

(BE)LEEF IN DE WIJK: VAKTHERAPIE ALS INTEGRAAL ONDERDEEL VAN HET AMBULANTE (FACT-LVB) BEHANDELTEAM

Marij Berghs ¹
Manon Verdonschot ²
Barbara Krantz ³
Martine Bootsma ⁴
Xavier Moonen ⁵
Susan van Hooren ⁶

*Vaktherapie maakt deel uit van het behandel-
aanbod voor mensen met een licht verstande-
lijke beperking (LVB) binnen de gespecialiseer-
de GGZ-instellingen. In de praktijk valt op dat
mensen met een LVB en bijkomende proble-
matiek binnen hun eigen leefomgeving nauwe-
lijks beroep kunnen doen op vaktherapie. Om
vaktherapie toegankelijker te maken in de eigen
leefomgeving werd een kader voor samenwer-
king met ambulante behandelteams ontwikkeld
en in een pilot onderzocht. In onderstaand ar-
tikel wordt ingegaan op de werkwijze van sa-
menwerking en hoe deze van invloed was op
de vaktherapeutische behandeling voor de cli-
ent, de indicatiestelling en op de keuze voor de
locatie om behandeling aan te bieden.*

Inleiding

Voor behandeling op het gebied van lichaams-
beleving, intra- en interpersoonlijke problema-
tiek kunnen mensen met een licht verstande-
lijke beperking (LVB) terecht bij vaktherapie.
Vaktherapie maakt deel uit van het behan-
delaanbod binnen een groot aantal specia-
listische GGZ-instellingen voor cliënten met
een LVB. Dit aanbod wordt veelal intramuraal
aangezet. Door transities in de GGZ wordt
ondersteuning en behandeling echter steeds
meer thuis of in de leefomgeving van de cliënt
aangeboden. Of en hoe vaktherapeuten hier-
in kunnen bijdragen werd van januari 2015 tot
maart 2017 onderzocht vanuit een consortium
van Zuyd Hogeschool, Hogeschool Arnhem en
Nijmegen, Stenden Hogeschool, Trimbos-in-
stituut en de praktijkinstellingen Koraal Groep,
STEVIG en Idris, gesubsidieerd door Nationaal

¹ Marij Berghs is geregistreerd dramatherapeut (MDTh) en zodanig werkzaam binnen Kentalis en als docent dramatherapie werkzaam bij Zuyd Hogeschool. Zij is als onderzoeker verbonden aan dit project.

² Manon Verdonschot is onderzoeker binnen het landelijk lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën. Zij is als projectleider verbonden aan dit project '(Be)leef in de wijk'. Correspondentie: manon.verdonschot@zuyd.nl

³ Barbara Krantz is geregistreerd muziektherapeut (MA) en docent aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Ze is als onderzoeker verbonden aan dit project.

⁴ Martine Bootsma is pedagoog en docent-onderzoeker aan de opleiding Vaktherapie van Stenden Hogeschool. Ze werkt als onderzoeker bij FPC. Dr. S van Mesdag. Zij is als onderzoeker verbonden aan dit project.

⁵ Prof. dr. Xavier Moonen is orthopedagoog en GZ-psycholoog. Hij is beleidsadviseur bij Koraal Support, onderdeel van Koraal Groep. Hij is bijzonder hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam en bijzonder Lector aan de Zuyd Hogeschool, Heerlen.

⁶ Prof. dr. Susan van Hooren is bijzonder hoogleraar Vaktherapie bij de Open Universiteit en Lector Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK). Ze leidt de Coöperatie KenVak (<http://www.kenvak.nl>), het landelijke kennisnetwerk van vaktherapie waar vijf hogescholen aan participeren: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Hogeschool Utrecht, Hogeschool Leiden, Stenden Hogeschool en Zuyd Hogeschool. Susan is tevens hoofdopleider van de landelijke Master of Arts Therapies.

Regieorgaan Praktijkgericht Onderzoek SIA.

