



Het PDP, visualiseren met de cliënt mee

Een vergelijkend onderzoek naar zelfregie bij de visualisatie van het *Person Driven Planning* (PDP) bij cliënten met een autisme spectrum stoornis en de rol van de beeldende therapie hierin.

Floor Posthuma - 506782
Creatieve therapie, Beeldend
Hogeschool Arnhem en Nijmegen in samenwerking met Siza
Onderzoekbegeleidster: Anemone van Zijl
Opdrachtgever: Carolin Burkard
Inlever datum: 12 juni 2017

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt deze bachelor thesis, die is geschreven ter afronding van de studie Creatieve Therapie, Beeldend aan de Hogeschool Arnhem & Nijmegen, te Nijmegen. Afgelopen half jaar heb ik met veel enthousiasme gewerkt aan dit onderzoek. Door de minor *Levensloop begeleiding bij autisme* die ik heb gevolgd en de daarbij behorende stage is mijn interesse extra gewekt voor deze doelgroep. Door mijn achtergrond vanuit de beeldende therapie leek het me interessant om deze brug te slaan tussen autisme en beeldende therapie. Het beoogd project resultaat binnen PowerTools sloot hierbij goed aan. Door mij te verdiepen in al een bestaande methodiek voor mensen met autisme en deze te vertalen naar een beeldend therapeutische setting heeft me doen inzien hoeveel extra waarde beeldende therapie geeft, zowel voor mij als onderzoeker als voor de cliënten die hieraan mee hebben gewerkt.

Via deze weg bedank ik graag alle deelnemende cliënten binnen Siza. Zonder hun medewerking was dit onderzoek niet voltooid. Daarnaast bedank ik ook de begeleiders binnen Siza. Zij hebben mij een kans gegeven om te participeren in de huidige afname. Daarnaast boden ze mij de mogelijkheid om de beeldend therapeutische afname te doen.

Tot slot wil ik iedereen bedanken die mij het afgelopen half jaar heeft ondersteund, gemotiveerd en heeft begeleid. Ik kijk terug op een zeer leerzame periode en kijk vooruit naar een interessante toekomst waarin ik de resultaten uit dit onderzoek zeker ga proberen toe te passen in de rol als beeldend therapeut.

Floor Posthuma

Nijmegen, juni 2017

Inhoud

Voorwoord	2
Samenvatting	5
Inleiding.....	6
1.1 Aanleiding voor het onderzoek	6
1.2 Probleemstelling	6
1.3 Doel en vraagstelling	6
1.4 Begrippen	7
Methode	9
2.1 Onderzoeksmethode en benadering	9
2.2 Databronnen	9
2.3 Betrouwbaarheid	9
2.4 Respondenten.....	10
2.5 Dataverzamelmethode en analyse per deelvraag.....	10
2.5.1 Deelvraag 1.....	10
2.5.2 Deelvraag 2.....	11
2.5.3 Deelvraag 3.....	12
2.5.4 Deelvraag 4.....	13
Resultaten	14
3. Resultaten deelvraag 1.....	14
3.1 Inleiding	14
3.2 Historische context.....	14
3.3 Planningsmethode.....	15
3.4 Rollen.....	16
4. Resultaat deelvraag 2.....	18
4.1 Inleiding	18
4.2 Resultaten Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978)	18
4.3 Resultaten open vragen	19
5. Resultaat deelvraag 3	21
5.1 Inleiding	21
5.2 Resultaten Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978)	21
5.3 Resultaten open vragen	22
6. Resultaten deelvraag 4.....	24
6.1 Inleiding	24
6.2 Vergelijking resultaten Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978).	24
6.3 Vergelijking afgenomen PDP's.....	25

7. Conclusie.....	28
8. Discussie	30
8.1 Discussie resultaten.....	30
8.2 Discussie onderzoeksproces	30
8.2.1 Literatuuronderzoek & gebruikte beeldende werkvorm	30
8.2.2 Afnamen	30
9. Aanbevelingen.....	32
9.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek	32
9.2 Aanbevelingen voor praktijk.....	32
Referentielijst	34
Bijlagen	36
Bijlage A. De 5-item Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978) met aanvullend open vragen.....	36
Bijlage B. Werkvorm <i>Person Driven Planning</i> in beeldende vaktherapie	37

Samenvatting

Achtergrond: Het huidige onderzoek heeft als doel om het PDP te combineren met theorie en praktijk uit de beeldende therapie voor toepassing in het trainingshuis van Siza. Specifiek wordt hierbij gekeken naar wat het effect op de ervaren zelfregie is na de afname van het PDP in een beeldend therapeutische setting in vergelijking tot de zelfregie na de afname op de huidige manier. Uiteindelijk werd er gekeken naar welke manier van afname van het PDP het beste aansluit bij de visie van Siza: het voorop stellen van de eigen kracht en hoge mate van zelfregie van de cliënt.

Onderzoeksvraag: Wat is het verschil in zelfregie van cliënten met ASS van de Arnhemsestraatweg in Velp bij het visualiseren van het toekomstbeeld vanuit het PDP wanneer deze wordt afgenomen op de huidige manier in vergelijking tot in een beeldend therapeutische setting?

Methode: Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag is er gebruikgemaakt van een literatuurstudie en een vergelijkend onderzoek. Binnen dit vergelijkend onderzoek is er gebruik gemaakt van de Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978), een openvragenlijst en de uitgewerkte PDP's.

Resultaten: Uit de literatuurstudie is naar voren gekomen dat de methode nog redelijk nieuw is in Nederland. Onderzoek heeft aangetoond dat het PDP effectief is (Robertson, 2007). Wanneer er wordt gekeken naar ASS en PDP is er ondervonden dat bij cliënten met ASS de MAPS het beste lijkt te werken in vergelijking tot de PATH (Kok, 2013). De resultaten van de Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978) bevestigen dat de afname van het PDP een positief effect heeft op de ervaren zelfregie bij ASS, in zowel de huidige als de beeldende setting. De beeldend therapeutische afname had een groter effect op de ervaren zelfregie dan de huidige afname (respectievelijk 0.9 en 0.7 punten), maar het verschil tussen deze twee is relatief klein (0.2 punten). Uit de open vragen is gebleken dat 2 van de 3 cliënten aangaven de beeldend therapeutische afname prettiger te vinden.

