemen?

Nienke: **Verbeteren van de fijne motoriek en sensorische**. Arm hand functie verbeteren echt. Ik moet de doelen SMART stellen, dus ik zeg ook doelen zoals; een project afronden, zelfstandig, van het begin tot het eind als ik werk aan autonomie versterken. **Autonomie versterken**. **Gevoel van eigenwaarde vergroten**. Maar ik spreek dat dan niet af met de client, dat we het gevoel van eigenwaarde gaan vergroten en de autonomie versterken. Ik benoem wel dat iets fijn kan zijn om iets van het begin tot het eind te kunnen doen, dat je het zelf in de hand hebt. Maar dat gevoel van eigenwaarde daar zeg ik niet van dat we daar aan gaan werken, dat dat een doel is.

Rozemarijn: Maar dat is wel een doel van de behandeling in principe?

Nienke: Ja, meestal komt dat er wel bij.

Rozemarijn: Ook juist die doelen zijn belangrijk om te weten.

Nienke: Bij ons is het eigenlijk heel belangrijk dat je zoveel mogelijk met de revalidant bespreekt. Al die verslagen leest de revalidant ook. Dus soms doen wij meer dan wat echt op papier staat. Dat is er lastig aan.

Compenseren van het neglect doen we ook. En misschien noem ik het dan ook wel het **ontdekken van huidige mogelijkheden**. Niet om leren omgaan met beperkingen, **maar juist het ontdekken van de huidige mogelijkheden**.

Rozemarijn: Van deze doelen die je genoemd hebt, is er dan ook eentje het belangrijkste?

Nienke: Vind ik lastig. Maar omdat we toch de handfunctie ook kunnen aanspreken.. dat is dan de ingang. Voor de kunstzinnige therapie, het is natuurlijk wel een heel fysiek doel, maar het is er wel in

de revalidatie.

Rozemarijn: En zijn er verder nog doelen?

Nienke: Ik moet er nog wel een doel benoemen trouwens. Want gedachten verzetten en ontspanning is ook een belangrijk doel in de acute fase. Toch ook wel het moment voor jezelf nemen. Leren tijd voor je zelf nemen. Het is ook belangrijk om te ontspannen en iets te doen wat je leuk vindt en wat bij je past. Ook dat is het gevoel van eigenwaarde versterken eigenlijk, en autonomie. Daarna komt meer het accepteren van de huidige mogelijkheden.

Rozemarijn: Wordt je doorverwezen door andere behandelaren?

Nienke: Niet echt, maar je hebt wel contact met andere behandelaren.

Rozemarijn: Heb je het gevoel dat zij een goed beeld hebben bij kunstzinnige therapie?

Nienke: Dat blijft lastig. Er komen best vaak mensen langs die zeggen: je kan hier allemaal leuke dingen maken. Dat is toch wat ze zien, en blijven zien. Het is door de hand-en-brein-groep wel duidelijk dat we ook op die manier kunnen oefenen. Ik denk eigenlijk dat de meeste artsen die al wat langer meelopen, dat die het wel weten. We werken ook veel met arts-assistente, die zijn dan nieuw. Over het algemeen weten ze het wel, dat je ook je hand kan oefenen. Dat moment van rust is zo ongrijpbaar.. ik denk dat dat het moeilijkste is om dat duidelijk te maken. En ook het uiten, dat is ook wat er gebeurt. Oh die heeft afasie, dus die kan zich dan bij jullie [kunstzinnige therapie] zich uiten. Maar mensen met afasie hebben vaak een aangedane rechterhand, dus dat is dan toch lastig. Die gaat liever zo'n klein schaalje maken, maar dan ben je je niet super aan het uiten. Niet dat je dat als doel inzet en kan uitleggen wat iemand dan gedaan heeft. Dus dat uiten wordt door sommige wel gezien als wat wij [kunstzinnig therapeuten] wel zouden kunnen doen, maar dat lijkt een soort toverwoord terwijl het helemaal niet zo makkelijk is.

Rozemarijn: Net vertelde je dat ze niet altijd begrijpen dat je KT ook kan inzetten voor rust. Zijn er nog meer doelen waarvan andere mensen niet op de hoogte zijn maar waar KT wel voor ingezet kan worden?

Nienke: Dat je beeldend middel kan inzetten om je persoonlijk te ontwikkelen. Er wordt gezien van daar maak je iets, maar dat proces er naar toe, daar leer je. Het lukt niet zoals ik wilde. Ik vind dit materiaal stom. Wat doe je dan? Gooi je het weg? Of ga je doorzetten? Het doorzettingsvermogen aanspreken, of juist zeggen: ik ben een mandala begonnen en ik kan niet binnen de lijntjes blijven. Ik moet het afmaken. Ik moet het afmaken want ik moet altijd afmaken waar ik aan begonnen ben. Ik vind het eigenlijk echt zo verschrikkelijk om te doen. Dan mag je ook stoppen. Dat vind ik waar we leren. Waar echt de therapie plaats vindt.

Rozemarijn: Ook een beetje jezelf leren kennen lijkt het wel?

Nienke: Misschien is dat nog wel een betere. Bij CVA is dat heel mooi. Je hebt niet een nieuwe zelf maar er gaan allemaal dingen anders. Ik denk dat er heel weinig mensen zijn die dat ook zien als behandeldoel.

Rozemarijn: Zou je dat dan ook als een stukje diagnostiek kunnen zien? Omdat je wel iemand op een andere manier naar zichzelf leert leren kijken. Maar jij als therapeut ziet ook weer dingen?

Nienke: Ja. Ik vind het in de revalidatie wel een beetje groot. Diagnostiek in de revalidatie gaat heel erg over: wat zijn de cognitieve gevolgen van het CVA, wat zijn de gevolgen voor je hand, hoeveel kracht heb je nog? Diagnostiek zijn allemaal hele harde onderzoeken. Al hebben we wel ook interviews over stemming. Lijsten over de voortgang in de revalidatie. Daar sluiten we eigenlijk niet nog op aan, maar daar zou dit ook wel bijpassen. Maar zo zetten we het nu niet in.

Rozemarijn: En bij de meer chronische fase van CVA? Zou diagnostiek dan passen?

Nienke: Het past wel, maar wij gebruiken het niet zo. Wij gebruiken het meer om dan iemand te helpen om je doelen te behalen. Als het nodig is je zelfvertrouwen te vergroten om weer naar huis te gaan. Dan zijn we daar mee bezig. Ik denk dat kunstzinnige therapie in de revalidatie echt een klein stukje is. Het is niet zo dat wij van belang zijn voor de ontslagvoorwaarden. Ik zie ons ook wel meer als ondersteunend.

Ik zie wel dat wij in dat diagnostiekstukje veel zouden kunnen doen, maar er is al zoveel diagnostiek, dan concentreer ik me er liever op dat wij zo'n moment kunnen creëren waarbij iemand even bij zichzelf kan komen. Dat vind ik een meerwaarde van ons vak in revalidatie.

Rozemarijn: Zijn er ook doelen waar KT eigenlijk niet aan kan bijdrage?

Nienke: Nou, ja, die **ontslagvoorwaarden** dus. Ik zit even bij die cognitieve doelen te denken. Vaak is het bij VTS heel sterk zo. Dat is wel interessant. Die cognitieve functies, denk ik dat je planmatig werken echt aan kan bijdragen. Maar iets als aandacht vergroten kan dat bijna niet eens geoefend worden. Maar het middel kan er wel aan bijdragen dat je je aandacht langer vast kan houden. Neglect, nu weet ik niet zo goed of dat kan? Kan je neglect afnemen? Volgens mij wel, maar dat weet ik niet zeker. Maar je neglect compenseren kan je wel oefenen bij kunstzinnige therapie. **Maar we gaan niet zorgen dat het neglect over gaat.**

Rozemarijn: Dus niet het veranderen van de lichamelijke situatie?

Nienke: Ja, **meer het compenseren en bewust worden dan echt verbeteren.** Dat vind ik met die **handfuncties** eigenlijk ook want we zijn niet de fysiotherapeut. **Bij mij kunnen ze zien dat het beter gaat dan een paar weken geleden.** Maar ik heb niet die gegevens of het ook echt beter gaat. Het is meer hun eigen ervaring. **Dat draagt dus eigenlijk meer bij aan zelfvertrouwen en het gevoel dat ze oefenen dan het verbeteren ervan.**

Rozemarijn: Ben je bekend met de doelstellingen van de FVB?

Nienke: Ja.

Rozemarijn: Eigenlijk wilde ik kijken naar de doelstellingen, en kijken wat aansluit bij wat jij doet. Per doelstelling. De eerste; versterken van de autonomie, assertiviteit, zelfvertrouwen, zelfbeeld? Werk je daaraan?

Nienke: **Ja, heel veel.** Assertiviteit wat minder. Maar die andere drie wel.

Rozemarijn: De tweede?

Nienke: **Reguleren en uiten van emoties, reguleren van impulsen en agressie.** Dat komt weleens voor. Maar dat is meestal niet wat in mijn verslagen staat als doel. Daar hebben we het ook over gehad, dat het uiten van emoties heel ingewikkeld is bij mensen met een CVA. Het gebeurt soms wel. Meer indirect.

Rozemarijn: Zou je dan zeggen dat het belangrijk genoeg is om op te nemen of gebeurt het te weinig dat dit een doel is?

Nienke: Ik zou het meer **benoemen als aandacht hebben voor emoties**, mag dat ook? Dan de ruimte geven. **Mag ik een voorbeeld geven? Ik heb een keer iemand gehad. Die kwam naar mij nadat hij teambespreking had gehad waarin was gezegd dat hij nooit meer naar huis zo gaan. Dat zijn eigen huis verkocht moest worden. Hij was heel erg boos en verdrietig. Hij was met een enorme kleischaal bezig, een hele grote. Hij heeft het hele halfuur tegen mij gepraat, over hoe verschrikkelijk die teambespreking was. Hij pakte die klei en kwakte het in de schaal. Eigenlijk wel precies hoe het moest, maar de manier waarop, dat was uiten van emoties. Dat had ik niet van te voren bedacht, dat we daar aan gingen werken. Maar op dat moment was het wel even heel belangrijk. Het is dan niet de opzet, maar de ruimte is er wel voor.**

Rozemarijn: De derde; leren voelen, bepalen, hanteren en aangeven van grenzen?

Nienke: Het is zo algemeen he? Toch wel, want het heeft ook wel iets met balans en belastbaarheid te maken denk ik? Je kan grenzen hebben in contact, maar ook grenzen in balans en belastbaarheid. Misschien is het herkennen van lichaamssignalen dan beter. Die er onder staat.

Rozemarijn: Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen?

Nienke: Ja, die grens is dan minder denk ik. Wat voor grens bedoelen ze nou? Weet jij dat?

Rozemarijn: Als er staat leren voelen, dan denk ik wel dat het grenzen zijn die te maken hebben met het gevoelsgebied, ook in het sociaal contact denk ik. Ik denk dat het minder op het fysieke gericht is, of je belastbaarheid.

Nienke: Die dan niet.

*Rozemarijn: **Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven?***

Nienke: Bij CVA vind ik het een lastige. Ik denk dat ik dan nee zeg. Omdat het weinig gebeurt. Dat heeft er mee te maken dat ze zo nog in dat fysieke herstel zitten. Hier is nog geen ruimte voor. **Pas aan het einde ga je zien dat dit eraan komt. Het is wel belangrijk maar in de revalidatie is er weinig mogelijkheid om daarmee te werken.**

Rozemarijn: Dus eigenlijk is het meer voor daarna? In een woonzorginstelling?

Nienke: Ja.

Rozemarijn: Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen?

Nienke: Die wel.

Rozemarijn: Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen ook zei je net?

Nienke: Ja.

Rozemarijn: Verwerken van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven?

Nienke: Dat is een beetje het zelfde verhaal als contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven. Dat is meer voor later. Maar het is niet zo dat er geen aandacht voor is. Dat is het begin van het verwerken en het een plaats geven. Maar zo ver kom je meestal niet. Dat is ook weer voor na de revalidatiefase, voor in een woonzorginstelling.

Rozemarijn: En het onderste doel [Verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren]?

Nienke: Ja, in groepen.

Rozemarijn: Dus de bovenste, versterken van de autonomie, vertrouwen en zelfbeeld. Het reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen. Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen. En de onderste; verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren.