Vaktherapie

Vaktherapie is een ervaringsgerichte behandelvorm aan mensen met lichamelijke, verstandelijke, psychische, psychosociale en/of psychiatrische problematiek. Binnen de vaktherapeutische behandelingen worden kunstvormen en -technieken (beeldend vormen, dans, drama en muziek), spel, bewegen en lichamelijke methodisch ingezet. Overkoepelend is dat de problematiek van de cliënt zichtbaar wordt in het handelen, daaruit voortkomende emoties, gedachten en gedrag zijn direct te koppelen aan ervaringen in het dagelijks leven. Tijdens de vaktherapeutische behandeling kunnen cliënten nieuwe ervaringen opdoen, experimenteren met alternatief gedrag en nieuwe inzichten verwerven (Smeijsters, 2008). Vanwege de handelings- en ervaringsgerichte werkwijze wordt vaktherapie als een waardevolle aanvulling gezien op behandelvormen met een meer verbale insteek voor mensen met een LVB (Van Hooren et al., 2016; Neijmeijer et al., 2010). Vaktherapie kan voor meerdere doeleinden worden geïndiceerd: affect- en emotieregulatie, traumaverwerking, versterking van het zelfbeeld, bevorderen van assertiviteit en sociale vaardigheden of voor een meer adequate gevoels- en lichaamsbeleving (Aerts et al., 2011; Van Hooren et al., 2016). Deze meerwaarde wordt in de praktijk gezien binnen de behandeling van mensen met een LVB en ernstige psychiatrische en/of gedragsproblematiek in gespecialiseerde GGZ-instellingen. Een groot deel van deze cliënten krijgt ervaringsgerichte behandelinterventies aangeboden, waaronder vaktherapie (Didden et al., 2016). Onderzoek naar de effectiviteit van vaktherapie voor mensen met een LVB is gering en volop in ontwikkeling. Er is aangetoond dat door vaktherapeutische behandelingen sociale vaardigheden toenemen, spannings- en emotieregulatie kan verbeteren, als ook de kwaliteit van leven bij mensen met

een LVB (o.a. Bellemans et al., 2016; Folostina et al., 2015; Savarimuthu & Bunnell, 2002; De Witte, 2014).

Vaktherapeutische behandeling in de wijk

Ondanks dat vaktherapeutische behandelinterventies in de intramurale setting goed aansluiten bij de hulpvragen van mensen met een LVB, worden deze interventies nog weinig structureel ambulant aangeboden. Een van de initiatieven die aansluit bij de transities is de oprichting van ambulante FACT-teams. FACT staat voor Flexible Assertive Community Treatment. Deze teams zijn opgezet om beter te kunnen aansluiten bij de hulpvragen en mogelijkheden van mensen met een LVB (Neijmeijer, 2015). Het doel van deze teams is om de cliënt in zijn eigen leefomgeving te begeleiden naar herstel ter voorkoming van (her)opname en om cliënten die zorg mijden te bereiken (Veldhuizen et al., 2015). Om structurele inbedding van vaktherapie in de eigen leefomgeving te realiseren is een aanzet ontwikkeld voor een kader voor structurele samenwerking tussen vaktherapeuten en ambulante FACT-LVB-teams. De eerste ervaringen met dit kader voor samenwerking worden in dit artikel beschreven.

Een kader voor samenwerking

Een kader voor structureel samenwerken is tot stand gekomen vanuit focusgroepen en interviews met diverse leden van FACT-LVB-teams en vaktherapeuten. Individuele interviews werden gevoerd met zeven professionals van twee verschillende ambulante (FACT-LVB) behandelteams (STEVIg en Idris), namelijk een teamleider, een psychiater, een casemanager, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, sociotherapeuten en een maatschappelijk werker. Op basis van deze gegevens werd consensus bereikt over het uiteindelijke kader voor samenwerking tijdens een landelijke focusgroep, met 12 FACT-LVB-professionals van Altrecht, Idris, STEVIg en Trajectum (teamleiders, vak

¹ Omdat er gering onderzoek is willen we in dit artikel uit de vraag en discussie blijven welke discipline voor welke indicatie het meeste passend is.

therapeuten en overige hulpverleners).