Conclusie, discussie & aanbevelingen: Vanwege de beperkte grootte van de afnamegroep is er voorzichtigheid geboden met het trekken van conclusies. Het positieve effect van PDP bij ASS wordt ondersteund door de resultaten, de zelfregie verbeterde in beide settings. Ondanks dat de beeldend therapeutische afname een beter effect lijkt te hebben is dit maar een klein effect en kan dit niet met zekerheid gezegd worden. Hiervoor is verder onderzoek nodig. In toekomstig onderzoek moet de sample size vergroot worden en de beeldende werkvorm zelf uitvoeriger getoetst worden.

Inleiding

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

Dit onderzoek is opgezet vanuit het HAN lectoraat HAN SOCIAAL en richt zich op het hanteren van nieuwe en innovatieve instrumenten in de zorg/behandeling voor mensen met een LVB (Licht Verstandelijke Beperking) en/of ASS (Autisme Spectrum Stoornis). Dit onderzoeksproject is een onderdeel van het grotere project 'Power Tools'. Het project Power Tools is een samenwerking van verschillende instellingen, hogescholen en universiteiten ter bevordering van de zelfredzaamheid bij cliënten met een LVB en/of ASS. Het project heeft als doel het participatief ontwerpen van technologie in de zorg voor deze doelgroep. Er zijn drie subprojecten die horen bij Power Tools, waaronder het onderzoeken van het PDP (Person Driven Plan). Dit onderzoek richt zich op het PDP.

Het PDP is een planningsmethode waarin het leven en de wensen van de cliënt visueel in kaart worden gebracht (Robertson, 2007). Het PDP wordt met name ingezet bij de doelgroepen ASS en LVB (PDD Central Alberta Community Board, 2006). Bij de huidige afname van het PDP binnen Siza (een bij Power Tools aangesloten zorginstelling) wordt er samen met de cliënt een toekomstbeeld gevisualiseerd door verschillende thema's uit te werken. Voor de uitwerking wordt gebruik gemaakt van stift en papier. Deze zelfde middelen worden vaak in combinatie met andere beeldende materialen ingezet bij het beeldend proces binnen de beeldende therapie (Schweizer, 2009). Het PDP zou dus in combinatie met het beeldend proces gebracht kunnen worden.

De vraag vanuit de opdrachtgever, beeldend therapeut bij Siza, is om te onderzoeken of er mogelijk een beeldende werkvorm van het PDP ontwikkeld kan worden, zodat het PDP ook door een beeldend therapeut kan worden afgenomen. Naast het ontwikkelen van een nieuwe werkvorm moet deze ook worden afgenomen in een beeldend therapeutische setting. Zo kan onderzocht worden of het afnemen van het PDP in een beeldend therapeutische setting een meerwaarde biedt.

1.2 Probleemstelling

De doelgroep waarvoor dit onderzoek is gedaan zijn cliënten van de Arnhemsestraatweg in Velp. Binnen dit trainingshuis ligt de focus op meer eigen regie en eigen kracht van de cliënten. De reden hiervoor is dat Siza in 2015 gedwongen mee moest gaan in de transitie jeugdzorg naar gemeente. Dit betekent dat de cliënten onder de gemeente vallen en de uitvoering van de jeugdzorg via de gemeente gaat. Dit wordt ook wel de WMO- wet genoemd. WMO- wet houdt in dat de gemeente verantwoordelijk is voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. De ondersteuning die de gemeente aan Siza biedt is *een plaats in beschermde woonomgeving voor mensen met een psychiatrische stoornis* (Rijksoverheid, z.d.). Daarbij is er afschaling van zorg waardoor er minder hulpverleners op de werkvloer komen.

1.3 Doel en vraagstelling

Het huidige onderzoek heeft als doel om het PDP te combineren met theorie en praktijk uit de beeldende therapie voor toepassing in het trainingshuis van Siza. Het trainingshuis is opgericht om cliënten met ASS en LVB meer zelfregie te laten ontwikkelen en binnen twee jaar te laten doorstromen naar zelfstandig wonen met eventuele ambulante begeleiding (Siza, 2015). De toename in zelfregie bij de cliënten is niet alleen positief voor de cliënt zelf, maar ook noodzakelijk in verband met de wet WMO. Naast de wet WMO zorgt de afschaling van zorg ervoor dat er minder hulpverleners op de vloer kunnen zijn. Zodoende wordt er in dit onderzoek naar een nieuwe beeldende werkvorm gekeken en naar de effecten op zelfregie. Specifiek wordt hierbij gekeken naar wat het effect op de ervaren zelfregie is na de afname van het PDP in een beeldend therapeutische setting in vergelijking tot de zelfregie na de afname op de huidige manier. Uiteindelijk kan gekeken worden welke manier van afname van het PDP het beste aansluit bij de visie van Siza: het voorop stellen van de eigen kracht en hoge mate van zelfregie van de cliënt.

De onderzoeksvraag van dit onderzoek is:

Wat is het verschil in zelfregie van cliënten met ASS van de Arnhemsestraatweg in Velp bij het visualiseren van het toekomstbeeld vanuit het PDP wanneer deze wordt afgenomen op de huidige manier in vergelijking tot in een beeldend therapeutische setting?

Om hier antwoord op te krijgen zijn de volgende deelvragen opgesteld:

Deelvraag 1: Wat is er in de literatuur bekend over het PDP?

Deelvraag 2: Hoe wordt de zelfregie ervaren bij het visualiseren van het toekomstbeeld wanneer deze wordt afgenomen op de huidige manier?

Deelvraag 3: Hoe wordt de zelfregie ervaren bij het visualiseren van het toekomstbeeld wanneer deze wordt afgenomen in een beeldend therapeutische setting?

Deelvraag 4: Welke aspecten zijn opvallend wanneer de twee afgenomen PDP's worden vergeleken met elkaar?