Nienke: Ja, maar die laatste is eigenlijk meer een neven doel. Het is nooit iets wat ik in het verslag zet. Het gebeurt in de groep. Dat is heel goed. Maar het is niet een hoofddoel van de therapie. Behalve bij VTS, maar dat houd ik even buiten beschouwing.

Rozemarijn: Van de andere drie doelen, welke zie je als het meest voorkomende doel?

Nienke: Eigenlijk is het verbeteren van de lichaamsbeweging omdat de handfunctie zoveel aan de orde komt. Maar als ik denk aan het moment van stilte en rust ervaren. Dan vind ik dat het leren ontspannen wel heel belangrijk is. Maar ik vind ze alle drie wel heel belangrijk. Moet ik er echt eentje kiezen?

Rozemarijn: Het mogen er ook wel twee zijn.

Nienke: Dan zou ik spanning [5] en lichaamsbeweging [6] zeggen.

Rozemarijn: Net vertelde je dat de hand-oog coördinatie, en het bewegen daarvan, een doel is omdat je het veel oefent. Maar dat het wel minder bij kunstzinnige therapie zelf past. Zou je dan eerder denken aan het leren ontspannen [5]?

Nienke: Ja, die vind ik dan eigenlijk mooier. Het komt ook altijd wel aan de orde. Iedereen zegt het. Ze noemen het zelf niet altijd als doel, maar het is wel wat ze ervaren.

Rozemarijn: Dan wil ik graag even kijken naar het model van Positieve Gezondheid. Ben je bekend met het model?

Nienke: Ja! Het is heel bekend nu toch?

Rozemarijn: Ja, het is een soort van upcoming. Wil je het model doornemen?

Nienke: Ik denk dat ik het wel begrijp.

Rozemarijn: Dan wil ik eigenlijk kijken wat de bijdrage per pijler is voor kunstzinnige therapie.

Beginnen bij de lichaamsfuncties. Wat is de bijdrage? Zowel indirect als direct?

Nienke: Ik zou zeggen energie, dat mensen energie kunnen krijgen. Door positieve ervaringen en ontspanningen. Klachten en pijn verminderen misschien tijdelijk, maar niet blijvend denk ik.

Rozemarijn: Zou je zeggen dat de bijdrage van KT voor de lichaamsfuncties van belang is? Of is het meer een bijkomstigheid?

Nienke: Ja, het is wel een van mijn belangrijkste doelen. Maar ik denk niet dat als er alleen

kunstzinnige therapie zou zijn, dan dat het fysiek functioneren ook zo zou verbeteren. Al die andere therapieën zijn echt nodig, en wij zijn meer om te ondersteunen en een extra oefenmoment te bieden. En omdat mensen hier heel concreet kunnen zien; oh twee weken geleden kon ik de lemniscaat zo, en nu doe ik hem zo. Dan help je meer de voortgang in kaart te brengen.

Rozemarijn: Mentaal welbevinden?

Nienke: Eigenwaarde, zelfrespect dat is belangrijk. Het gevoel controle te hebben. Eigen regie. Kunstzinnige therapie draagt daar vooral in het moment aan bij denk ik. Dat je ervaart van ik kan weer zelf iets maken. Ik heb niet het idee dat dat dan helemaal doorwerkt in het dagelijks leven alleen. Dat is in combinatie met alle andere behandelingen. Dat cognitief functioneren en emotionele toestand is ook meer de aandacht er voor hebben en het proberen te compenseren bij cognitief functioneren. Het is toch wel echt in combinatie met andere therapieën. Ik vind dat onze bijdrage vooral zit in het gevoel van eigenwaarde en het gevoel om controle te hebben. Eigen regie ook.

Rozemarijn: Zou je dan zeggen dat mentaal welbevinden een meer directe bijdrage van KT is?

Nienke: Dat vind ik spannend te zeggen, maar ik denk het wel.

Rozemarijn: En als je het vergelijkt met lichaamsfuncties?

Nienke: Dan denk ik wel dat mentaal welbevinden belangrijk is. Maar ik vind het spannend te zeggen dat het echt aan kunstzinnige therapie ligt. Het is altijd in combinatie met de andere disciplines.

Rozemarijn: Dat is ook zo. Maar het is meer of de bijdrage per pijler groter of minder groot is. Is het dan ook spannend om te zeggen dat mentaal welbevinden groter is als bijdrage dan lichaamsfuncties?

Nienke: Nee, dat is gewoon zo.

Rozemarijn: Zingeving?

Nienke: Minder dan mentaal welbevinden. Bij het toekomstperspectief zie ik wel dat ik wat kan. Ik vind bij CVA kom je niet in de revalidatie zo ver. Dat beeldend iets zingeving geeft. Het gebeurt weleens, maar niet heel vaak. Dat is meer iets voor de chronische fase.

Rozemarijn: Kwaliteit van leven?

Nienke: Momenten van genieten ervaren vind ik wel echt een belangrijke. Dat vind ik echt een bijdrage voor kunstzinnige therapie. Ook voor de generatie die dat niet zo mag. Meestal blijven die mensen wel in therapie omdat ze zo trouw zijn. Dan heb je wel gelegenheid om daar aan te werken, dat is wel heel fijn. Dat gebeurt best wel vaak, dat mensen zitten te genieten.

Rozemarijn: Is de kwaliteit van leven dan ook weer een grotere bijdrage?

Nienke: Mentaal welbevinden is nog steeds wel het grootste. Maar kwaliteit van leven is wel weer groter dan zingeving en lichaamsfuncties.

Rozemarijn: Sociaal maatschappelijk participeren?

Nienke: Niet, denk ik. Het kan wel bijdragen aan betekenisvolle relaties in het moment. Als je bijvoorbeeld sessies organiseert met kleinkinderen of kinderen. Of de partner meekijkt. Maar dat gebeurt niet zo vaak, maar het kan wel belangrijk zijn en dan is het heel belangrijk.

Rozemarijn: En in groepsverband?

Nienke: In groepsverband doet het natuurlijk wel wat met de sociale en communicatieve vaardigheden maar wat ik net al zei, dat is meestal niet mijn hoofddoel.

Rozemarijn: Dus meer indirect?

Nienke: Ohja, dat mocht ook. Ja. Het gebeurt wel veel dat mensen in de groep sociale contacten op doen. Maar ze zitten bij elkaar op een afdeling vaak, dus niet alleen door de kunstzinnige therapie.

Rozemarijn: Dagelijks functioneren?

Nienke: Niet denk ik. Wat is health literacy?

Rozemarijn: Dat je kennis hebt over gezondheid en dit ook kan toepassen.

Nienke: Wat mooi. Maar ik denk niet dat we daar aan bijdragen. Wel aan bewustwording maar dat heb ik meer bij mentaal welbevinden gezegd.

Rozemarijn: Welke pijlers in het hele model zijn het belangrijkste voor kunstzinnige therapie en CVA?

Nienke: Dan denk ik **mentaal welbevinden** en **kwaliteit van leven**.

Rozemarijn: Tot slot wil ik vragen of je de doelen die je net genoemd hebt van de FVB als belangrijkste, onder een pijler van de Positieve Gezondheid wilt plaatsen. Het eerste doel; **versterken van de autonomie, zelfvertrouwen en zelfbeeld**?

Nienke: Bij **mentaal welbevinden**.

Rozemarijn: **Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen**?

Nienke: **Kwaliteit van leven**, en een beetje **lichaamsfuncties**.

Rozemarijn: **Verbeteren van de lichaamsbeweging en herkennen van lichaamssignalen**?

Nienke: **Kwaliteit van leven**. Kan dat?

Rozemarijn: Als jij dat vindt, dan kan dat! Dat wil ik juist weten. De onderste, **verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal contact**?

Nienke: Bij **sociaal maatschappelijk participeren**. Dan is er ruimte, ook voor mensen bij afasie, om bijdrage te leveren in een groep. Is wel een hele belangrijke.

Rozemarijn: Net noemde je mentaal welbevinden en kwaliteit van leven als belangrijkste pijlers. Zou je sociaal maatschappelijk participeren dan willen toevoegen?

Nienke: Ik denk dat het ook te maken heeft met lekker in je vel zitten, dus ik zou het dan bij kwaliteit van leven zetten. Ik denk dat ik het zo houd.

Rozemarijn: Zijn er nog aspecten die ik nog niet heb gevraagd maar die wel belangrijk zijn?

Nienke: Ik vind het heel grondig wel al! Ik denk het niet.

Afsluiting

Interview met beeldend vaktherapeut, respondent 7

Naam en functie:

Gina Polis, beeldend vaktherapeut

Datum:

Vrijdag 16 mei 2019

Toestemming voor geluidsopname

ja

nee

Anonimiseren van de naam

ja

nee

Onderzoek ontvangen

ja

nee

Gina Polis werkt bijna vier jaar als beeldend vaktherapeut en activiteitenbegeleider bij Bavo Europoort in Rotterdam, een behandelcentrum voor neuropsychiatrie. Veel cliënten hebben te maken gehad met een CVA. Ook zij werkt binnen een multidisciplinair behandelteam.

[Rozemarijn: korte introductie onderzoek]

Rozemarijn: Welke problematiek zie je vaak bij CVA-cliënten?

Gina: We krijgen allerlei soorten NAH-cliënten hier, dus het ligt echt aan de plek waar de schade is opgelopen in het brein. Je ziet bijvoorbeeld best wel veel mensen die halfzijdige verlammingverschijnselen hebben. Hun goede hand niet meer kunnen gebruiken. En daardoor met hun andere hand creatief bezig moeten zijn. Dat is best wel een dingetje. Afasie, communicatie is echt lastig soms. Daardoor is kunstzinnige werken heel dankbaar voor sommige van de afasiepatiënten. Dan kun je op een andere manier iets van jezelf laten zien. Dat werkt vaak wel. Ontremd gedrag, rare opmerkingen maken, er onverzorgd uitzien. Ja, soms ook wel richting mij, dat ze bijvoorbeeld bepaalde grenzen niet aanvoelen. Dat ze dan heel dichtbij komen staan. Plots een kort lontje hebben.

Rozemarijn: En op het gebied van stemming?

Gina: Ja, die kan heel vlak zijn, dat het affect is weggefallen. Inlevingsvermogen in de ander is weggefallen. Of het kan bijvoorbeeld heel erg wisselend zijn, de stemming. Dat er weinig remming zit op emoties. Ik heb hier een keertje een man gehad die deed aan dwang-lachen. Heel de tijd lachen. Het komt ook niet gemeend over. Je ziet hier de raarste dingen. En natuurlijk somberheid en depressie, dat komt heel veel voor. Of het nou is doordat ze er geen grip op hebben of door gewoon heel erg te beseffen wat je hebt meegemaakt. Het verlies van relaties, van je zelfbeeld, functieverlies, dat is een enorm rouwproces waar mensen door heen gaan.

Rozemarijn: Voor welke behandeldoelen wordt je doorverwezen?

Gina: Voor het versterken van het zelfvertrouwen, werken aan een positiever zelfbeeld, het vergroten van de zelfexpressie. Dit heb ik niet tijdens de opleiding gehoord maar die term wordt hier veel gebruikt. Het vergroten van de zelfexpressie vooral bij afasiepatiënten.

Rozemarijn: Wat wordt daar precies mee bedoeld?

Gina: Dat ze zichzelf op een andere manier leren uiten. Dat je bijvoorbeeld teken- en schrijfoefeningen aanbiedt. Of dat iemand zich kan uitdrukken in het schilderen.

Rozemarijn: Is dat vooral voor mensen die zich dan weinig uiten na hun CVA bijvoorbeeld? Dat zij dan zoiets aangeboden krijgen om juist op een andere manier zich te kunnen uiten?

Gina: Ja, dat zijn de afasiepatiënten vooral. Daar wordt het doel veel bij gebruikt. Ik heb er ook een aantal in de computer staan, zou ik die voorlezen? Dat zijn dan echt de doorverwijsdoelen van de arts.

Rozemarijn: Ja, dat is heel fijn!

Gina: Je ziet dat er verschillende therapieën zijn aangeklikt, waaronder creatieve therapie. De eerste keuze is individueel of in een groep.