Het kader bevat de volgende elementen (zie figuur 1): 1) **de werkwijze**; 2) **de voorwaarden**; 3) **de indicaties en de locatie van behandeling voor vaktherapie**. Mogelijke indicatiegebieden voor vaktherapie bij mensen met een LVB zijn weergegeven in een indicatiemodel, ontwikkeld in een eerdere fase van het onderzoek, zie figuur 2 (Bootsma et al., 2017; Verdonschot et al., 2016).

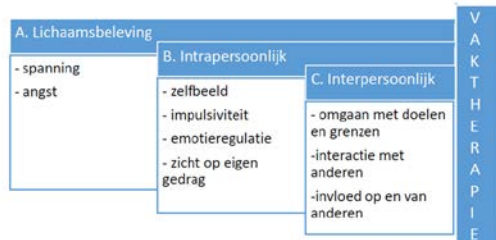
ler-meer) bewust van wat vaktherapie voor de cliënt kan betekenen bij een behandeltraject? Wat levert de samenwerking op t.a.v. de indicatiestelling? Wordt de hulpvraag anders, eerder en scherper gesteld? Wat levert de samenwerking volgens deze werkwijze op t.a.v. de keuze voor de locatie van de behandeling?

Figuur 1 – Kader voor samenwerking



Dit kader voor samenwerking werd vervolgens geïmplementeerd in de praktijk en de vraag werd onderzocht hoe deze structurele samenwerking door alle betrokken hulpverleners wordt ervaren en wat mogelijke effecten van deze samenwerking zijn voor cliënten met een LVB. Meer specifiek wilden we weten *wat de samenwerking oplevert. Wordt men zich (snel-*

Figuur 2: Indicatiegebieden voor de verwijzing van mensen met een LVB naar vaktherapie



Methodie

In september 2016 startte een pilot van 20 weken waarin het kader voor samenwerking werd uitgetoetst bij twee ambulante (FACT-LVB) behandelteams. In elk team nam een vaktherapeut als vertegenwoordiger van alle vaktherapeuten deel aan de overleggen van de (FACT)-LVB-behandelteams.

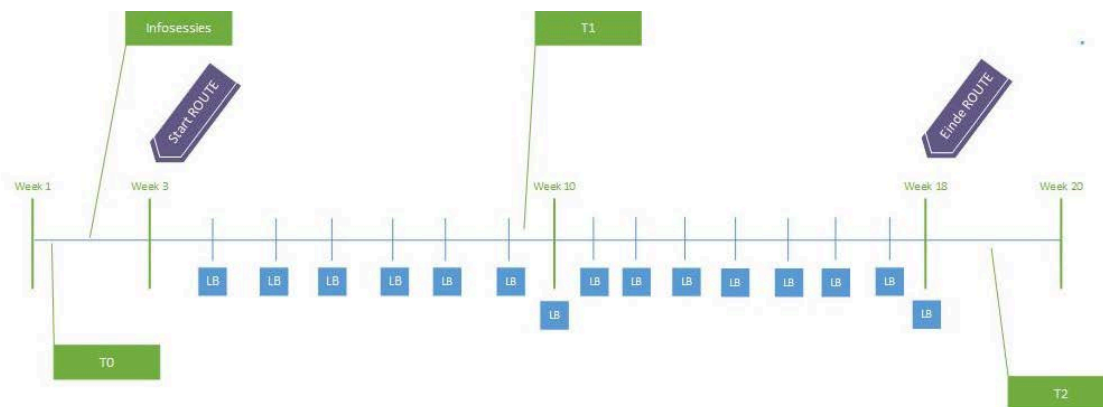
Deelnemende ambulante (FACT)behandelteams

De pilot vond plaats bij ambulante (FACT-LVB) behandelteams van STEVIG. Team A is een FACT-LVB-team bestaande uit psychiater, teamleider, vier sociotherapeuten, twee sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en twee GZ-psychologen. Team A heeft iedere week drie overlegmomenten. In twee daarvan staan dagelijkse (praktische) vraagstukken van cliënten centraal, zoals een acute crisissituatie of het niet verschijnen bij een behandelafpraak. In het derde overleg worden intakegesprekken en psychologisch onderzoeken van nieuwe cliënten besproken. Daarnaast zijn er structureel iedere drie maanden behandelplanbesprekingen. De psychiater nam deel aan de behandelplan- en aan de intakebespreking. Team B is een ambulant behandelteam bestaande uit een GZ-psycholoog, casemanager, ambulant begeleider, drie sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en een psychiater. Team B heeft 1x per week overleg, waarin nieuwe cliënten worden besproken. Op beide locaties worden op de dagbehandeling vaktherapeutische behandelingen gegeven. Deze kunnen gemiddeld zes tot twaalf maanden duren.