1.4 Begrippen

ASS: ASS is de afkorting van *autisme spectrum stoornis*. Volgens de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2007) wordt ASS gekenmerkt door problemen in de ontwikkeling van de sociale en communicatieve vaardigheden en een beperking in het repertoire van spel en gedrag. Deze zijn op te delen in de categorieën. Echter, sinds de DSM-V (medio 2014) worden al deze categorieën samengevoegd binnen de 'autismespectrumstoornis' en wordt het ASS genoemd (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2015).

Cliënten met ASS hebben beperkingen in hun sociaal communicatieve vaardigheden. Daarnaast is er sprake van stereotype gedragingen in gedrag, activiteit en belangstelling. Zij hebben een bijzondere manier van informatieverwerking en kunnen hierdoor moeite hebben met gevoelens, gedachten en intenties. Dit valt onder de TOM (Theory of Mind). Het moeite met plannen en verdelen van aandacht valt onder de EF (Executieve Functies). Moeite met betekenis verlenen, het samenvoegen van details tot een betekenisvol geheel en waarneming in details van een geheel heeft te maken met het beperkte CC (Centrale Coherentie) (Delfos, 2011).

LVB: LVB is een afkorting van een *licht verstandelijke beperking*. Volgens de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2007) valt een LVB onder zwakzinnigheid en wordt het ook wel een *lichte zwakzinnigheid* of *mild mental retardation* genoemd. Het IQ ligt hierbij tussen de 50 en 70 (American Psychiatric Association, 2007).

Beeldende therapie: Beeldende therapie is een van de Vaktherapeutische Beroepen, samen met dramatherapie, muziektherapie, danstherapie en psychomotorische therapie. Bij beeldende therapie gaat het om een vorm van behandeling waarbij de ervaring centraal staat. Dit met als doel een positieve gedragsverandering door te gaan. Hierbij wordt er gewerkt met het proces van beeldende vorming. Dit is tekenen, schilderen, beeldhouwen en andere beeldende vormen (Schweizer, 2014).

ASS en beeldende therapie: Op dit moment is er nog geen standaard beeldende behandelmethode ontwikkeld voor cliënten met ASS. Wel worden deze cliënten regelmatig naar de beeldende therapie verwezen (Schweizer, 2014). Schweizer, Knort en Spreen (2014) hebben middels casestudy's in kaart gebracht hoe er op dit moment wordt gewerkt met cliënten met ASS door beeldend therapeuten. Cliënten met ASS werken graag met concrete materialen. Het contact ontstaat vanuit hun hoofd en minder vanuit het gevoel. Sensopatische materialen en werkvormen kunnen hierbij helpend zijn om in te zetten (Schweizer et al, 2014).

Grandin (2009) zegt hierover dat cliënten met ASS denken in beelden. Beelden zijn een heel krachtig hulpmiddel voor cliënten met ASS. Als gevolg hiervan kunnen ze meer gepast reageren en handelen.

Pioch (2010) stelt dat er middels beeldende materialen stimulatie plaatsvindt bij het visualiseren en de tactiele ervaring ervan. Op basis van vragenlijsten is er recent in kaart gebracht door Schweizer (2014) dat er een significante positieve gedragsverandering plaatsvindt bij cliënten met ASS in samenhang met beeldende therapie (Schweizer, 2014).

PDP: Het PDP staat voor *Person Driven Planning*. Dit is een planningsmethode waarin de cliënt onder begeleiding ontdekt hoe hij of zij wil leven en een plan gaat ontwikkelen met een toekomstbeeld. Hierin wordt de ondersteuning beschreven die nodig is om het eigen levensplan ook te kunnen realiseren (Panhuis, 2003). Dit wordt inhoudelijk uitgelegd in resultaten deelvraag 1.

Zelfregie: De term 'zelfregie' omschrijft het gevoel van controle die ervaren wordt over aspecten die iemands leven beïnvloeden (Pearlin, Lieberman, Menaghan & Mullan, 1981). Zelfregie kan ook omschreven worden als het kunnen doorstaan van een stressvolle situatie door inzet van probleemoplossend vermogen en door middel van persoonlijke prestatie en inzet als vaardigheid (Pearlin et al., 1981).

Visualiseren van toekomstbeeld: encyclo.nl (2017) stelt als betekenis van visualiseren "in een beeld zichtbaar maken van een gedachte". Binnen het PDP wordt dit gebruikt om het toekomstbeeld van de cliënt zichtbaar te maken op papier. Dit wordt bij de huidige afname gedaan door de recorder (Panhuis, 2003).

De zorginstelling: Siza biedt ondersteuning en zorg aan mensen met een lichamelijke, verstandelijke of meervoudige beperking en aan mensen met ASS of niet aangeboren hersenletsel. Siza ondersteunt op die momenten dat het nodig is en daagt mensen uit om hun grenzen waar mogelijk te verleggen. Siza heeft 150 locaties verspreid over Gelderland en Midden- Brabant (Siza, 2015).

Methode

2.1 Onderzoeksmethode en benadering

Om antwoord te krijgen op de hoofdvraag en de daaruit voortvloeiende deelvragen is er gebruik gemaakt van een literatuurstudie en een vergelijkend onderzoek. Om helder te krijgen wat het PDP precies inhoudt is er eerst een literatuurstudie verricht. De literatuurstudie valt onder kwalitatief onderzoek. Hierbij is uitgezocht waar de oorsprong ligt van het PDP en welke planningsmethoden er zijn. Daarnaast worden de rollen beschreven. In het vergelijkend onderzoek is het effect van verschillende omstandigheden gemeten bij de afname van het PDP. Daarbij wordt er gekeken naar de ervaring en beleving van de zelfregie door de cliënt. Om de zelfregie te kunnen meten is het PDP in twee verschillende omstandigheden afgenomen. Voor deze meting is er gebruik gemaakt van vragenlijsten. Deze hebben een kwantitatieve benadering. In kaart is gebracht welke aspecten opvallend zijn wanneer deze twee afnamen met elkaar worden vergeleken.

Omdat er gebruik wordt gemaakt van zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek valt dit onder de zogenaamde mixed-method. Hierbij worden twee manieren van onderzoek gecombineerd. Het voordeel van deze combinatie is dat hierdoor de betrouwbaarheid en validiteit wordt vergroot (Baarda, 2013).