- Emoties en gevoelens: zelfexpressie vergroten, verliesverwerking, zingeving.
- Fysiek herstel: motorische vaardigheden, spanningsreductie. Ik doe ook veel met mindfulness en ontspanningsoefeningen, dat hoort daar een beetje bij.
- Gedrag: tolerantie vergroten, dat is vaak in een groep. Samenwerken, coping vaardigheden. Daar doe ik in creatieve gespreksgroepen wel vaak wat mee.
- Geheugen: laag niveau, cognitief en expliciete geheugentraining. Dat heeft niet altijd wat met kunstzinnige therapie te maken maar dat is ook hersentraining.

- Sociale vaardigheden: gespreksgroep vorm, autonomie, zelfredzaamheid, creëren van een positief zelfbeeld.
- Psychosociaal: autonomie versterken, interactie, luisteren, reageren en leren samenwerken.

Rozemarijn: Naast deze behandeldoelen die je vertelde, zijn er ook behandeldoelen waar doorverwijzers niet zo snel aan denken maar waar kunstzinnige therapie wel ingezet kan worden?

Gina: Ja, die staat er helemaal niet bij. Maar ik vind dat het vergroten van de concentratie ook belangrijk is. Mensen hebben best wel last van aandachtstoornissen en ik denk dat je daar wel wat mee kan. Ik weet niet of je doormiddel van kunstzinnige therapie interventies er echt iets aan kan veranderen, maar je kunt er wel heel veel uit observeren. We hebben hier een meisje met een aandachtspanne van 10 seconden. Die heeft continu van mij een prikkel nodig om door te gaan met tekenen. Dat is echt heel bizar om te zien. Als ik dat vertel tijdens een overleg is dat waardevol, dat kan een psycholoog namelijk niet observeren. Ik kan er alleen niets aan veranderen [aan de aandachtspanne].

Rozemarijn: Dus echt meer het observeren?

Gina: Het observeren, maar vooral het concentratie en aandacht stukje daar word ik niet voor gevraagd.

Rozemarijn: Omdat je het kan observeren, zou je dan kunnen zeggen dat het een stukje diagnostiek is?

Gina: Ja, eigenlijk wel. Je draagt veel meer bij aan de diagnostiek en beeldvorming.

Rozemarijn: Weten de andere behandelaren ook dat dat met kunstzinnige therapie kan?

Gina: We hebben een nieuwe psycholoog in dienst en die is er heel erg voor, maar daar moet je geluk mee hebben. Er zit nu een specialist ouderengeneeskunde en die komt vaak het lokaal binnen lopen. Hij weet gewoon dat mensen hier soms meer vertellen dan bij een psycholoog.

Rozemarijn: Zou je dan kunnen zeggen dat de diagnostiek ook door kunstzinnige therapie deels gedaan kan worden?

Gina: Ja, zeker. Hier juist. Al zie je iemand maar vier weken. Dan heb je toch een indruk. Wij zien altijd, als kunstzinnige therapeuten, iets anders dan de andere behandelaren. Dat wordt hier ook wel gewaardeerd.

Rozemarijn: Zijn er ook behandeldoelen waar kunstzinnige therapie eigenlijk niet voor ingezet kan worden?

Gina: Dat vind ik een lastige vraag.

Rozemarijn: Nooit een doorverwijzing gehad of een hulpvraag waarvan je niet weet of je daar wat mee kan?

Gina: Ja, het vergroten van zelfexpressie vind ik soms een beetje vaag. Ik weet niet altijd wat ik daar mee moet. Ik zou wel willen uitzoeken hoe ik dat concreter kan maken voor mijzelf.

Rozemarijn: Ben je bekend met deze behandeldoelen van de FVB?

Gina: Ja!

Rozemarijn: Dan wil ik vragen om alle doelstellingen af te gaan en te kijken bij welke van de doelstellingen jij aansluit binnen de therapie?

Gina:

- Versterken van de autonomie, assertiviteit, zelfvertrouwen en zelfbeeld. Zeker.
- Reguleren en uiten van emoties, reguleren van impulsen en agressie. In ieder geval wel het emotiestukje. Dat agressie stukje is hier een beetje lastig. Omdat de agressie hier wel erg agressief is. Dus ik weet niet of ik daar wat mee kan.

Rozemarijn: Is dat dan meer voor andere therapie?

Gina: Zo'n client zie ik dan niet. Wel als de agressie is afgenomen door medicatie, en iemand heeft ziektebesef. Bijvoorbeeld een moeder met jonge kinderen, die is hier gekomen vanwege haar korte lontje. Middels individuele therapie kunnen we het er over hebben. Dan blijkt dat het gewoon door overprikkeling komt. Dan doen we echt spanningsreductie oefeningen, mindfulness. Een moment voor haar zelf in de vorm van een kunstzinnige oefening.

Rozemarijn: Het derde doel?

Gina: Leren voelen, bepalen, hanteren en aangeven van grenzen. Zeker. Dat kan heel erg goed met boetsen. Er zijn ook heel veel mensen die zichzelf overschatten. Die continue over hun grenzen heen gaan. Omdat ze nog denken dat ze de oude versie van zichzelf zijn. Dat is een heel groot leerdoel hier.

Rozemarijn: Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven?

Gina: Ja, die komt ook voor.

Rozemarijn: Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen?

Gina: Ja, die komt ook regelmatig voor.

Rozemarijn: Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van de lichaamssignalen?

Gina: In ieder geval wel het herkennen van lichaamssignalen. Ik heb hier een vrouw gehad met psychosomatische klachten. Ik heb haar een lichaamsbeeld laten tekenen na een bodyscan. Dan mocht ze zelf op dat lichaamsbeeld met rood potlood tekenen waar ze spanning voelde, en met blauw of groen waar het ontspannen was. Dat is wel een interessante oefening. Verbeteren van lichaamsbeweging, we doen ook wel wandelen etc. maar dat heeft niet iets met kunstzinnige therapie te maken.

Gina: Verwerken van verlieservaring en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven. Ja zeker.

Gina: Verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren. Ja, dat staat ook op dat format. Dat kan natuurlijk vooral goed in een groep. We hebben vanochtend een sociale oefening gedaan. Dan verwacht je dat het wat met de mensen doet, maar het doet niks met ze. Een ontspanningsoefening waarbij je een fijne plek voor je ziet, een mooi landschap bijvoorbeeld. Dan mag je dat uitbeelden. De meeste hadden iets van een favoriet vakantieland. Op een gegeven moment mochten ze het werk doorschuiven naar de buurman en die mocht er een crisis in aanbrengen. Het woord crisis wordt dan te vraag, dus doe bijvoorbeeld iets van een bliksemschicht of iets anders wat niet hoort in de tekening die je voor je hebt. Dat deden ze heel braaf. Ze vinden het wel heel leuk maar je merkte dus dat het niet heel veel deed met ze. Ze relativeren het, ze hebben zich flexibel opgesteld. Ze vonden de crisis die iemand had aangebracht in het kunstzinnige werk niet zo erg. Alleen tussen twee mannen, waarvan er eentje afasie heeft, ontstond er een mooi contact moment. Ze konden via de tekening begrijpen wat de afasiepersoon bedoelde. Terwijl de afasiepersoon bijna niet begrepen wordt door zijn medepatiënten. Dus dat was een mooi moment.

Rozemarijn: Dat sluit dan inderdaad ook goed aan bij het onderste doel [verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren]. Als je naar alle doelen kijkt, is er dan eentje het belangrijkste?

Gina: Ja, het verwerken van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven. En het leren voelen. Het uiten van emoties.

Rozemarijn: Bedoel je dan het tweede doel [Reguleren en uiten van emoties, reguleren van impulsen en agressie]?

Gina: Even kijken hoor. Het leren voelen, bepalen, hanteren en aangeven van grenzen. Het derde doel. En de tweede [Reguleren en uiten van emoties, reguleren van impulsen en agressie]. En de een-na-laatste [Verwerking van verlieservaring en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven].

Rozemarijn: Ben je bekend met het model van de Positieve Gezondheid?

Gina: Een beetje.

Rozemarijn: Wil je 'm eerst doornemen?

Gina: Even kijken hoor, ik denk wel dat ik er een beeld bij heb.

Rozemarijn: Dan wil ik graag per pijler bekijken of er een bijdrage van kunstzinnige therapie is en zo ja, wat deze dan is. Laten we beginnen bij de lichaamsfuncties. Zie jij daar een bijdrage?

Gina: Ja, energie. Ik vind wel dat het ontspannend en voedend kan zijn. Dat je er ook aan kunt

opladen. Bij klachten en pijn dat je middels deze therapie er anders naar leert kijken, als je er voor open staat.

Rozemarijn: Heb je dan ook nog speciale oefeningen of technieken die opkomen?

Gina: Ja dat is best wel leuk, dat heet ACT-therapie. Dat zijn ervaringsgerichte mindfulness achtige oefeningen gekoppeld aan creatief bezig zijn. Ik ben daar zelf niet in geschoold. Ik heb er wel een boek van gelezen. Ik denk dat het een hele leuke nascholing is voor kunstzinnig therapeuten. Dat is creatief en mindfulness waar je zonder oordelen naar je klachten en pijn leert kijken.

Rozemarijn: De pijler van mentaal welbevinden?

Gina: Cognitief functioneren. Hersengymnastiek op papier noem ik dat, vormtekenen etc. Ik denk dat dat echt wel goed is.

Emotionele toestand, absoluut. Het kunnen uiten daarvan. Eigenwaarde en zelfrespect zeker, succeservaringen opdoen bijvoorbeeld.

Het gevoel controle te hebben absoluut. Ik zeg altijd: dit is jouw kunstwerk, hier mag jij bepalen wat je ervan maakt. Eigen regie valt daar ook wel onder. Soms moet je dat ook echt specifiek benoemen. Veerkracht vind ik wel een lastige, dat weet ik niet. Daar moet ik over nadenken.

Rozemarijn: Zou je zeggen dat de bijdrage van KT bij mentaal welbevinden groot is?

Gina: Ja, zeker. Mentaal welbevinden is wel een van de grootste domeinen waar je aan kan bijdragen.

Rozemarijn: Zingeving?

Gina: Ja, ook. Zingeving zeker. Doelen helder krijgen doen we daar ook.

Rozemarijn: Komen er dan nog specifieke oefeningen of technieken bij je op?

Gina: Dat heeft niet veel met kunstzinnige therapie te maken maar ik heb vanochtend met een vrouw een identiteitsbord gemaakt. Een groot vel papier en dan schrijft ze haar naam mooi in het midden: Ramona 2.0. Leeftijd, en CVA eronder. Een aantal vragen in verschillende kleuren beantwoorden. Bijvoorbeeld, waar ben ik goed in? Een aantal kwaliteiten van jezelf opschrijven. Waar heb ik hulp bij nodig? Wat zijn mijn langere termijn doelen?

Rozemarijn: Dat lijkt ook wel een beetje op het toekomstperspectief.

Gina: Ja precies. Het contact met deze mevrouw is goed, maar is absoluut niet kunstzinnig. Dan bedenk ik meer dat soort oefeningen, meer coaching achtige oefeningen.

Rozemarijn: Kwaliteit van leven?

Gina: Absoluut. Welbevinden, zeker. Sommige mensen ontdekken hier een nieuwe hobby. Voorheen waren het bijvoorbeeld hele rationele mensen bezig met werken. En nu kunnen ze dat niet meer en hebben ze het schilderen ontdekt. Geluk beleven ze soms ook wel. Kleine geluismomentjes, succeservaringen. Na het werken het resultaat zien en denken, goh dat heb ik gemaakt! Genieten van de kleuren. Ik zeg ook altijd: jullie zijn hier bij mij en we gaan even iets heel gek doen maar dat is goed voor je brein. Dan zie ik ze lachen en is er wel gewoon genieten. Een geluismomentje.

Rozemarijn: Ervaren van gezondheid?

Gina: De mensen zijn er hier erg bewust dat ze niet zo gezond zijn. Ik weet niet zo goed of ik daar aan bijdraag.

Laura: Aan de andere kant zit je natuurlijk wel erg op het stukje van wat ze nog wel kunnen.

Gina: Ja, dat probeer ik wel te benadrukken. Maar daarna vergeten ze het meestal. In het moment ervaren ze het meestal wel zo ja.

Lekker in je vel zitten, dat hoor ik ook weleens. Dat ze graag komen en het leuk vinden om hier te zijn. Ik hoor ook veel geklaag maar het is wel positief dat ze hier graag zijn. Het is ook vaak een doel voor mensen, lekker in je vel zitten. Levenslust en balans, dat vind ik ook een lastige. Ik weet daar geen voorbeeld bij.