Dataverzamelmethode

Data zijn verzameld middels vooropgezette logboeken, interviews en observaties, zie figuur 3. Er stonden drie thema's centraal: samenwerking, indicatiestelling en behandellocatie. De interviewrichtlijn is gebaseerd op 'Procesevaluatie bij de beoordeling van interventies' (Movisie, 2014). Gedurende het hele onderzoek werden de ervaringen bijgehouden in specifieke logboekregistraties (LB) door A) de vertegenwoordigend vaktherapeut, B) de behandelend vaktherapeuten en C) vier leden uit ieder ambulant (FACT-LVB) behandelteam. De LB vond plaats na ieder teamoverleg (door A-B) en na iedere vaktherapeutische behandel sessie (door C). De interviews vonden plaats in week 10/11 (T1=tussenmeting) en in week 18/20 (T2=eindmeting). De observatie vond plaats tijdens een van de overleggen. Er vond een 0-meting (T0) plaats waarin gegevens zijn verzameld over het aantal cliënten, de hoeveelheid indicaties, de locatie en de fase van vaktherapeutische behandeling, door de vertegenwoordigend vaktherapeut uit dossiers van drie maanden vooraf de start. Tijdens de interviews zijn de data vanuit de logboeken middels een diepte-interview (Merton & Kendall, 2003) bevestigd.

Figuur 3: Dataverzamelingsschema



Procedure

In ieder team was een docent-onderzoeker de vaste contactpersoon. Deze verzorgde de informatiebijeenkomsten, nam de interviews af en verzamelde de logboeken. Tussen week 1 en 3 vonden informatiesessies voor alle betrokkenen plaats om informatie te verstrekken over de werkwijze en het kader voor structurele samenwerking binnen het onderzoek. De informatiesessies vonden plaats tijdens bestaande overleggen op basis van een vooraf opgesteld draaiboek. Tevens vond de 0-meting plaats. Tussen week 3 en 18 werd het kader voor samenwerking toegepast binnen het FACT-LVB-team. Gedurende deze 15 weken was een vertegenwoordigend vaktherapeut aangesloten bij verschillende overlegvormen van team A en team B.

Analyse

De gegevens van T0, de logboeken en de observaties zijn beschrijvend geanalyseerd. De diepte-interviews T1 en T2 zijn getranscribeerd en geanalyseerd door een docent-onderzoeker die niet als vaste contactpersoon betrokken was. De diepte-interviews zijn middels contentanalyse geanalyseerd (Hsieh & Shannon, 2005).

In de analyse stonden de werkwijze voor samenwerking, indicatiestelling en de locatie voor behandeling vaktherapie centraal. De resultaten van beide teams werden bij elkaar gebracht en met elkaar vergeleken.

Resultaten

In totaal zijn gegevens vanuit 15 interviews, 3 observaties, 65 logboekregistratie van 9 ambulante (FACT-LVB)behandelteamleden, 69 logboekregistraties over 14 cliënten van 6 behandelend vaktherapeuten en 30 logboekregistraties van twee vertegenwoordigend vaktherapeuten geanalyseerd.

Resultaten over de samenwerking

Een bevinding uit de interviews en logboekregistraties van alle betrokkenen is dat het structureel samenwerken als een meerwaarde wordt gezien; specifiek binnen het overleg waar alle nieuwe cliënten op basis van intakegesprekken en aanvullend (psychologisch) onderzoek worden besproken. Zo kan de vertegenwoordigend vaktherapeut bij de start van een behandeltraject meedenken over of er een vaktherapeutische indicatie gesteld kan worden en op welke voor de cliënt best mogelijke locatie. Voorwaarde hiervoor is dat de vertegenwoordigend vaktherapeut, voorafgaand aan het overleg, inzage krijgt in de dossier- en onderzoeksgegevens van de cliënt.