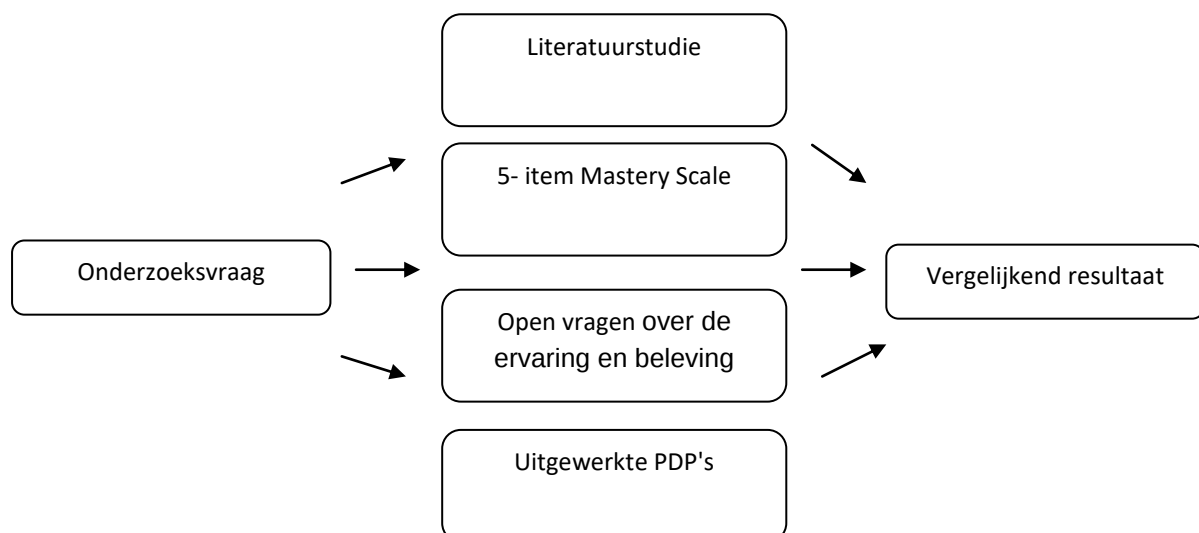
2.2 Databronnen

Voor dit onderzoek zijn 4 databronnen gebruikt om de vergelijking te kunnen maken.

- Literatuurstudie
- Gesloten vragen volgens de 5-item Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978)
- Open vragen over de ervaring en beleving van de cliënt
- De uitgewerkte PDP's in de verschillende settings

2.3 Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten is er gebruik gemaakt van verschillend vergelijkend resultaat. Dit wordt ook wel triangulatie of driehoeksmeting genoemd (Baarda, 2013). In dit onderzoek zijn de uitkomsten uit de literatuurstudie, 5-item Mastery Scale, open vragenlijst en de uitgewerkte PDP's gecombineerd om tot een vergelijkend resultaat te komen. Omdat de data uit verschillende bronnen komt is de kans op een bias verkleind en wordt de validiteit vergroot (Baarda, 2013).



2.4 Respondenten

De respondentengroep voor dit onderzoek bestaat uit cliënten gediagnosticeerd met ASS, woonachtig op een beschermde woonlocatie. In totaal zijn er 3 cliënten gevonden die bereid waren te participeren in het onderzoek, en dit ook konden. Alle respondenten hebben de volledige afname doorlopen, in zowel de huidige als de beeldende setting. Dit houdt in dat alle gegevens zijn bijgehouden van beide afnamen, inclusief de bijbehorende vragenlijsten. Alle gegevens zijn geanonimiseerd. Daarbij hebben de cliënten een *informed consent* ingevuld waarbij ze op de hoogte zijn gebracht met het participeren aan dit onderzoek.

2.5 Dataverzamelmethode en analyse per deelvraag

2.5.1 Deelvraag 1

Wat is er in de literatuur bekend over het PDP?

Dataverzamelmethode en analyse: Om het onderzoek te doen naar bestaande kennis en inzichten uit de vakliteratuur over het PDP is er middels een literatuurstudie gewerkt. Aan de hand van relevante betrouwbare bronnen is er inzichtelijk gemaakt wat er onderzocht is op dit gebied en wat bruikbaar was voor dit onderzoek. Om de betrouwbaarheid en bruikbaarheid van de literatuur te vergroten is er gebruik gemaakt van de vragen die Donk & Lanen (2015) opstellen.

- Waar is de bron gepubliceerd?
- In welk domein hoort de bron thuis?
- Wie is de auteur van de tekst?
- Wat heeft de auteur nog meer geschreven?
- Met welk doel is de tekst geschreven?
- Op welke manier is de informatie verzameld?
- Op basis van welke informatie trekt de auteur conclusies?
- Naar welke bronnen wordt verwezen in de publicatie?

Verloop literatuurstudie: de literatuur voor deze deelvraag is opgezocht met behulp van vooraf opgestelde kernbegrippen. Deze kernbegrippen zijn zowel Nederlands- als Engelstalig om het onderwerp van het onderzoek zo breed mogelijk te trekken. Door gebruik te maken van kernbegrippen is er een theoretisch kader geplaatst waarbinnen is gezocht (Donk & van Lanen, 2015).

Deze kernbegrippen zijn:

"Art Therapy" "Person Driven Plan" "PDP" "Person Centered Plan" "PCP" "Autisme, Art Therapy" "Autisme, PCP" "Beeldende therapie, Levenslijn" "Zelfregie, Autisme" "Autonomie, Autisme" "Empowerment" "Empowerment, Autisme" "self control"

Ook is er gericht gezocht naar artikelen over de oprichters van het PDP in zowel Nederland als Canada en de U.S.A. "John O'Brian" "Beth Mount" "Marsha Forest" "Judith Snow" "Jack Pearpoint" "Caren Sax" "Erwin Wieringa"

Deze zijn ingevoerd in de volgende databanken:

- Han Quest
- Han Catalogus
- PubMed
- Picarta
- Google Scholar
- Wayback Machine (om verouderde artikelen terug te vinden)

Om de gevonden literatuur te beperken in het aantal zoekhits is er gebruik gemaakt van de beperking in publicatie tussen bepaalde jaartallen. Een voorbeeld hiervan is dat er eerst gezocht is naar "PCP" "John O'Brian" "Beth Mount" "U.S.A" en "Marsha Forest" "Judith Snow" "Jack Pearpoint" "Toronto, Canada" al dan niet in combinatie met elkaar. Deze zijn beperkt tussen 1980 en 2000. Omdat het 'PDP' pas sinds de jaren 90 in Nederland is geïntroduceerd door "Caren Sax" en "Erwin Wieringa" is hierbij gezocht naar publicaties tussen 1990 en 2017. Deze manier van zoeken sluit aan bij de huidige ontwikkeling binnen het onderwerp van dit onderzoek.