Rozemarijn: Sociaal maatschappelijk participeren?

Gina: Sociale communicatieve vaardigheden, vooral in de groep. Met elkaar leren praten en goed luisteren naar elkaar. Sociale contacten hoort daar ook bij. Er worden echt wel vriendschappen gesloten. Geaccepteerd worden is een hele belangrijke. Mensen zeggen altijd dat ze zichzelf kunnen zijn hier.

Maatschappelijk betrokkenheid, helemaal aan het einde van een traject word ik weleens, omdat ik ook in de dagbesteding heb gewerkt, gevraagd of ik een idee heb wat iemand nog zou kunnen doen.

Rozemarijn: Dus eigenlijk **weer een stukje diagnostiek** dan?

Gina: **Ja, eigenlijk wel.**

Rozemarijn: De pijler **dagelijks functioneren**?

Gina: **Basis ADL natuurlijk niet.** Maar je kunt hier wel je **handfunctie oefenen** waardoor je in het **dagelijks leven beter kunt functioneren**. **Dan ben je eigenlijk ondersteunend aan de ergotherapie.** De ergotherapeut kan trouwens ook weleens doorverwijzen. Teken en schrijven vooral.

Rozemarijn: Is dat dan ook echt het doel van jouw therapie?

Gina: Ja. Ik heb ooit een nascholingscursus gevolgd en dat ik bezig ben met de **fijne motoriek** te oefenen. Dan zit je eigenlijk ook weer **meer op het fysieke vlak.**

Rozemarijn: En als je naar heel het model kijkt, wat zijn dan eigenlijk de belangrijkste pijlers voor KT en CVA?

Gina: **Zingeving** en **mentaal welbevinden**. Die twee vind ik het belangrijkste. **Kwaliteit van leven** ietsjes minder maar ook wel. Die wordt wat meer **indirect** ervaren denk ik. **Maar die is wel heel belangrijk.**

Rozemarijn: Je zegt indirect ervaren door de mensen, maar is het doel wel gericht op de kwaliteit van leven?

Gina: **In een verpleeghuis wordt er wel echt gestuurd op de kwaliteit van leven.** Ik merk nu tijdens het gesprek dat ik hier ook wel echt ben voor diagnostiek inderdaad. Dus wat je wel merkt is dat je bezig bent met **acceptatie** en **zingeving**. Ondertussen merk je wel dat iemand ook **geluksmomenten** ervaart en ervaart. Maar dat is niet altijd het doel. **Maar in een verpleeghuis is dat wel echt een doel.**

Rozemarijn: Als laatste wil ik je vragen om elk doel van de FVB waar we het over hadden, of je dat binnen een of twee van de pijlers wilt plaatsen. Laten we beginnen met het **versterken van de autonomie, assertiviteit, zelfvertrouwen en zelfbeeld.** Waar vind je die het beste bij passen?

Gina: Bij **mentaal welbevinden** denk ik. Maar ook wel **bij sociaal maatschappelijk participeren.**

Gina: **Reguleren en uiten van emoties**, **mentaal welbevinden.**

Leren voelen en bepalen, de derde, kan soms bij **lichaamsfuncties** zitten ook, en bij **mentaal welbevinden.**

Gina: **Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven**, ook weer bij **mentaal welbevinden.** En ook wel bij **zingeving.**

Gina: **Reguleren van spanning en reduceren van stress**, bij **lichaamsfuncties.** Ook wel bij **kwaliteit van leven.**

Gina: **Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen**, bij **lichaamsfuncties.**

Gina: **Verwerking van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen**, **zingeving.** Maar ook bij **mentaal welbevinden** vind ik. Het loopt een beetje door elkaar.

Gina: **Verbeteren van de omgang met anderen en verbeteren van het sociaal functioneren.** Dat vooral in **groepen** en dan bij **sociaal maatschappelijke participeren.** Ook wel bij **mentaal welbevinden.** Je merkt wel dat mensen het bijvoorbeeld moeilijk vinden dat ze hun partner kwijt raken door NAH of moeite hebben met contact maken met familie en daar echt onder lijden.

Rozemarijn: Zijn er nog aspecten die ik nog niet heb gevraagd maar die wel belangrijk zijn voor het onderzoek?

Gina: Ik denk dat dit wel goed zo is. Misschien dat ik als ik het interview terug krijg dat ik er nog iets aan toevoeg.

Afsluiting

Interview met beeldend vaktherapeut, respondent 8

Naam: **Colette Taks**, beeldend vaktherapeut

Datum: Maandag 20 mei 2019

Toestemming voor geluidsopname	ja	nee
Anonimiseren van de naam	ja	nee
Onderzoek ontvangen	ja	nee

Colette Taks heeft tien jaar als beeldend vaktherapeut in een woonzorginstelling gewerkt waar het grootste gedeelte van de bewoners te maken heeft gekregen met een CVA.

[Rozemarijn: korte introductie]

Rozemarijn: Welke problematiek zie je vaak bij CVA-cliënten?

Colette: Met wat voor doelen ik werk bedoel je?

Rozemarijn: Eerst nog even de problematiek van de cliënten?

Colette: Ik kreeg heel veel mensen met **stemmingsklachten**, **vermoeidheidsklachten**, **pijnklachten** ook wel, **verlamningsklachten**, **visuele klachten**, **concentratieklachten**. Verwerking als **rouwverwerking** en **verliesverwerking**. Mensen met **zingevingsvragen**. En natuurlijk ook met mensen met **afasie**, **moeite om gevoelens te kunnen uiten**.

Rozemarijn: Wat waren behandel doelstellingen waar je voor werd doorverwezen?

Colette: **Verbetering van stemming**, **vergroten van levenskwaliteit**, **hulp en begeleiding bij rouwverwerking**. Kreeg ook heel veel mensen die zich middels de kunstzinnige therapie **wilde uitdrukken**. **Het gevoel kunnen uiten**. Het gevoel hebben om mee te doen. Een stukje autonomie terug krijgen.

Rozemarijn: Is er ook van deze doelen een het belangrijkste, of die het meeste voorkwam?

Colette: **Het uiten van gevoel met afasieproblematiek natuurlijk**. En **rouw en stemming**.

Rozemarijn: Waren er ook behandel doelen waar doorverwijzers niet zo snel aan dachten maar waarvan jij denkt dat KT ook ingezet kan worden?

Colette: Ja, voor de **motoriek**. **Met vormtekenen**. **Het maken van nieuwe verbindingen in de hersenen**, **hersengymnastiek**. Daar dachten ze niet heel veel aan.

Rozemarijn: Was de motoriek dan ook echt het hoofd behandel doel voor de therapie?

Colette: **Nee, zelden**.

Rozemarijn: Dus meer dat het indirect wordt meegenomen?

Colette: Ja.

Rozemarijn: Werd je ook weleens doorverwezen voor iets waar je eigenlijk niets mee kon?

Colette: Pff. Ik heb de raarste vragen gehad. Tuintherapie. Mevrouw houdt van breien en bakken. **Ze dachten een kunstzinnig therapeut is van alle markten thuis**. Soms voelde ik me ook wel een beetje **het putje hoor, van de behandeldienst**. Zo van: we moeten iets met deze persoon, geen enkele **behandelaar lukt, dan maar kunstzinnige therapie proberen**.

Rozemarijn: Was dat soms dan ook om te kijken wat juist wel kan? Meer diagnostisch?

Colette: **Nee, meer een gebrek aan kennis. Wat ik nou wel kan en wat niet**.

Rozemarijn: Zie je dat op deze werkplek ook? Of is dat duidelijker?

Colette: Veel duidelijker. Een verpleeghuis is een grote logge organisatie waar iedereen veel meer verspreid op zijn eigen eilandje zit. Dit is een veel kleinere organisatie. Zowel in het verpleeghuis als hier zeggen ze: we werken multidisciplinair. Maar hier werken we echt multidisciplinair en zitten we met alle behandelaren in overleg. Alle behandelaren zijn hier goed op de hoogte dat er een beeldend therapeut is, ze zijn goed op de hoogte wat ik doe. Het is heel lastig. Dan heb je een klein parttime baantje, dan wil je dus zo veel mogelijk in de cliënten steken. Maar hoeveel moet je dan in de PR bij de collega's steken? Ik vond dat heel lastig. Ik wilde gewoon niet de helft van de tijd aan PR kwijt zijn. Maar daar was ook heel veel personeelwisselingen. Dan had ik net een arts zo ver, en dan liep het

allemaal op de afdeling. Dan kwam er weer een nieuwe arts en dan boem, weer vanaf nul beginnen. Dat is wel heel vermoeiend.

Rozemarijn: Hoe is het op deze plek duidelijk geworden voor de doorverwijzers wat kunstzinnige therapie is?

Colette: Lijntjes zijn veel korter. Ik zit bij alle overleggen. In het verpleeghuis werd ik op een gegeven moment uit alle overleggen geschrapt. Uiteindelijk ben ik ook helemaal geschrapt door reorganisatie. Je merkt dat de samenwerking met de collega's gewoon heel belangrijk is. De psychologe en de geestelijk verzorgen ging het altijd wel, want daar hebben we veel raakvlakken mee. Die weten dus beter wat je doet. Maar die ergotherapie en die fysiotherapie, dat is zo'n wereld van verschil. En dan probeer je die samenwerking aan te gaan maar druk, druk, druk, druk. Iedereen was helemaal tot aan hier overbelast. Dat was echt wel heel lastig. Om in zo'n grote organisatie machine bezig te zijn. Wat dan precies het verschil is? Ik merk dat de lijntjes veel korter zijn. Het is persoonlijker. En gewoon een heel leuk team. De arbeidssfeer, de werksfeer, de cultuur. Dat weet je nooit. In elk bedrijf is de cultuur anders. Ik ben gewoon heel erg blij met de bedrijf. Dat weet je nooit van te voren als je ergens gaat werken.

Rozemarijn: Nog even terug naar het verpleeghuis. Zijn er ook in het verpleeghuis met CVA doelen waarvan je zelf zegt dat je geen bijdrage met KT kan leveren? Naast het tuinieren en bakken, wat je net vertelde.

Colette: Of ik die ooit gekregen heb. Ja, naja, dingen als gewicht, slikproblemen. Dat gaat allemaal meer diëtik, logopedie, op het hele fysieke vlak.

Rozemarijn: Ben je bekend met deze doelen van de FVB?

Colette: Nee, maar ze kloppen wel. Ik zit even te kijken.

Rozemarijn: Ik wil eigenlijk elk doel af gaan, en dan per doel bekijken of jij deze doelstellingen herkent uit de therapie in het verpleeghuis met CVA cliënten. Het eerste doel: versterken van de autonomie, assertiviteit, zelfvertrouwen, zelfbeeld. Was dat een veelvoorkomend doel?

Colette: Ja. Een van de meest voorkomende. Daar koppel je ook gewoon het vergroten van levenskwaliteit aan.

Rozemarijn: En de tweede [reguleren en uiten van emoties, reguleren van impulsen en agressie]?

Colette: Ook wel. Minder. Er kwam natuurlijk wel agressie voor, maar dat was meer op de PG. Met CVA zie je wel ongeremdheid, in huilen of lachen, maar ik kreeg daar geen doorverwijzingen voor.

Rozemarijn: Dus dan meer op het reguleren en uiten van emoties, dan op het reguleren van impulsen en agressie?

Colette: Ja.

Rozemarijn: Gebruikte je dat doel vaak, het reguleren en uiten van emoties?

Colette: Het uiten van emoties ook een van de meeste.

Rozemarijn: Het leren voelen, bepalen, hanteren en aangeven van grenzen?

Colette: In het verpleeghuis niet zoveel.

Rozemarijn: Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven?

Colette: Ja, maar dat hoort ook een beetje bij het uiten van emoties. Koppel ik vaak daar aan.

Rozemarijn: Reguleren van spanning, reduceren van stress en het leren ontspannen?

Colette: Werkte ik ook aan. Maar dat was niet echt een hoofddoel hoor. Eigenlijk kreeg ik nooit te horen om een beetje te ontspannen. Het is wel een therapeutisch doel maar ik wilde er ook wel een beetje van af dat ze bij mij alleen kwamen om te ontspannen. Echt wel met therapie. Het verschil tussen activiteitenbegeleiding en kunstzinnige therapie moest heel duidelijk neergezet worden.