“.....het is wenselijk en ook noodzakelijk dat er iemand met kennis vanuit die invalshoek ook bij het overleg aanwezig is... Relevant is dat er een vertegenwoordiger vanuit de vaktherapeuten bij aanwezig is...” - Sociaal psychiatrische verpleegkundige

“...vaktherapeut, ... die geeft eigenlijk een nieuwe invalshoek, heeft net een andere kijk dan wij en wij realiseren ons dat wij die indicatiestelling en dat behandeltraject met een hele beperkte groep opstellen en het zou mooier zijn als wij het groepje verbreden met die andere kijk...” - Sociotherapeut

Tijdens de overleggen waar meer de dagelijkse (praktische) vraagstukken van cliënten worden besproken, wordt de deelname van de vertegenwoordigend vaktherapeut door alle partijen niet als meerwaarde ervaren. Indien informatie die van belang is in de behandeling door een vaktherapeut ter sprake komt, wordt dit door de behandelaar via het digitaal informatiesysteem of in de wandelgangen overgedragen.

“... ik vind het ook altijd wel fijn om gewoon rechtstreeks een verbinding te hebben met de betrokken behandelend vaktherapeut. Gewoon ook omdat het voor mij wel een kerntaak is om die vaktherapie ook weer naar thuis te brengen en nauw samen te werken met de vaktherapeut ...” - Sociotherapeut

Door de vaktherapeutische inbreng van de vertegenwoordigend vaktherapeut benoemen alle betrokkenen dat ze opnieuw zijn gaan nadenken over welke discipline van vaktherapie geïndiceerd kan worden en welke specifieke vaktherapeutische methodieken ingezet kunnen worden. Uit de interviews blijkt dat teamleden vaker uit gewoonte beslissen welke discipline te indiceren. Deze gewoonten zijn ontstaan vanuit een positieve ervaring waarbij cliënten met een specifieke hulpvraag steeds naar dezelfde discipline worden doorverwezen. In de interviews is door (FACT-LVB) teamleden de wens uitgesproken dat de vertegenwoordigend vaktherapeut meer methodische onderbouwing over de mogelijkheden vanuit de verschillende disciplines vaktherapie inbrengt.

Tijdens de interviews benoemen teamleden dat behandelend vaktherapeuten een duidelijk inhoudelijke vaktherapeutische inbreng hebben binnen de structurele behandelplan-

besprekingen. De vaktherapeut brengt nieuw perspectief in door gedetailleerde informatie over (denken-voelen-handelen van) de cliënt in te brengen en zo een duidelijk beeld te schetsen van (ontwikkelings)mogelijkheden naast de problematiek van de cliënt. Teamleden van ambulante (FACT-LVB) behandelteams spreken de wens uit om vaktherapeutische observaties bij (nieuwe) cliënten structureel te integreren in (proces)diagnostiek. De vaktherapeutische observaties worden als aanvulling op de psychologische testen als een meerwaarde gezien in de diagnostiek. De ervaring is dat psychologische testen te moeilijk zijn of een vertekend beeld kunnen geven van cliënten met een LVB die (vaak) vanuit een crisissituatie worden aangemeld.

“Vaktherapeuten doen iets met de cliënt ... als zij daar iets over kunnen vertellen hoe iemand in contact functioneert en wat hij kan en wat niet, dat vind ik altijd belangrijk omdat ik praat met de patiënten en dat is niet voor alle patiënten de favoriete manier van communicatie of de manier van communicatie waar ze heel veel mee kunnen.” - Psychiater

“... van wat wij ook wel interessant zouden vinden, bijvoorbeeld, om als observatie procesdiagnostiek, bijvoorbeeld verschillende vaktherapieën, in blokken aan te bieden, dus bijvoorbeeld eerst een blok drama en dan naar PMT en naar beeldend en dan gezamenlijk tot procesdiagnostiek te komen...” - Vertegenwoordigend vaktherapeut

Alle betrokkenen noemen dat de aanwezigheid van een vertegenwoordigend vaktherapeut naast inhoudelijke ook praktische voordelen heeft doordat deze een actueel overzicht heeft van beschikbare plekken en/of wachtlijsten voor vaktherapie.