Na het invoeren van de kernbegrippen en gebruik van de begeleidende vragen van Donk & Lanen (2015) zijn er een reeks aan artikelen en publicaties gevonden. De relevante informatie hiervan is uiteengezet in hoofdstuk 3.

2.5.2 Deelvraag 2

Hoe wordt de zelfregie ervaren bij het visualiseren van het toekomstbeeld wanneer deze wordt afgenomen op de huidige manier?

Dataverzamelingsmethode en analyse: om het onderzoek te doen naar zelfregie van de cliënt bij de huidige afname is er gebruik gemaakt van de 5-item Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978) met aanvullende open vragen. Deze vragenlijst bestaat uit 5 stellingen (items) waarbij op een vijfpuntsschaal gevraagd wordt naar de mate waarop de cliënt de controle ervaart in zijn of haar leven. Ook wel zelfregie genoemd. Deze vragenlijst wordt vooraf en na de afname ingevuld. Aanvullend op de 5-item Mastery Scale wordt er na de huidige afname ook gebruik gemaakt van een open vragenlijst. Deze vragen richten zich op de ervaring en beleving van de cliënt. De open vragenlijst is alleen ingevuld na de afname.

5-item Mastery Scale: deze vijfpuntsschaal richt zich op de meting in hoeverre het gevoel van zelfregie wordt ervaren in hun leven. *Mastery* betekent in Nederlandse termen *meesterschap* / *kunde*. Pearlin & Schooler (1978, p. 20) omschrijven de volgende factoren als meetmiddelen bij *Mastery*:

How strongly do you agree or disagree that:

- I have little control over the things that happen to me.
- There is really no way I can solve some of the problems I have.
- There is little I can do to change many of the important things in my life.
- Often I feel helpless in dealing with the problems of life.
- Sometimes I feel that I'm being pushed around in life.

Om eventuele taalbarrière te voorkomen is gebruik gemaakt van een vertaalde versie, die eerder is gebruikt bij onderzoek naar empowerment, zelfwaardering en zelfregie (Vor & Bruijn, 2015), de Nederlandse 5-item Mastery Scale en de open vragenlijst zijn te vinden in Bijlage A. Elke vraag kan beantwoord worden met een score van 1 tot 5, waarbij 1 = "helemaal mee oneens" en 5 = "helemaal mee eens. Elke vraag toetst een ervaring van zelfregie, maar het is niet vastgesteld of de Mastery score het gemiddelde van de vragen is, of het totaal aantal punten van de vragen. Pearlin & Schooler (1978) geven hier zelf geen richtlijnen in. Om vergelijkend onderzoek zo eenvoudig mogelijk te maken is in dit onderzoek gekozen voor het gemiddelde. Daarnaast zijn alle vragen negatief geformuleerd. Dit betekent dat een lagere score een verhoging van de ervaring van zelfregie aangeeft.

Uit onderzoek van Pearlin & Schooler (1978) is gebleken dat deze vijfpuntsschaal voldoende betrouwbaar en valide is. Dit blijkt onder andere ook uit het aantal citaten wanneer de studie wordt ingevoerd in de databank. Hun onderzoek is 8307 keer geciteerd in andere literatuur. Wanneer dit beperkt is naar 'vanaf 2016' zijn er nog steeds 460 resultaten. Dit betekent dat hun onderzoek hedendaags nog steeds regelmatig wordt aangehaald.

Middels een staafdiagram is er in kaart gebracht hoe de Mastery Scale is ingevuld. Een staafdiagram visualiseert duidelijk de waarde en verdeling om te vergelijken (Baarda, 2013). Per proefpersoon is er een grafiek ingevuld waarin zichtbaar is hoe de zelfregie wordt ervaren voor en na de afname per setting. Dit resulteert in twee grafieken per proefpersoon; één voor de huidige PDP, en één voor de beeldend therapeutische afname. De gemiddelde scores worden behandeld bij deelvragen 2, 3 en 4.

De open vragenlijst is per setting gecodeerd en geanalyseerd. Om het in deelvraag 4 goed te kunnen vergelijken zijn de codes uit de vragenlijst per vraag weergegeven. Zo is er een schema met codes voor de huidige afname met de antwoorden per vraag en een schema voor de beeldend therapeutische setting met antwoorden per vraag. Deze codes zijn geturfd. Dit geeft een duidelijk beeld over wat de thema's zijn en de hoeveelheid van de thema's van de cliënten (Evers, 2007). Deze resultaten zijn meegenomen in deelvraag 4.

Procedure: De huidige afname van het PDP binnen Siza is gebaseerd op de MAPS, ontwikkeld door Marsha Forest en John O'Brien (1989) en de PATH, ontwikkeld door Jack Pearpoint, John O'Brien en Marsha Forest (1991). Tijdens de huidige afname wordt gebruik gemaakt van het MAPS en PATH format. Bij het visualiseren van de MAPS worden de volgende punten uitgewerkt:

- Wie is deze persoon?
 - Wat is zijn of haar verhaal en verleden?
 - Wat zijn de dromen en doelen van deze persoon?
 - Wat zijn de nachtmerries en angsten van deze persoon?
 - Wat zijn de kwaliteiten en talenten van deze persoon?
 - Wat werkt er voor deze persoon en wat niet?
 - Hoe gaan we starten?
- (O'Brien & Lyle, 1999).

Bij het visualiseren van de PATH worden de volgende punten uitgewerkt op volgorde:

1. Wat is het doel, keuzemoment, transitie moment of toekomstdroom?
 2. Wat is er bereikt volgende maand/jaar op deze tijd?
 3. Wat is de huidige situatie -> wat gaat er goed en wat zorgt voor problemen/angsten?
 4. Wat is er nodig om dit op te lossen en aan te pakken?
 5. Welke actie is er nodig?
 6. Welke strategie is er nodig?
 7. De eerste stap die gezet moet worden
- (O'Brien & Lyle, 1999).