Rozemarijn: Is dat dan meer een indirect doel, die erbij komt?

Colette: Ja.

Rozemarijn: **Verbeteren van de lichaamsbeweging en het herkennen van lichaamssignalen?**

Colette: **Nee, dat is meer fysio. Of PMT, psychomotorische therapie.**

Rozemarijn: **Verwerken van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven?**

Colette: **Ja.** Dat kreeg ik ook wel.

Rozemarijn: *De laatste: verbeteren van de omgang met anderen en het verbeteren van het sociaal functioneren.*

Colette: Soms, ik gaf de Vruchten Van Het Leven als groepstherapie. Ik kreeg zelden iemand. Ja, zelden iemand, die kunnen niet goed met elkaar omgaan, kan jij met ze aan de slag? Ik heb misschien in die tien jaar, één keer de vraag gehad. Dan waren de afdelingen door elkaar gegooid en dat gaf opschudding. Kan jij therapie geven dat ze elkaar leren kennen en prettiger met elkaar kunnen omgaan? Omdat dat best wel pittige tantes waren.

Rozemarijn: *Als je alle doelstellingen bekijkt, welke zijn dan het belangrijkste met betrekking tot CVA?*

Colette: **Verwerking van verlies ervaring, uiten van emoties en versterken van het gevoelsleven.**

Dat is die combi [reguleren en uiten van emoties gecombineerd met contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven]. En het versterken van de autonomie. Zelfvertrouwen, zelfbeeld.

Rozemarijn: *Dan wil ik ook graag hier naar kijken. Ben je bekend met het model van de Positieve Gezondheid?*

Colette: Ik heb het volgens mij weleens gezien.

Rozemarijn: *Wil je hem dan eerst doornemen of zeg je we gaan het proberen?*

Colette: We gaan het proberen.

Rozemarijn: *Dit onderzoek wordt geplaatst in het kader van Positieve Gezondheid omdat WZH daar op overgaat. Eigenlijk wil ik elke pijler bekijken, of er een bijdrage van KT is en wat deze dan is, met betrekking op CVA. Om te beginnen bij lichaamsfuncties, zie je daar een bijdrage van KT?*

Colette: **Jawel.**

Rozemarijn: *In welke vorm?*

Colette: In **energie. Vitaliteit.** Valt daar onder.

Rozemarijn: *Hoe draagt KT daaraan bij?*

Colette: Naja, **oefeningen die het etherische lichaam natuurlijk aanspreken. Vormtekeningen**, dat soort dingen.

Rozemarijn: *Is de bijdrage van KT groot bij deze pijler?*

Colette: **Niet heel.** Tenminste niet in mijn opzicht.

Rozemarijn: *Mentaal welbevinden?*

Colette: **Ja, uiteraard.** Wij hadden ook lichamelijk, mentaal. Alle behandelaren waren in bepaalde onderdelen gedeeld. Kunstzinnige therapie viel dus ook onder mentaal welbevinden. **Daar scoren we dus heel hoog op.**

Rozemarijn: *Dus de bijdrage van KT bij mentaal welbevinden is groot?*

Colette: Ja.

Rozemarijn: *Kan je daar uitleg bij geven? Waarin zit die bijdrage?*

Colette: Met kunstzinnige therapie kan je natuurlijk heel erg op het **verwerkingsstuk** en **het mentale stuk**. Wat hier staat. **Emotionele toestand. Eigenwaarde, zelfrespect, autonomie.** **Zingeving** viel bij ons onder mentaal welbevinden.

Rozemarijn: *Is de zingeving pijler dan ook belangrijk?*

Colette: Hmhm.

Rozemarijn: *En als je kijkt naar de puntjes die bij zingeving staan? Zijn er dan aspecten die belangrijk zijn van deze pijler?*

Colette: **Zingeving, acceptatie.** Toekomst perspectief ervaren.. ik vind het lastig hoor. Mensen in het verpleeghuis, mensen die dan binnen komen zijn echt wel zo slecht er aan toe. Vaak is het ook wel een eindstation. Ik ging juist **eerder terugblikken**. In een verpleeghuis is het de laatste plek, ze gaan

niet meer terug naar huis.

Rozemarijn: Dus bij zingeving vooral de acceptatie?

Colette: Ja.

Rozemarijn: Kwaliteit van leven?

Colette: Ja, ook. Zeker.

Rozemarijn: Dus kwaliteit van leven is ook een grote bijdrage bij KT?

Colette: Ja. Alle puntjes eigenlijk.

Rozemarijn: Sociaal maatschappelijk participeren?

Colette: Ja. In het verpleeghuis mmm. Tuurlijk kan je wel wat bijdrage hoor.

Rozemarijn: Je vertelde net over de groep die je begeleidde, Vruchten van het Leven. Werd daar de bijdrage in de pijler in sociaal maatschappelijk participeren nog zichtbaar?

Colette: Het was niet het hoofddoel. Tuurlijk, in groepssetting heb je altijd onbewust groepsdoelen. Maar nee dat was meer voor de zingeving. Terugblikken op het geleefde leven. Dat weer ervaren, waardoor het leven toch weer zinvol werd. Het voorkomen van stemmingsproblematiek.

Rozemarijn: Kan ik dat dan zien dat sociaal maatschappelijk participeren meer een indirecte bijdrage heeft?

Colette: Ja.

Rozemarijn: Zou je ook zeggen dat de bijdrage dan minder is?

Colette: Kunstzinnige therapie.. ik heb ook VTS de cursus gedaan. Bij revalidatie zet ik bijvoorbeeld VTS in, maar ja.. is dat kunstzinnige therapie? Dat is de vraag. Het is niet beeldend werken. Maar daarmee werk ik wel met communicatie, inleven, wachten op elkaar, dat soort dingen. VTS heeft ook weer wat weg van fenomenologie, het zijn dezelfde soort vragen die je stelt, maar ik heb het in ieder geval niet zo op de opleiding gekregen.

Colette: Het dagelijks functioneren.. daar hield ik me niet zo veel mee bezig. ADL, nee. Lichaamsfuncties en dagelijks functioneren, daar scoor je wat lager op. Op deze drie [mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven].

Rozemarijn: Kwaliteit van leven, zingeving en mentaal welbevinden. Zijn dat de belangrijkste pijlers voor KT en CVA?

Colette: Ja.

Rozemarijn: En van deze drie, is daar ook nog eentje het belangrijkste van?

Colette: Grappig, ze hebben het nu in drie verdeeld. Maar bij mij viel het allemaal onder mentaal welbevinden. Nee, ik vind ze alle drie even belangrijk.

Rozemarijn: Dan wil ik vragen of je de doelen van de FVB die je net hebt genoemd als belangrijkste, of je die onder de pijlers van de Positieve Gezondheid wilt zetten.

De eerste, versterken van de autonomie, assertiviteit, zelfvertrouwen en zelfbeeld? Bij welke pijler vind je die het beste passen?

Colette: Mentaal welbevinden.

Rozemarijn: Reguleren en uiten van emoties, reguleren van impulsen en agressie? Maar je vertelde dat het reguleren van impulsen en agressie niet zo veel voorkwam, dus reguleren en uiten van emoties. Bij welke pijler past deze?

Colette: Nee, ik kreeg ze wel is hoor. Maar het was vooral meer bij de PG, dat soort vragen.

Ook onder mentaal welbevinden.

Rozemarijn: Contact maken en versterken van het eigen gevoelsleven?

Colette: Mentaal welbevinden.

Rozemarijn: Verwerking van verlieservaringen en ingrijpende veranderingen een plaats kunnen geven?

Colette: Zingeving door acceptatie. Ik zie nergens verwerking ofzo. Je zou denken mentaal welbevinden. Maar aangezien acceptatie bij zingeving staat...

Rozemarijn: Ze kunnen ook onder beide vallen?

Colette: Ja. Doe dat maar.

Rozemarijn: Zijn er nog aspecten die ik nog niet heb genoemd maar die wel belangrijk zijn voor het onderzoek?

Colette: Nee. Ik hoop dat jullie er wat mee kunnen en dat het overeenkomt met wat anderen ook vertelden.

Afsluiting

Bijlage 9: Interviews met medebehandelaren

Interview behandelaar binnen WZH, respondent 9

Naam en functie:

Thomas Ritter, fysiotherapie

Datum:

Woensdag 18 april 2019

Toestemming voor geluidsopname

ja

nee

Anonimiseren van de naam

ja

nee

Thomas Ritter werkt zes jaar binnen WoonZorgcentra Haaglanden en is gespecialiseerd als fysiotherapeut voor ouderen. Hij komt veel cliënten tegen die blijvend last hebben van de gevolgen van een CVA.

[Rozemarijn: korte introductie onderzoek]

Rozemarijn: Welke problematiek zie je vaak bij CVA-cliënten?

Thomas: Ten eerste **mobiliteitsproblemen**, dat is in het algemeen. Dat maakt dat mensen afhankelijk worden van de zorg. Daarnaast zien we **pijnklachten**, verschillende soorten pijnklachten. **Duizeligheid, vermoeidheid, depressie, stoornissen in het denkvermogen**. Dat is wel een beetje in grote lijnen wat ik vooral tegen kom.

Rozemarijn: Je geeft aan stoornissen in het denkvermogen, wat moet ik mij daarbij voorstellen?

Thomas: Alle functies in de hersenen kunnen aangedaan zijn. **Dat ligt er aan waar in de hersenen het CVA heeft plaatsgevonden. Het heeft te maken met de stoornissen van uitvoerende functies, begripsfuncties of geheugenfuncties.** Het is in de breedste zin van het woord. Het ligt er echt aan waar de CVA zit. De meest voorkomende CVA is eentje in de ACM: arterie cerebri media (*middelste hersenslagader*), daar zie je dan wel dat het bekende klachten zijn. De arterie posterior vaten (*achterste hersenslagader*) geven andere uitval.

Rozemarijn: Net noemde je ook depressie, dat is meer psychisch. Komt dat vaak voor en zijn er verder nog psychische gevolgen die je vaak ziet?

Thomas: Je ziet vaak dat **depressie een gevolg is van de uitzichtloosheid**. Ik heb een CVA gehad, ik ben slechter geworden en dit is het voor de rest van mijn leven. Daarnaast zie je nog wel wat mensen met klachten die voortkomen uit **psychosociale problemen**. Minder visite krijgen, van een druk leven naar een verpleeghuisleven. Dat is meer psychosociaal. Veranderingen van relaties. Kwaliteit van relaties veranderen door **communicatieproblemen**. **Persoonlijkheidsveranderingen** na een CVA die tot gevolg hebben dat de bekende omgeving de persoon niet meer als bekend herkent. Daarnaast ook **isolement**, mensen kunnen zich wel eenzaam voelen. Als ze bijvoorbeeld **visuele problemen** hebben waardoor ze niet goed meer kunnen zien of anders zien.

Rozemarijn: Met uitzichtloos, bedoel je dan een negatief toekomstbeeld?

Thomas: Ja dat klopt, eigenlijk zie je mensen blijven hangen in het waarom is het mij overkomen. Het verwerken van wat er gebeurd is tot het punt van een acceptatie. Acceptatie zou heel mooi zijn. Vaak zie je dat eigenlijk al, al is het maar een aanvaarding, dan zou dat ook al goed zijn. Het leven is niet geëindigd, alleen veranderd. Hoe ga je daar dan mee om. Wat kan je dan nog wel. Vaak zie je dat heel veel mensen beredeneren van wat kan ik niet meer in plaats van wat kan ik wel. Dit verschilt van persoon tot persoon. Maar ik merk dat het grootste gedeelte van de mensen de neiging hebben om in dit negatieve toekomstbeeld te blijven hangen in plaats van te kijken wat het mij nou eigenlijk leert. Zit er nog een levensles in? Dat zijn er maar een paar, die er echt nog actief naar kunnen kijken.

Rozemarijn: Als je aan CVA-cliënten denkt en aan KT, aan wat voor behandeldoelen denk je dan? Doorverwijsredenen?

Thomas: Allereerste is het **verwerken van wat er is gebeurd**. **Het acceptatie proces**. Het tweede is dat mensen **onzeker zijn** over het eigen kunnen. Dat ze tegen **gedachtenbeperkingen** aan lopen. In het kader van een eigen kracht in zichzelf vinden. Het **opdiepen van de eigen innerlijke kracht**. Dat zijn eigenlijk de twee omdat die bij mij bekend zijn vanwege de gesprekken met de KT 'er. **Het bewustzijn over andere indicaties dat is er nog niet. Er zullen er vast meer zijn maar die heb ik niet in mijn bewustzijn zitten.**

Rozemarijn: Daar is dit onderzoek gelukkig voor. Dus je zegt het verwerken, acceptatie en de eigen kracht terug vinden als mogelijke behandeldoelen, klopt dat?