Resultaten over de indicatiestelling

Deelnemende leden van de ambulante (FACT-LVB) behandelteams gaven aan een behoefte te hebben aan de inbreng van een vaktherapeut bij het stellen van indicaties voor een vaktherapeutische behandeling. Er werd aangegeven

dat dit het beste kan plaatsvinden tijdens een bespreking waarin nieuwe aanmeldingen worden besproken. Alle betrokkenen spreken de verwachting uit dat dit zal leiden tot een efficiëntere behandeling voor de cliënt, doordat er eerder en specifiek een indicatie gesteld wordt.

“Meerwaarde vaktherapie? Het diagnostische, het verbindende, denk ik. Een vertrouwensrelatie opbouwen, met ons, met hulpverlenings-systeem. Ook dat het soms concreter wordt. Dat het soms verbaal ingewikkeld wordt voor LVB'ers.....Diagnostisch, concreet maken, inslijpen. Rouw, trauma, van die specifieke dingen. Soms is het verbaal te akelig of te confronterend of te bedreigend.” - GZ- psycholoog

Kijkend naar datgene wat de samenwerking oplevert voor de indicatiestelling werd in de interviews door ambulante (FACT-)LVB-teamleden aangegeven meer genuanceerder na te denken over indicaties voor vaktherapie. Men is zich bewust van de 'gewoontes' die zijn ontstaan waar teamleden cliënten, op basis van goede ervaringen, standaard indiceren voor een bepaalde discipline van vaktherapie. De indicatiestelling voor welke discipline vaktherapieën wordt nu meer inhoudelijk besproken aan de hand van de cliënt en zijn specifieke hulpvraag. Daarnaast zijn er ook praktische redenen om een cliënt naar een specifieke vaktherapie te verwijzen wanneer bijvoorbeeld een discipline geen beschikbare plekken heeft of wanneer een vaktherapeut zich heeft gespecialiseerd in een specifiek probleemgebied of vaktherapeutische methode.

“...veel indicaties voor specifieke vormen van vaktherapie op basis van persoonlijke interesse of voorkeuren, dat gebeurt. Of een verkeerd beeld van wanneer welke therapie geschikt is... Door de samenwerking zijn we meer in gesprek gegaan over het inhoudelijke aanbod voor cliënten met een LVB en over de onderlinge communicatie en omgang.” - Sociaal verpleegkundige

“De vaktherapeuten letten op interactie, kun-

nen blinde vlekken aanduiden van ambulant werkers, leveren specialistische kennis t.a.v. de indicatiestelling.” – Casemanager

Vanuit T0 en de logboeken is te zien dat binnen alle fasen van behandeling van het zandlopermodel vaktherapeutische behandelingen plaatsvinden: ontregeling (13 cliënten), behandeling (24 cliënten) en herstel (3 cliënten). In de herstelfase volgen veel cliënten binnen de dagbehandeling vaktherapeutische behandeling.

Alle indicaties vanuit T0 en gedurende de pilot zijn te plaatsen binnen het indicatiemodel (figuur 1). De behandelend vaktherapeuten merken op dat gedurende een therapieproces een ontwikkeling te zien is waarbij het accent van de behandeling van indicatiegebied kan veranderen.

Resultaten behandellocatie

Door de samenwerking wordt er beter nagedacht over de voor de cliënt meest passende locatie voor vaktherapeutische behandeling. Er is meer discussie op gang gekomen en ideeën zijn ontstaan over wanneer en waarom vaktherapeutische behandeling op een bepaalde locatie zou kunnen plaatsvinden. Een belangrijk argument voor het geven van (een enkele sessie) vaktherapeutische behandeling (dichterbij) thuis is het opbouwen van een therapeutische relatie bij de start om zo de drempel die de meeste cliënten ervaren te verlagen. Er een therapeutische vertrouwensband ontstaan en de cliënt krijgt een beeld van wat vaktherapie inhoudt en wat deze voor hem kan betekenen. Alle betrokkenen verwachten dat daardoor de cliënt sneller start met zijn behandeling en dat de therapie na enkele sessies verplaatst kan worden naar de instelling. Aansluitend is het verstevigen van de transfer naar de thuissituatie een reden om aan het einde van de behandeling enkele vaktherapeutische sessies thuis te laten plaatsvinden. Daarnaast zijn angstklachten, lichamelijke of financiële problemen redenen om de vaktherapeutische behandeling ambulant te laten plaatsvinden. Op langere termijn verwachten de betrokkenen