De huidige afname wordt begeleid door twee rollen: de facilitator en de recorder. De rollen en een uitgebreidere beschrijving van de MAPS en PATH worden verder toegelicht in hoofdstuk 3.

2.5.3 Deelvraag 3

Hoe wordt de zelfregie ervaren bij het visualiseren van het toekomstbeeld wanneer deze wordt afgenomen in een beeldend therapeutische setting?

Dataverzamelingsmethode en analyse: Voor het onderzoek naar zelfregie van de cliënt bij de beeldend therapeutische afname is er gebruik gemaakt van dezelfde dataverzamelingsmethode en analyse als bij deelvraag 2. Dit zijn de Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978) en de aanvullende open vragen.

Procedure: Voor de afname in de beeldend therapeutische setting is gebruik gemaakt van een speciaal voor het huidige onderzoek ontwikkelde werkvorm (Posthuma & Veen, 2017). Deze is gebaseerd op onderzochte interventies die ingezet kunnen worden bij het afnemen van het PDP in de beeldende therapie. De werkvorm richt zich op cliënten met ASS en LVB, al dan niet in combinatie met elkaar. In de beeldende werkvorm staat de ervaring van cliënten centraal. Waar bij de huidige afname van het PDP vooral verbaal gewerkt wordt, bevat de beeldende werkvorm onder andere tekenen, schilderen en andere beeldende vormen. De zichtbare en tastbare beeldende producten, in dit geval het gevisualiseerde PDP, kan vervolgens worden ingezet als middel binnen een eventuele beeldend therapeutische behandeling (Schweizer et al., 2009). Tijdens de beeldend therapeutische afname is het onderstaande format aangehouden tijdens de visualisatie. Deze is geïnspireerd op het format van de MAPS van O'Brien & Lyle (1999).

1. Netwerk van de cliënt
2. Toekomstbeeld
3. Wat is er nodig om dit te bereiken/ wat is er al aanwezig om dit te bereiken
4. Kwaliteiten en valkuilen rondom het toekomstbeeld
5. Dromen en nachtmerries rondom het toekomstbeeld

De werkvorm wordt individueel afgenomen door een beeldend therapeut. Omdat er individueel wordt gewerkt met de cliënt wordt de rol van de facilitator vervuld door de therapeut. De cliënt zal zelf middels de processen van beeldende vorming gaan visualiseren op papier. De rol van recorder vervalt hierbij. De volledig uitgewerkte werkvorm *Person Driven Planning in de beeldende vaktherapie* staat in Bijlage B.

2.5.4 Deelvraag 4

Welke aspecten zijn opvallend wanneer de twee afgenomen PDP's worden vergeleken met elkaar?

Dataverzamelmethode en analyse: De vergelijking van de twee werkvormen is gebaseerd op de uitkomsten van de vragenlijsten zoals gedefinieerd door Pearlin & Schooler (1978), behandeld in deelvragen 2 en 3. Bij beide afnamen is de vragenlijst tweemaal afgenomen; voorafgaand aan de sessie en na afloop van de sessie. De resultaten van deze vragenlijsten zijn met elkaar vergeleken en opgenomen in een grafiek. Daarnaast zijn aanvullende open vragen gebruikt om verschillen en overeenkomsten te toetsen in de ervaring van zelfregie door de cliënt. De open vragen zijn gecodeerd volgens de methode zoals gedefinieerd door Evers (2007). De gestelde open vragen zijn:

1. Kan je omschrijven wat je van deze afname vindt?
2. Kan je omschrijven hoe je de controle ervaart over je eigen leven tot nu toe?
3. Kan je omschrijven hoe je de controle ervaart over je toekomst?
4. Hoe heb je de afname van het PDP ervaren?

Resultaten

3. Resultaten deelvraag 1.

Wat is er in de literatuur bekend over het PDP?

3.1 Inleiding

Om uit te zoeken wat er bekend is in de literatuur over het PDP is er een literatuurstudie gedaan. Uit de literatuurstudie is gebleken dat er veel Engelstalige literatuur gevonden is in internationale bronnen. Het verloop van de literatuurstudie terug te lezen is in hoofdstuk 2. De bruikbare informatie uit deze gevonden literatuur is hieronder beschreven.

3.2 Historische context

Het *Person Driven Planning*, afgekort tot PDP is een methodiek die sinds de jaren tachtig bestaat. De grondleggers hiervan zijn John O'Brian en Beth Mount (U.S.A.) en Marsha Forest, Judith Snow en Jack Pearpoint (Toronto, Canada). Voorheen werd het *Person Centered Planning*, afgekort tot PCP genoemd. Dit drukt uit dat *persoon* centraal staat in plaats van de *persoon en zijn systeem*. Caren Sax heeft daarna de term PDP geïntroduceerd. De persoon waarover het gaat is de *Driver*, deze zit achter het stuur (Panhuis, 2003).

Het PDP vindt zijn oorsprong in Noord- Amerika, waarna het is verspreid over landen zoals Groot-Brittannië en de Scandinavische landen en sinds 1992 in Nederland. Het PDP is voortgekomen uit de ontevredenheid over de bestaande planningsmethoden. Er was behoefte aan een methode waarbij de cliënt zelf het heft in eigen handen heeft in plaats van de hulpverlener. De cliënt centraal, waardoor deze meer gerespecteerd en gewaardeerd wordt. *Persoonsgericht* in plaats van *systeemgericht* waarbij de hulpverlener nog een te grote rol had (Panhuis, 2003).

Uitgangspunten van het PDP:

- De cliënt staat centraal en bepaalt
 - het plan staat dichtbij de cliënt
 - eigen regie over het plan
- Proces is net zo belangrijk als het product
 - als cliënt word je zichtbaar
 - men leert je beter kennen
- Het PDP is toekomstgericht

(Kok, 2013).