Thomas: Ja, en de **ik-bekrachtiging**.

Rozemarijn: Zijn er ook doelen waarvoor kt niet ingezet kan worden?

Thomas: Zo heb ik er nog niet over nagedacht. Daar zou ik meer kennis over het vak moeten hebben, anders wordt het een beetje gissen.

Het doet mij voorkomen alsof KT'ers met name ingezet worden **bij perceptievraagstukken in jezelf**.

Vraagstukken over hoe ik naar mijzelf kijk en met dingen omgaan. Het **denken en de gevoelslaag**. Als ik kijk naar mijn eigen vak dan is het echt het oefenen an sich. Ik denk wel dat er altijd mooie combinaties mogelijk zijn. Dat er dan overlap is.

Net als we met de beleefboom [muurschildering in de fysioruimte] gedaan hebben. Een combinatie maken met het bewegen als oefening combineren met een stuk van iets beeldends, wat roept het bij je op. Wat aanleiding kan zijn hoe het met iemand gaat. Wat zie je dan eigenlijk in een tekening van een boom, wat valt er dan op? Voelt iemand zich inderdaad eenzaam als die benoemt dat de boom wel heel erg in zijn eentje staat daar? En als mensen die boom die daar in zijn eentje staat ervaren als een heerlijk rustige boom is dat een ander perspectief, dat zegt iets over iemand. Dat vind ik wel heel interessant en zo kunnen onze disciplines combinaties maken denk ik.

Rozemarijn: Dus als ik je zo hoor is KT vooral gericht op het innerlijke vraagstuk en het denken en voelen. Het handelen ligt meer bij jouw vakgebied. Klopt dat?

Thomas: Ja het **handelen an sich, het herstellen, in activiteiten. Het fysieke stuk moet je gewoon trainen**.

Maar er zit ook een groot stuk psyche achter. Daar is absoluut de combinatie [tussen kt en fysio] mogelijk. Alleen ben ik nog niet bewust wat voor combinaties. Waar grenst de gezondheidspsychologie die ik toe pas met de overlap met de kustzinnige therapie. Dat is het persoonlijke domein. De omgeving van de persoonsfactoren zijn bevorderend of belemmerend voor het herstel. Die persoonsfactoren kan ik gedeeltelijk mee werken, maar niet alles.

Binnen de fysiotherapie gebruiken we eigenlijk ICF: functies, activiteiten en participatie. Daarnaast hebben we ook de context, gesplitst in persoon en omgeving. Al die factoren probeer je te benoemen waardoor een beeld ontstaat, wat de actuele toestand is van iemand. Daarnaast kijk je naar een bepaalde persoonlijkheid of coping strategie of een attributie. Bepaalde manier van omgaan met steun die uit de omgeving komt, steun van de zorg, steun van de familie, sociale contacten, werkverleden, hobby's en interesses. Daar zit wel een heel stuk waar je samen [kt en fysio] goed kan kijken om een overlap te vinden. Als ik er zo over nadenk is dat wel een stukje interdisciplinair samenwerken. Dat zou een stuk zijn waar de ontmoeting tussen onze vakken plaats zou kunnen vinden.

Rozemarijn: Dit onderzoek wordt deels gemaakt om kunstzinnige therapie in het kader van Positieve Gezondheid in te delen. Dit wil ik graag met je doornemen. Ben je bekend met dit model?

Thomas: Ja! Er is geen verdere uitleg nodig.

*Rozemarijn: Dan wilde ik vragen om per pijler te kijken of en wat de bijdrage van kt kan zijn. Laten we beginnen met de **lichaamsfuncties**. Wat is de bijdrage van kt bij deze pijler?*

Thomas: Ik geloof heilig in de relatie tussen lichaam en bewustzijn. De psyche en het lichaam zijn verweven met elkaar, je kunt ze niet los zien. We zien ook veel psychosomatische klachten. **Mensen met chronische pijn hebben vaak last van negatieve coping of negatieve emoties, negatieve gedachten**. Die niet zo zeer een fysieke oorsprong hebben maar wel in het emotionele systeem zitten en dan fysieke uitingen krijgen.

Energie staat hier ook bij, ik denk dat je dit op twee manieren kan interpreteren. Als ze energie bedoelen in de zin van ik heb genoeg energie om te kunnen lopen ergens heen dan is dat anders dan wanneer je het hebt over een stuk innerlijke kracht en energie. Dat is voor mij echt wel wat anders. De eerste soort energie is voor mij echt het gevolg van cardiovasculaire belastbaarheid, spierkracht en dat soort dingen. Het tweede heeft echt te maken met hoe zit ik in mijn vel, maar dat is misschien meer iets bij kwaliteit van leven. **Dus dan neem ik aan dat de energie wordt bedoeld of ik genoeg energie heb ik mijn lijf om iets te doen, en dan vind ik KT minder passend dan wanneer het om innerlijke kracht gaat**.

*Rozemarijn: **Mentaal welbevinden?***

Thomas: **Ja, daar heeft KT zeker een grote bijdrage in**. Ik denk dat het cognitief functioneren door het gebruik maken van kunst dat dat goed is.

Rozemarijn: Waarom denk je dat?

Thomas: Je hebt hersenactiviteit. De manier waarop je dat stimuleert kan best wel invloed hebben op het cognitieve functioneren, welke verbindingen leg je? Wat spreek je nog aan? In welke maten laat je hersenhelften samen werken? Dat is allemaal hersenactivatie.

De emotionele toestand lijkt mij logisch dat KT daar veel aan kan bijdrage. Ik kan dat niet onderbouwen maar dat voelt meer intuïtief logisch. Net als eigenwaarde en zelfrespect, de ik-bekrachtiging dat is heel belangrijk, wat ik net ook al zei.

Het gevoel van controle hebben komt ook bij mij op, alleen weet ik niet waarom. Het zou best wel logisch zijn dat als je bezig bent met creative uiting, ben je bezig met dingen vanuit jezelf naar buiten te brengen. Dat geeft volgens mij altijd een gevoel van controle. Jij bepaalt namelijk hoe dat naar buiten komt en welke vorm dat krijgt.

Ik neem aan dat KT ook een effect heeft op je veerkracht, op je ruimte en je spankracht kunt gaan versterken door met kt bezig te zijn.

Rozemarijn: Zingeving?

Thomas: Ja, daar is KT erg belangrijk voor. We hadden het net al even over acceptatie, ik denk dat dat heel belangrijk is. Ik geloof dat je binnenwereld naar buiten brengen een soort feedbackloop geeft dat je kunt zien van; waar sta ik eigenlijk? Hoe sta ik er voor? Waar ben ik? Dat is volgens mij de eerste stap in acceptatie, zien waar je nu bent. Dat onder ogen zien. In het gezicht durven kijken waar je bent. Met alles wat er is, of het nou moeilijk is of makkelijk is. Volgens mij kan kt daar juist voor ingezet worden.

Rozemarijn: Kwaliteit van leven?

Thomas: Ja ik denk dat mensen die het sowieso fijn vinden om kunstzinnige bezig te zijn, dat die dan eerder door kt een kwaliteit van leven zullen ervaren. Mensen die heel wetenschappelijk analytisch zijn zullen we dat minder ervaren. Die zullen misschien ander soort therapie daarvoor willen gebruiken.

Rozemarijn: Bij de pijler van kwaliteit van leven zou KT meer gericht zijn voor mensen die affiniteit met kunstzinnig werken hebben, klopt dat?

Thomas: Dat is mijn eerste gevoel wel ja. Als ik dat beredeneer ligt dat aan het type mens dat meer analytisch wetenschappelijk is en als je kijkt naar het type mens dat meer vanuit zijn gevoel handelt, dan is KT heel erg geschikt.

Dat zegt dan niet dat het niet werkt voor de mensen die meer analytisch wetenschappelijk zijn ingesteld, ik denk juist dat je mensen heel lekker uit hun hoofd kan krijgen. Dus het moet maar net aansluiten, dat is eigenlijk het belangrijkste.

Rozemarijn: Dus aansluiting met KT zorgt voor een gevoel van kwaliteit van leven, zo?

Thomas: Ja, juist ja dat is de kern.

Rozemarijn: Sociaal maatschappelijk participeren?

Thomas: Wat we hier hebben gezien met mensen die stukjes schrijven in de nieuwsbrief over hun proces [kunstzinnige therapie], zichzelf daarmee laten zien: dit ben ik, dit heb ik gedaan en dit heb ik bereikt. Daardoor kan je ook een sociaal maatschappelijke rol innemen voor anderen. Deze persoon heeft dit meegemaakt, en dit heb ik ook meegemaakt. Dit kan dan heel inspirerend werken.

Rozemarijn: Levert dit daardoor dan ook contact op met medebewoners?

Thomas: Dat kan, het kan in ieder geval beweging opleveren bij andere mensen. En voor de persoon zelf betekent het ook dat het misschien wel een stuk betekenis geven aan het leven is. Wat voor rol heb ik nu nog in de maatschappij? Vaak zie je dat er in Nederland de neiging de ouderen niet zo'n hele positieve rol toe te bedelen. Dat is in andere culturen heel anders, waarbij mensen juist heel veel status hebben als je oud bent. In Nederland lijken de ouderen hun status te verliezen zodra je oud wordt. Dan tel je niet meer zo veel mee. Wordt er minder naar je geluisterd. Het gaat dan meer om het werken en het nieuwe gezin wat er is en de opa en oma mogen op komen draven als het nodig is. In plaats van dat ze een spil zijn in wijsheid. Dus misschien is het publiceren van zo'n stukje of het ophangen van een kunstzinnige werk weer een nieuwe rol die je weer inneemt. Het is wel nuttig en ik voel mij dan meer gewaardeerd om wat ik inbreng.

Rozemarijn: Kan ik dat dan opvatten als het gevoel er toe te doen?

Thomas: Ja, nuttig zijn. Er toe doen is misschien beter inderdaad, wat netter.

Rozemarijn: De laatste pijler, dagelijks functioneren?

Thomas: Ik denk wel dat kt hierbij ook kan bijdrage, maar wel meer indirect. Ik vermoed dat als mensen met het hanteren van de materialen die jullie gebruiken en ze zijn gefocust op wat ze doen zijn dan leidt de aandacht vaak af van wat ze dachten niet meer te kunnen. Dan zie je vaak dat ze best wel nog veel dingen toch wel kunnen. De hersenen kunnen dan ineens gebruik maken van een ander loopje, een andere corticale netwerk waardoor er ineens een beweging uitkomt die eigenlijk niet meer kon. Gewoon om dat die hersenen een omweggetje gebruiken omdat je een ander proces gebruikt. Dat zie je ook vaak met mensen die moeite hebben met praten na een afasie, die kunnen wel zingen. Mensen die hun arm niet kunnen bewegen, dan zie je soms dat als ze ineens iets moeten pakken dat het dan wel lukt. Dat vind ik wel een heel mooi fenomeen. Dus ik kan mij voorstellen dat als je bezig bent met het doen, dat het stimuleert voor je ledematen en je hersenen. Dat je meer kan dan je had gedacht.

Rozemarijn: We hebben nu alle pijlers doorgenomen. Het dagelijks functioneren is meer indirect, dus ik kan me voorstellen dat het een bijdrage heeft maar geen noodzakelijke bijdrage.

Thomas: Nou, indirect zegt voor mij niks over de belangrijkheid op het effect in je dagelijks leven. Volgens mij als je indirect een effect hebt, kan het wel degelijk een groot verschil uitmaken. Als mensen zich dan gaan realiseren dat ze meer kunnen dan gedacht dan wordt ineens de wereld wat groter. Dat is eigenlijk ontzettend belangrijk. Soms zie je toch bij de fysiotherapie dat juist de setting de belemmering is. Dat als je er niet over nadenkt dat het dan wel ineens lukt. Ik vind het brein echt heel mooi, een mooi systeem. Het is veel groter dan wat er alleen maar in je schedel zit. Het hele zenuwstelsel is echt iets heel anders dan alleen maar zenuwen. Er zit echt veel meer in nog.