dat er hierdoor minder no-show zal voorkomen en een vermindering zal zijn van (her)opname. Redenen om vaktherapie juist niet of nauwelijks ambulante te indiceren zijn financieel van aard en hebben verband met het gegeven dat de reistijd niet vergoed wordt.

“...maar thuis behandelen ... dat gaf binnen het team ook wel wat vragen want ... binnen het team was men het daar eigenlijk niet over eens. Ik ben daar wel twee keer overigens geweest.... denk ik dat het op dat moment goed is geweest... dat er een verbinding bleef en dat je door kan blijven gaan.” - Behandelend vaktherapeut

Conclusie en discussie

Dit artikel beschrijft de eerste ervaringen met een kader voor samenwerking tussen vaktherapeuten en ambulante (FACT-LVB)behandelteams vanuit gespecialiseerde GGZ-instellingen voor mensen met een LVB, met als overkoepelend doel mensen met een LVB beter te laten functioneren. Algemene conclusie is dat deze samenwerking door alle betrokkenen als waardevol werd ervaren. De bijdrage van een vaktherapeut als vertegenwoordiger van alle vaktherapeuten, werd het meest waardevol ervaren binnen de overleggen van het (FACT-LVB)team waarin nieuwe cliënten werden besproken. Voor de cliënten betekent dit dat door deze samenwerking in een eerder stadium nagedacht wordt of en welke indicatie voor vaktherapie kan bijdragen aan de behandeling en op welke locatie de vaktherapeutische behandeling het beste kan plaatsvinden. Rechtstreeks inhoudelijk contact tussen behandelaar en behandelend vaktherapeut zonder tussenkomst van een vertegenwoordigend vaktherapeut is wenselijk. Reden hiervoor is dat vaktherapeutische (observatie)gegevens ten aanzien van het handelen van de cliënt meer zicht geven op de ontwikkelingsmogelijkheden en de problematiek van de cliënt, en dus bijdragen aan (proces)diagnostiek. Door samenwerking vanuit het kader voor samenwerking is het idee ontstaan om cliënten gedurende de intakeperiode kennis te laten maken met verschillende disci-

plines van vaktherapie gedurende enkele (observatie)sessies, waarbij vervolgens vanuit de hulpvraag, de affiniteit van de cliënt, de specialisatie van de vaktherapeut en praktische redenen een cliënt naar een specifieke discipline doorverwezen kan worden.

Ten aanzien van de inzet van vaktherapie op locatie wordt op basis van de samenwerking verondersteld dat er een meerwaarde is voor het geven van enkele behandelsessies (dichterbij) thuis aan de start van de vaktherapeutische behandeling. Het geven van de eerste behandelingen thuis kan de drempel voor verdere behandeling mogelijk verlagen. Ook kan het geven van enkele behandelsessies (dichterbij) thuis aan het einde van de vaktherapeutische behandeling de transfer naar het dagelijks leven makkelijker maken. Men vermoedt dat dit een positief effect kan hebben op de no-show en (her)opname kan verminderen.

De deelnemende ambulante (FACT-LVB)behandelteams zijn na het project verder gegaan met het werken vanuit het kader voor samenwerking. Een vertegenwoordiger van de vaktherapeuten is ook na de pilot blijven deelnemen aan de multidisciplinaire overleggen. Daarnaast worden de eerste stappen gezet om op locatie te behandelen door een behandelruimte bij een partnerzorginstelling te huren dichterbij de cliënten in de regio. Binnen het andere team is besloten indicaties voor vaktherapeutische behandeling door te geven aan het team vaktherapeuten. Zij besluiten vervolgens samen welke specifieke vaktherapeutische behandeling het beste past.