Het PDP is als methodiek begonnen als toepassing bij cliënten met een LVB. Inmiddels is het PDP wereldwijd erkend en toegepast bij verschillende doelgroepen, zo ook bij ASS al dan niet in combinatie met een LVB. Het onderzoek naar het PDP is de laatste jaren veel gegroeid en heeft aangetoond dat het PDP effectief is (Robertson, 2007). In dit onderzoek zal de focus liggen op het PDP bij cliënten met ASS.

"Person Centered Planning is a philosophy and a set of related activities that assist individuals with developmental disabilities to plan for a life in which they can be valued and contributing members of the community" - Beth Mount (PDD Central Alberta Community Board, 2006, p.6)

3.3 Planningsmethode

In Nederland is het PDP in 1992 geïntroduceerd door Erwin Wieringa. De meeste gehanteerde planningsmethode op dit moment zijn de *Making Action Plans*, afgekort tot MAPS en de *Planning Alternative Tomorrows with Hope*, afgekort tot PATH. Dit zijn planningsmethode waar in een plan wordt beschreven over hoe de cliënt zijn leven wil leiden.

3.3.1 MAPS

De MAPS is in 1989 ontwikkeld door Marsha Forest en John O'Brien in Canada. Het idee van Marsha Forest was om de kinderen en jongeren zoveel mogelijk buiten de geïnstitutionaliseerde zorg te houden. Door de MAPS te gebruiken wordt er in kaart gebracht hoe kinderen, jongeren en volwassenen het beste deel kunnen nemen in het gewone leven. Dit wordt gedaan door een omgeving op te stellen rondom de cliënt. De cliënt kiest zelf wie deze personen zijn (O'Brien & Lyle, 1999).

Bij het visualiseren van de MAPS worden de volgende punten uitgewerkt:

- Wie is deze persoon?
 - Wat is zijn of haar verhaal en verleden?
 - Wat zijn de dromen en doelen van deze persoon?
 - Wat zijn de nachtmerries en angsten van deze persoon?
 - Wat zijn de kwaliteiten en talenten van deze persoon?
 - Wat werkt er voor deze persoon en wat niet?
 - Hoe gaan we starten?
- (O'Brien & Lyle, 1999).

3.3.2 PATH

De PATH is in 1991 ontwikkeld door Jack Pearpoint, John O'Brien en Marsha Forest. Het proces dat de cliënt doormaakt wordt gezien als een reis. Het biedt een duidelijk beeld van waar de cliënt heen wil. Het visualiseert de stappen die er gezet moeten worden om het doel te bereiken. Het wordt vaak gebruikt wanneer er een transitie moment plaatsvindt of wanneer er een belangrijke keuze in het leven van de cliënt moet worden gemaakt (Armstrong & Dorsett, 2015).

Bij het visualiseren van de PATH worden de volgende punten uitgewerkt op volgorde:

- Wat is het doel, keuzemoment, transitie moment of toekomstdroom?
 - Wat is er bereikt volgende maand/ jaar op deze tijd?
 - Wat is de huidige situatie -> wat gaat er goed en wat zorgt voor problemen/ angsten?
 - Wat is er nodig om dit op te lossen en aan te pakken?
 - Welke actie is er nodig?
 - De eerste stap die gezet moet worden
- (O'Brien & Lyle, 1999).

De verschillende planningsmethoden worden gebruikt om te ontdekken wat de interesses en voorkeuren zijn van de cliënt die centraal staat. Al deze strategieën hebben dezelfde basis maar worden op verschillende manieren gevisualiseerd. Per cliënt en situatie kan het verschillen welke de voorkeur heeft. Door gebruik te maken van een groot vel papier en de nodige tekenmaterialen zoals potloden, stiften en afbeeldingen wordt dit proces gevisualiseerd. Het is een creatief proces.

Er is ondervonden dat bij cliënten met ASS de MAPS het beste lijkt te werken in vergelijking tot de PATH. Dit komt waarschijnlijk omdat de MAPS meer gericht is op het leren kennen van de cliënt, met zijn achtergrond en context. De MAPS is eenvoudiger, er zijn minder kolommen waardoor het overzichtelijker is. Daarnaast werk je ook per vel 1 thema uit, hierdoor is het voor de cliënt ook makkelijker schakelen tussen de vellen. Omdat elk vel een thema heeft kan er ook makkelijk gewerkt worden met *geschiedenis* door dit vel bijvoorbeeld weg te hangen. Dit kan ook met al behaalde doelen (Kok, 2013).

Sax (2010) geeft aan dat er geen vast format bestaat voor de MAPS en in zekere zin ook niet voor de PATH. Naar eigen inzicht kan er vorm worden gegeven aan de visualisatie ervan. Ook is er de mogelijkheid om bijvoorbeeld eerst de MAPS te visualiseren en in een latere fase de PATH in te zetten voor meer concrete doelen en stappen. Dit alles maakt het mogelijk om het in samenspraak met de cliënt uit te voeren. Hierbij kan er optimaal af gestemd worden op wat er op dat moment het beste past (Kok, 2013).

3.4 Rollen

Bij de afname van het PDP wordt er gebruik gemaakt van twee verschillende rollen, namelijk de recorder en de facilitator.

3.4.1 Facilitator

De facilitator wordt ook wel gezien als de voorzitter en procesbewaker. Als facilitator leidt je de cliënt en omgeving door het proces van de afname, je behandelt conflicten en zorgt voor gelijke kansen. Ook zorgt de facilitator ervoor dat de cliënt het meest bepaalt tijdens het proces. Daarnaast stimuleert de facilitator de omgeving om te kijken naar de krachten en kwaliteiten van de cliënt. Hij nodigt de omgeving uit om na te gaan waar zij kunnen helpen in het bereiken van het doel.

3.4.2 Recorder

De recorder wordt ook wel gezien als de notulist en heeft de taak als tekenaar. De recorder is onafhankelijk en onbevooroordeeld. Als recorder bewaakt je op inhoudsniveau de informatie die op papier komt te staan. Als recorder mag je ook vragen stellen. Ook vraag je door wanneer er onduidelijkheden zijn of om erachter te komen wat iemands drijfveer is. De recorder checkt regelmatig bij de cliënt of alle onderdelen op papier staan en of er nog iets mist. Ook checkt hij of het plan concreet genoeg is zodat de cliënt en de omgeving aan de slag kunnen. Om het plan te visualiseren gebruikt de recorder, naast de geschreven tekst, ook plaatjes/ afbeeldingen/ symbolen en persoonlijke foto's. Dit wordt gedaan om het zo persoonlijk mogelijk te maken voor de cliënt.