Rozemarijn: Als je 3 pijlers kiest waarvan kt de belangrijkste bijdrage heeft, welke kies je dan?

Thomas: Op dit moment zou ik zeggen kwaliteit van leven, mentaal welbevinden en zingeving. Dat zouden mijn eerste drie zijn.

Rozemarijn: Dus de drie pijlers die zich het meeste richten op het psychische vlak, hoe mensen zich voelen?

Thomas: Ja dat is wel heel belangrijk denk ik voor kt. En als ik een vierde zou mogen toevoegen zou dat echt sociaal maatschappelijk participeren zijn. Vanwege het effect wat het presenteren van jezelf, of het werkstuk, kan bijdragen.

Rozemarijn: Zijn er nog aspecten die ik nog niet genoemd heb en wel relevant zijn?

Thomas: Het is meer een opmerking in het algemeen maar ik ben wel heel nieuwsgierig omdat we weten vanuit de psychologie en de neurowetenschappen dat de hersenen, het denken, het voelen en het lichaam allemaal verbonden zijn met elkaar. Je kan dit niet lostrekken. En in onze hedendaagse tijd zie je dat het bio psychosociale model gehanteerd wordt. Het is een mooie evolutie stap, maar ik denk dat we een volgende stap moeten maken. We erkennen dat het samenhangt en bij elkaar hoort, maar ik vind eigenlijk dat je meer mag gaan neigen naar wat is holisme. Is dat dan hetzelfde als bio psychosociaal? Of betekend dat dat je nog een extra dementie er aan toe voegt? Ik denk dat daar vanuit jullie vakgebied heel veel informatie zou kunnen komen. Juist over dat hele ontastbare moeilijk te meten innerlijk van de mens. Dit zit verweven in al je handelen en alles wat je doet. Dat is mijn punt nog, ik ben daar geïnteresseerd in en ik voel in mijzelf als mens dat het zo'n grote invloed heeft op je doen en laten.

Afsluiting

Interview met behandelaar binnen WZH, respondent 10

Naam en functie: **Egbert Worms**, psycholoog
Datum: Dinsdag 23 april 2019

Toestemming voor geluidsopname	ja	nee
Anonimiseren van de naam	ja	nee

Egbert Worms werkt al bijna vier jaar binnen WoonZorgcentra Haaglanden Het Anker als psycholoog. Binnen het Anker heeft het grootste deel van de bewoners te maken gehad met een CVA.

[Rozemarijn: korte introductie onderzoek]

Rozemarijn: Welke problematiek zie je vaak bij CVA-cliënten?

Egbert: Het meest in het oog springende vind ik de **cognitieve problematiek**, dus **geheugenproblemen**, **concentratieproblemen**, **problemen in de impulsbeheersing**. Daarnaast ook wel **stemmingsproblemen**.

Rozemarijn: Wat voor soort stemmingsproblemen?

Egbert: Wel meer **angst** eigenlijk, en **somberheid**.

Rozemarijn: Wijs je wel eens cliënten door naar kunstzinnige therapie?

Egbert: Ja, dat doe ik. Laatst nog een mevrouw die hier woont, waarbij ik heb gezegd dat zij meer baat zou hebben bij beeldende therapie en niet zo zeer bij echte gesprekstherapie zoals ik die kan geven. Ik heb wel regelmatig doorverwezen naar kunstzinnige therapie bedenk ik mij nu.

Rozemarijn: Hoe maak je de keuze om kunstzinnige therapie te kiezen? Is dat in plaats van de gesprekstherapie die jij geeft?

Egbert: Het hoeft elkaar niet per se uit te sluiten, het kan ook wel naast elkaar bestaan. **Wat ik vooral belangrijk vind is als ik echt de keuze moet maken tussen of of, hangt helemaal af van hoe goed iemand verbaal is.** Begrijpt hij of zij wat ik zeg, kan hij of zij een doel formuleren en een gesprek voeren. Als dat kan dan kan ik ook met die persoon aan de slag. **Als de verbale vermogens dermate aangetast zijn dat een gesprek voeren – al is het vanwege begrip of taalproductie – onvoldoende is. Dan kan iemand misschien meer gebaat zijn bij de meer beeldende vorm, van kunstzinnige therapie.** Tuurlijk zijn er ook kunstzinnige therapie trajecten mogelijk die ook heel veel doen bij mensen met verbale vermogens. **Maar ik denk dat KT'ers, meer dan in ieder geval ik ze heb als psycholoog, ook veel meer kunnen doen met het non-verbale, zoals het visuele, het voelen en zien.**

Rozemarijn: Voor welke behandeldoelen wijs je door naar kunstzinnige therapie?

Egbert: Voornamelijk voor **stemming**. Proberen hun **stemming te verbeteren**, mensen **succeservaringen gunnen**. Voornamelijk het verbeteren van de stemming.

Rozemarijn: Het verbeteren van de stemming, is dat ook het doel wat je aangeeft bij de doorverwijzing? Of specifieker?

Egbert: Meestal gaat het om **somberheidsklachten**, dan kijk je naar een **depressie**. Ik specificeer dat vaak wel. Ik zeg vaak wel dat het gaat om somberheidsklachten bijvoorbeeld. Dat is hoe specifiek ik het maak.

Rozemarijn: Je vertelt over de stemming verbeteren en succeservaringen, komen er daarnaast ook andere behandeldoel voor?

Egbert: **succeservaringen** is wat meer ego-versterkend en het zelfvertrouwen opbouwen. **Zelfvertrouwen opbouwen** kan ook een behandeldoel zijn. Misschien ook **verminderen van stress en angstklachten**. Het zou ook iets kunnen zijn in de zin van **rouw** of iets van **verwerkingsproblematiek**. Iemand moet natuurlijk in zekere zin verwerken dat hij of zij niet meer het leven zou kunnen gaan leiden wat hij voor het CVA in zijn hoofd had. Hij moet gaan verwerken dat hij of zij niet meer thuis kan wonen of niet meer thuis zal gaan wonen. Dat zijn ook behandeldoelen waar ik KT ook in zou kunnen zetten.

Rozemarijn: Wat je vertelde over rouwverwerking en verwerkingsproblematiek, zou je dat ook acceptatie kunnen noemen?

Egbert: Ja dat zijn twee zijden van dezelfde munt. Iemand kan natuurlijk rouwen om het leven wat hij of zij niet meer zou kunnen hebben. Aan de andere kant is het ook altijd het accepteren van de situatie zoals het nu is.

Rozemarijn: Zijn er ook doelen waar kunstzinnige therapie niet voor ingezet kan worden?

Egbert: Het eerste waar ik dan aan denk is **persoonlijkheidsproblematiek**. Stel je zou een keertje iemand kunnen behandelen met een ontzettende persoonlijkheidsstoornis. Die persoon zou dan leerbaar moeten zijn en je zou daar mee een behandeltraject in kunnen gaan met als doel de **persoonlijkheidsproblematiek aan te pakken**, **dan weet ik niet zo goed wat KT daar kan doen**. Het is niet per definitie ongeschikt maar ik weet niet zo goed hoe dat dan daarin zou moeten passen.

Rozemarijn: Niet alle CVA-cliënten zijn geschikt voor KT, door de persoonlijkheid en wat hij of zij leuk vindt. Zijn er nog aspecten die tegen werken als je aan KT denkt?

Egbert: Ik check altijd bij de persoon zelf waar die bij gebaat is. **Ik zou sneller verwijzen als ik weet dat iemand vroeger al van tekenen of schilderen hield**. **Als hij of zij helemaal niks met kunst of cultuur heeft zou ik daar wel langer over**. Ik denk te weten dat kunstzinnige therapie meer dan **alleen tekenen en schilderen is**. Het kan natuurlijk ook dat je samen poëzie maakt, toch? Of wat je collega met iemand gedaan heeft, een verhaal maken. Dat is prachtig.

Rozemarijn: Dan wil ik graag even kijken naar het model van de Positieve Gezondheid. Ben je hier bekend mee?

Egbert: Nee, eigenlijk niet. Ik heb dit wel eens gehoord maar wat het precies inhoudt zou ik nog niet kunnen zeggen.

[Korte uitleg over het model]

Rozemarijn: Ik wil graag alle pijlers af gaan, om te kijken waar jij KT bij vindt passen en waar niet. Laten we beginnen met de **lichaamsfuncties**?

Egbert: Ik vind het niet zo'n verhaal van wel of niet, eerder van meer of minder. Als ik we dan kijken naar lichaamsfuncties, **zou ik denken iets minder**.

Mentaal welbevinden wel veel **meer**. **Zingeving** en **kwaliteit van leven** beiden **veel meer**. **Als ik kijk naar lekker in je vel zitten, genieten**. Ik denk dat veel mensen die KT hebben er echt wel van genieten van het gene wat ze doen. Ze kunnen er echt trots op zijn, dat is weer een stukje geluk beleven en **welbevinden**.

Sociaal maatschappelijk participeren dat is in het verpleeghuis misschien wat **minder**. **Per definitie ben je wat minder sociaal en participeer je minder**. Je draait wat minder mee in de wereld doordat je in een verpleeghuis zit.

Het dagelijks functioneren is ook wat **minder** denk ik.

Als je je situatie accepteert en je emotionele toestand is goed, dan functioneer je beter, je hebt dan minder pijnklachten.

Rozemarijn: Bedoel je dan dat kunstzinnige therapie dan meer indirect doorwerkt?

Egbert: Juist! **Minder direct, het is zeker dat het dan wel werkt**. Bij **mentaal welbevinden**, **zingeving** en **kwaliteit van leven** is de bijdrage van kt wat **meer** denk ik dan bij de andere pijlers.

Rozemarijn: Dus deze drie pijlers [mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven] zijn de belangrijkste pijlers voor KT?

Egbert: Waar KT direct aan kan bijdragen ja. Dat denk ik wel. Daarna komt de **sociaal maatschappelijk** en de gedeelde onderste plek de **lichaamsfuncties** en **dagelijks functioneren**.

Rozemarijn: zijn er nog aspecten die ik nog niet genoemd heb die wel belangrijk zijn?

Egbert: Het schoot mij te binnen of je KT zou kunnen gebruiken met cognitieve problemen, of je daar iets mee zou kunnen doen. Ik kan me wel zo voorstellen dat het misschien kan helpen in een soort van acceptatie of een geheugensteuntje leert tekenen. Ik ga gewoon even heel vrij associëren maar je tekent bijvoorbeeld een soort van wegenkaart van iemand z'n oude dorp, dat is dan nu de route in het verpleeghuis. Dat hij of zij op die manier metalliseert hoe hij of zij naar de eetzaal zou kunnen. Of wat hij niet meer moet vergeten voor hij de deur uit gaat.

Wat KT een beetje tegen zich heeft is dat je in het begin niet goed weet wat nou wel en wat nou niet kan. Het is zo breed en veel mogelijkheden. Je kan zoveel mogelijkheden in gaan als je maar wilt. Je kan met KT alle kanten mee op. **Dat draagt ook bij aan de vraag waar je KT nou echt voor kan gebruiken**.

Dat soort dingen zou ik niet weten of daar KT ook ingezet voor kan worden dus ik ben blij met dit onderzoek.

Afsluiting

Interview met behandelaar binnen WZH, respondent 11

Naam en functie:

Marieke Kuijt - Varkevisser, psycholoog

Datum:

Dinsdag 14 mei 2019

Toestemming voor geluidsopname

ja

nee

Anonimiseren van de naam

ja

nee

Marieke Kuijt-Varkevisser werkt nu zeven jaar voor WZH als psycholoog. Zij krijgt op verschillende locaties binnen WZH te maken met CVA-cliënten.

[Rozemarijn: korte introductie onderzoek]

Rozemarijn: Welke problematiek zie je vaak bij CVA-cliënten?

Marieke: In principe zie ik **cognitieve problemen**, **stemmingsproblemen**, **gedragsproblemen**. Dat zijn eigenlijk de belangrijkste problematiek waar ik mee te maken krijg.

Rozemarijn: Kan je een voorbeeld geven van de gedragsproblemen?

Marieke: Dat kan van alles zijn. Dat kan **agressief gedrag** zijn, kan **ontremming** zijn, op wat voor gebied dan ook. Ik heb een keertje een dame gehad die voortdurend aan het roepen was of op de alarmering aan het drukken was. Soms **decorumverlies**, dat kan van alles zijn.