Dit onderzoek vond plaats in een relatief kort tijdsbestek. Zeker als we de lengte van de meeste vaktherapeutische interventies in ogenschouw nemen. Dat maakt dat de resultaten en de daaruit gebaseerde conclusies in dat licht geïnterpreteerd moeten worden. De in het team vertegenwoordigende vaktherapeut kan in potentie andere vaktherapeutische disciplines goed inhoudelijk vertegenwoordigen, maar heeft meer onderlinge afstemming. Zo is bij de behandelend vaktherapeuten en

bij leden van de ambulante (FACT-LVB) behandelteams de vraag naar verdere toelichting en beschrijving van vaktherapeutische werkwijze en methodische onderbouwing. Er is geringe ervaring met vaktherapeutische behandeling (dichterbij) thuis. Meer onderzoek is wenselijk naar de meerwaarde van vaktherapeutische behandeling (dichterbij) thuis op de no-show, vermindering van (her)opname, vermindering van klachten en de effecten van de vaktherapie bij mensen met een LVB.

Referentielijst

- Aerts, L. C., Busschbach, J. T., & Wiersma, D. (2011). *Vaktherapie in Noord Nederland: Beschrijving van de beroepspraktijk, behandelresultaten en tevredenheid van patiënten met vaktherapie binnen de noordelijke geestelijke gezondheidszorg*. Groningen: RGOC.
- Bellemans, T., Hoek, P., Scheffers, M., van Busschbach, J., & Didden, R. (2016). Psychomotorische therapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking en problemen met emotie- en agresieregulatie. *Directieve Therapie*, 36(3), 148-168.
- Bootsma, M., Verdonschot, M., Berghe, M., de Witte, M., & van Hooren, S. (2017). *Een overzicht van indicatiegebieden voor vaktherapie bij mensen met een licht verstandelijke beperking: Resultaten uit Fase 1 van het onderzoeksproject '(Be)Leef in de wijk'*. Heerlen: Zuyd Hogeschool, Lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK).
- de Witte, M. (2014). Muziektherapie en emotieregulatie. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 3(10), 13-21.
- Didden, R., Lindsay, W. R., Lang, R., Sigafos, J., Deb, S., Wiersma, J., . . . Lancioni, G. E. (2016). Aggressive behavior. In N. N. Singh (Red.), *Handbook of evidence-based practices in intellectual and developmental disabilities* (pp. 727-750). Cham: Springer.
- Folostina, R., Tudorache, L., Michel, T., Erzsebet, B., Agheana, V., & Hocaoglu, H. (2015). Using play and drama in developing resilience in children at risk. *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, 197, 2362-2368. Doi:10.1016/j.sbspro.2015.07.283
- Hsieh, H., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1227-1288.
- Merton, R. K., & Kendall, P. L. (2003, oorspronkelijk 1946). The focused interview. In N. G. Fielding, *Interviewing* (pp. 232-260). London: Sage.
- Movisie. (2014). *Procesevaluatie bij de beoordeling van interventies: Informatieblad, juli 2014*. Utrecht: Movisie.
- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muuse, C. (2010). *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ: Een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Neijmeijer, L. (2015). *Modelbeschrijving (Flexibele) ACT LVB. Herziene versie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Savarimuthu, D., & Bunnell, T. (2002). The effects of music on clients with learning disabilities: A literature review. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 8(3), 160-165. doi:10.1054/ctnm.2001.0629
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- van Hooren, S., de Witte, M. J., Didden, R., & Moonen, X. (2016). Vaktherapie. In R. Didden, W. Groen, X. Moonen & P. Troost (Red.), *Handboek Psychiatrie en licht verstandelijke beperking* (pp. 425-433). Utrecht: De Tijdstroom.
- van Veldhuizen, R., Polthuis, D., Bähler, M., Mulder, N., & Kroon, H. (Red.) (2015). *Handboek (Flexibele) ACT: Herstelondersteunende zorg en behandeling in de eigen omgeving voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Verdonschot, M., de Witte, M., Berghe, M., Bootsma, M., Moonen, X., & van Hooren, S. (2016). (Be)Leef in de wijk: Ontwikkeling van een vaktherapeutische wijkgerichte verwijs- en behandelroute voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 4(12), 15-19.