Rozemarijn: Wanneer verwijst jij door naar een kunstzinnig therapeut?

Marieke: Ik verwijst door op het moment dat ik een **stemmingsprobleem** zie, een **aanpassingsprobleem** zie. Voor **rouwverwerking**, ook als mensen **heel veel spanning hebben of rusteloos zijn**. Dat zijn denk ik de belangrijkste dingen als ik het zo snel noem. Ook wel op het moment als ik merk dat het **zelfbeeld erg is aangetast**. Dat je eigenlijk wilt dat iemand weer **positiever over zichzelf denkt**, **meer voldoening** kan gaan ervaren, een **succeservaring** kan hebben. Ik denk dat dat voor nu de belangrijkste doelen zijn wanneer ik een kunstzinnig therapeut doorverwijs.

Rozemarijn: Is er van deze doelen ook één het belangrijkste?

Marieke: Ik denk dat ik het meeste eraan denk bij **stemmingsproblematiek** en ik kijk vaak ook of, hoewel het makkelijk naast elkaar kan bestaan, **soms zijn er mensen die helemaal niet gewend zijn om te praten over problemen**. Die dat niet prettig vinden. Dat is voor mij een reden dat ik denk wat sluit er dan wel aan? In principe kan het ook naast elkaar bestaan maar dat is voor mij ook een reden **om door te verwijzen**. Om wat voor reden dan ook iemand praten niet fijn vindt of dat iemand niet gelooft in een psycholoog. Ik vind namelijk ook dat je moet aansluiten bij wat iemand zelf denkt wat kan helpen. **Misschien als iemand wat minder gebaat is bij een psycholoog en meer misschien bij op een creatieve manier bezig zijn**.

Rozemarijn: Bij wat voor soort cliënten verwijst je juist niet naar kunstzinnige therapie?

Marieke: **Mensen waarbij ik het voorstel en die zeggen dat ze het niet zien zitten**. Ik had laatst nog iemand die geen prater was dus ook geen behoefte had aan de psycholoog. Daar hebben we het uitgebreid over gehad en toen heb ik verteld dat er ook kunstzinnig therapeuten zijn. **Ik heb het toen geprobeerd om een beetje in eigen woorden uit te leggen** maar toen zei ze gelijk 'ooh nee, daar doe je me echt geen plezier mee'. Dus ik bespreek het altijd met mensen. En als men twijfelachtig is dan zeg ik ook gewoon eerlijk dat de kunstzinnig therapeuten **beter kunnen uitleggen wat het inhoudt**, voel het aan en dan kan je altijd nog beslissen of het wel of niet bij je past.

Rozemarijn: Een specifieke vraag, maar stel als iemand vroeger al veel heeft geschilderd, zou je dan sneller doorverwijzen?

Marieke: **Wel sneller, dan denk ik er eerder aan**. **Ik denk er gewoon niet altijd aan**. Als ik hoor dat iemand creatief is, denk ik wel dat dat ook een mooie ingang kan zijn. Maar tegelijkertijd ben ik ook **wel bewust dat je niet wilt dat het een confrontatie wordt met wat iemand allemaal niet meer kan**. Ik geloof er ook wel in dat jullie goed kunnen inschatten of het helpt of dat er een andere vorm is. **Maar je weet wel dat er een aansluiting is bij wat iemands interesse is**. Misschien heeft het altijd wel een therapeutische werking voor iemand gehad. Dus ik denk er eerder aan.

Rozemarijn: Zijn er ook behandeldoelen waar je kunstzinnige therapie niet voor kan inzetten?

Marieke: Ik zou niet direct iets uitsluiten. Er schiet mij niet direct iets binnen waar het niet bij past. Misschien omdat ik wel vaak bij specifieke doelen er wel aan denk. Vaak bij **stemming**, **angstig**, **rusteloosheid**, misschien heb ik ook nog niet out of the box gedacht waardoor ik die beperkingen nog

niet heb ontdekt.

Ik zit nog even te denken aan een **psychotische stoornis** maar daar kan ik me voorstellen dat je daar ook misschien wel iets mee kan.. waarom zou het eigenlijk dan daar uitgesloten zijn, dat denk ik eigenlijk ook niet. Maar dat is het eerste wat mij even te binnen schoot.

Rozemarijn: Heb je het gevoel dat je genoeg informatie hebt over kunstzinnige therapie om door te verwijzen?

Marieke: Ik heb wel helemaal in het begin van Rutger en Chrissy [(voormalig)kunstzinnig therapeuten binnen WZH] een bestand gekregen waar ook **eventuele doelen instonden**, dat had ik nog wel een beetje in mijn hoofd. De **stemming verbeteren**, **rust ervaren**. Dat heeft mij toen wel geholpen bij waar ik aan kan denken.

Rozemarijn: Dit model [Positieve Gezondheid] wordt opgenomen in het verbeterplan van de CVA zorg, daarom moeten de doelen van kunstzinnige therapie eronder geschaald worden. Ik wilde vragen of we elke pijler af kunnen gaan en bekijken of en wat de bijdrage van kunstzinnige therapie is. Laten we beginnen bij de lichaamsfuncties.

Marieke: Ik kan me ook wel een **indirecte invloed voorstellen**. **Dat je een van de andere pijlers verbeterd dat je dan weer invloed kan hebben op.** **Maar qua direct doel denk ik wel aan pijn.** Bij chronische pijn kan ik me daar als onderdeel van een behandeling wel iets bij voorstellen. Als je het meer hebt over **coping**, hoe je er mee omgaat, wat helpt wel en wat helpt niet. Wat maakt dat iemand er meer of minder last van heeft? Daarin kan ik wel iets voorstellen.

Als ik zo het rijtje doorga denk ik ook wel aan **energie**, maar misschien iets meer indirect. **Als je de emotionele toestand verbeterd bijvoorbeeld, dat mensen meer energie gaan ervaren.** Die zie ik dan meer **indirect**.

Rozemarijn: Mentaal welbevinden?

Marieke: Bij de eerste [cognitief functioneren] kan ik mij wel voorstellen als het gaat om aandacht dat je daar met kunstzinnige therapie aan kan werken om **meer te leren focussen**. Dat is de eerste waar ik dan aan denk.

Ik denk dat **emotionele toestand** op zich wel vanzelfsprekend is. **Eigenwaarde**, gewoon wat **meer voldoening** maar ook **succesmomenten ervaren**.

Gevoel van **controle en eigen regie**, dan denk ik weer meer aan een **indirecte invloed**. Dat je je beter over jezelf voelt. Dat je dus ook op andere vlakken beter kan functioneren. Dat kan ik me hierbij ook nog wel voorstellen. Zelf iets bereiken, iets neerzetten, iets opstellen, iets vanuit het niets creëren, ik denk niet echt dat het daar onder valt maar daar kan wel enig gevoel van controle of nog iets betekenen met zich meebrengen. Daar moet ik aan denken als ik de link naar kunstzinnige therapie leg.

Veerkracht, denk ik dat dat ook een therapeutisch effect is, kracht uit jezelf halen, om te gaan met de problemen die er dan zijn. **Daar zie ik echt wel een duidelijke link met kunstzinnige therapie.**

Rozemarijn: Zou je dan kunnen zeggen dat mentaal welbevinden meer een directe pijler is?

Marieke: **Ja, zoals ik er zelf naar kijk denk ik direct.** Maar dat is hoe ik er naar kijk.

Rozemarijn: Zingeving?

Marieke: **Ja. Dat vind ik op alle gebieden die genoemd worden.** Daar zie ik een duidelijke link met de kunstzinnige therapie.

Rozemarijn: Kwaliteit van leven?

Marieke: **Ja, ook duidelijk.** Ervaren gezondheid.. dat is op z'n minst al een indirecte invloed. Als je je beter voelt, dat je fitter en gezonder wordt. Dus ik zie deze ook wel duidelijk.

Rozemarijn: Sociaal maatschappelijk participeren?

Marieke: Ik denk sowieso al dat je een bepaalde werkvorm gebruikt, maar de relatie die je met **iemand opbouwt ontzettend belangrijk is in het hele proces**. Dat stukje weegt zwaar mee. **Ik denk wel dat het ook kan helpen dat als iemand niet echt een prater is, dat als je creatief bezig bent door kunstzinnig therapie dat iemand dan toch makkelijker woorden kan geven aan wat er van binnen gebeurt**, dat het een gesprek op gang brengt. Misschien niet alleen binnen de therapie, maar ook met andere mensen die om je heen staan. Dat is misschien ook meer als iemand zich beter voelt over zichzelf dat je dan meer open staat voor je verdere omgeving.

Rozemarijn: En de laatste pijler, dagelijks functioneren?

Marieke: Ja, hoe ik er naar kijk zie ik daar vooral weer een indirecte invloed.

Rozemarijn: Hoe heeft kunstzinnige therapie hier een indirecte invloed op?

Marieke: Op het moment dat je je mentaal welbevinden verbeterd, je voelt je beter over jezelf, je hebt meer zelfwaardering, meer zelfvertrouwen, dat is ook van invloed op je dagelijks functioneren in positieve zin.

Rozemarijn: Als je naar heel het model kijkt, welke pijlers zijn dan het meest belangrijk voor kunstzinnige therapie?

Marieke: Dat zit 'm in deze hoek voor mij [mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven].

Rozemarijn: Zijn er nog belangrijke aspecten die ik nog niet heb gevraagd maar wel van belang zijn voor het onderzoek?

Marieke: Er schiet me niet direct iets te binnen.

Afsluiting

Interview met behandelaar binnen WZH, respondent 12

Naam en functie: **Bistra Veleva**, arts (SOG)

Datum: Maandag 27 april 2019

Toestemming voor geluidsopname ja nee **n.v.t.***

Anonimiseren van de naam ja **nee**

* Wegens tijdsproblemen is dit interview schriftelijk afgenomen

Bistra Veleva werkt nu vijf jaar voor WZH als specialist ouderengeneeskunde. Ze komt veel in aanraking met CVA-cliënten.

[korte introductie onderzoek]

Welke problematiek zie je vaak bij CVA-cliënten?

Bistra: **Pijn, spasticiteit, stoornissen in de motoriek en sensibiteit, loopstoornissen, cognitieve stoornissen, afasie, hemianopsie, neglect.**

Wanneer verwijst u door naar een kunstzinnig therapeut?

Bistra: **Bij alle bovenstaande problematiek. Als de bewoners zich lichamelijk beperkt voelen, kunnen ze door de kunstzinnige therapie hun innerlijke kracht opzoeken en de grenzeloosheid van hun ziel voelen.**

Voor welke behandeldoelen verwijst u CVA-cliënten naar kunstzinnige therapie beeldend?

Bistra: **Ontspanning, communicatie verbeteren, stemmingsstoornissen, coping-problematiek.**

Wat is het belangrijkste doel waarbij kunstzinnige therapie ingezet kan worden bij CVA-cliënten?

Bistra: **Innerlijke kracht en creativiteit ontwikkelen. Het gevoel geven dat iemand nog veel meer kan ondanks de lichamelijke beperkingen. Leren genieten, leren voelen en harmonie vinden.**

Voor welke behandeldoelen kan kunstzinnige therapie volgens u niet ingezet worden?

Bistra: Om **mensen te veranderen**, of als mensen in **bepaalde patronen denken**.

Heeft u het gevoel dat u genoeg informatie heeft over kunstzinnige therapie om te kunnen doorverwijzen?

Bistra: Ja.

Wat is de bijdrage van kunstzinnige therapie per pijler van het model Positieve Gezondheid?

Bistra: **Lichaamsfuncties: ontspanning bieden, energie geven.**

Mentaal welbevinden: ervaren, genieten, voelen en het brengen van veerkracht.

Zingeving: zich waardevol voelen.

Kwaliteit van leven: acceptatie, adaptie en nieuwe aspecten van het leven ontdekken.

Sociaal maatschappelijk participeren: het beter leren uiten van zichzelf naar de anderen toe.

Dagelijks functioneren: al het bovenstaande heeft hier werking op.

Wat zijn de belangrijkste pijlers voor KT en CVA?

Bistra: **Leren ontdekken wat iemand nog allemaal kan: kwaliteit van leven en zingeving. Gevoel van zelfwaarde creëren: mentaal welbevinden.**

Zijn er nog belangrijke aspecten die nog niet genoemd zijn maar wel relevant zijn voor het onderzoek?

Bistra: Nee.