Omdat er werd ontdekt dat het PDP effectief is voor cliënten met ASS heeft Bal (2013) recent onderzoek gedaan. Hierin is er onderzocht welke taken en benodigde competenties je als facilitator en recorder bij cliënten met ASS nodig hebt. Hiervan is er per rol een competentieprofiel beschreven.

Competentieprofiel facilitator bij ASS

Vaardigheden	• gestructureerd en duidelijk werken • wederzijdse verwachtingen uitspreken • duidelijkheid creëren over de bijeenkomst • een duidelijke richting bieden in vragen • afstemmen op het niveau, de behoefte en interesse van de cliënt • grenzen en de cliënt in de gaten houden • sociaal wenselijke antwoorden doorhebben en hierover doorvragen • doelen en werkwijze extra concreet maken • toekomstdoelen helpen formuleren en eventueel met visuele ondersteuning • weerstand opmerken en hiernaar handelen • tijd nemen voor kennisverbreding en uitleg
Attitude	• inlevend • observerend • open en alert
Kennis	• kennis over autisme

Tabel 1. Competentieprofiel facilitator bij ASS (Bal, 2013)

Competentieprofiel recorder bij ASS

Vaardigheden	• zorgen voor visuele ondersteuning bij het opstellen van de het PDP • extra tijd besteden aan het uitleggen van termen • extra tijd besteden aan het opstellen van doelen • extra tijd besteden aan het uitvoeren van doelen • rekening houden met energieniveau en overprikkelingen van de cliënt • vraagstelling duidelijk en concreet houden • manier van praten afstemmen op het niveau van de cliënt • doel klein, realistisch en eigen maken • niet teveel in detail treden • taal van de jongere verhelderen • functieomschrijving geven aan begin van de bijeenkomst • sociaal wenselijke antwoorden doorgronden • voorzichtig zijn met humor
Attitude	• inlevend • afstemmend • alert en signalerend
Kennis	• kennis over autisme

Tabel 2. Competentieprofiel recorder bij ASS (Bal, 2013)

De competenties uit dit profiel zijn tijdens de huidige afname binnen Siza aangehouden door zowel de facilitator als de recorder. Ook tijdens de afname in de beeldend therapeutische setting zijn de vaardigheden, attitude en kennis geïnspireerd op deze competentie profielen.

4. Resultaat deelvraag 2.

Hoe wordt de zelfregie ervaren bij het visualiseren van het toekomstbeeld wanneer deze wordt afgenomen op de huidige manier?

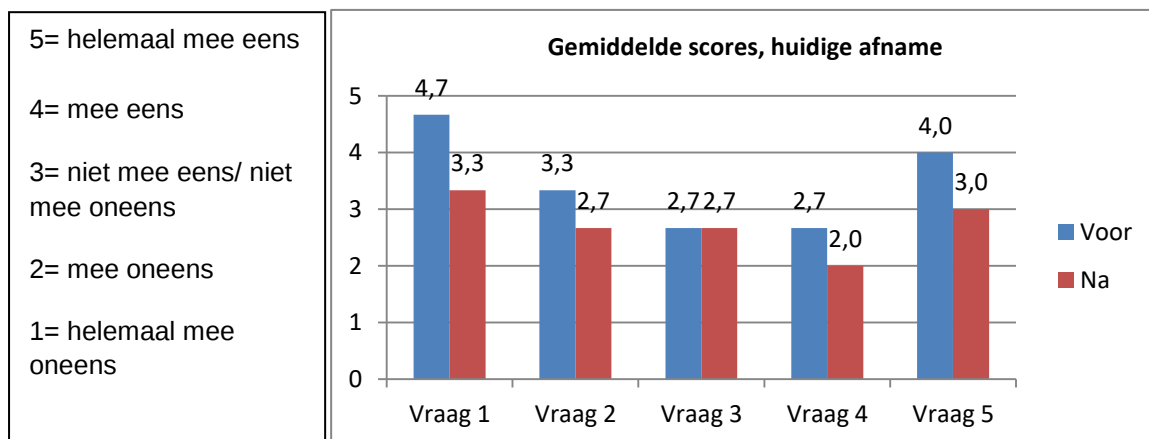
4.1 Inleiding

Om uit te zoeken hoe de zelfregie wordt ervaren bij het visualiseren van het toekomstbeeld in de huidige setting is er gebruik gemaakt van een vragenlijst bestaande uit vijf vragen over zelfregie. Dit is de Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978). Deze zijn door elke cliënt vóór en na de afname ingevuld. De scores van de vragen zijn per afnamemoment gecombineerd en het gemiddelde vormt de uitkomst van de Mastery Scale (terug te lezen bij de methode in hoofdstuk 2). Deze gemiddelde zijn hieronder weergegeven in figuur 1. De vragen worden negatief gesteld, dit betekent dat een daling in de grafiek wijst op bevordering op de ervaring van zelfregie. Een lagere score kan dus gezien worden als een verbetering.

Daarnaast heeft de cliënt na de afname een open vragenlijst ingevuld. De resultaten hiervan worden weergegeven in hoofdstuk 4.3.

4.2 Resultaten Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978)

Om antwoord te geven op de deelvraag hoe de zelfregie wordt ervaren in de huidige setting bij het visualiseren van het toekomstbeeld is per vraag het gemiddelde antwoord berekend. Deze resultaten zijn verkregen door de antwoorden op te tellen en te delen door het aantal cliënten. Bijvoorbeeld $4 + 4 + 5 = 13 / 3 = 4,3$. Hierdoor wordt zichtbaar wat het gemiddelde antwoord is per vraag. Zo wordt duidelijk wat het verschil is voor en na de afname. Dit wordt weergegeven in onderstaande figuur 1.



Figuur 1. Gemiddelde score bij huidige afname

Vraag 1 *Ik heb voor mijn gevoel weinig controle over de dingen die mij overkomen* heeft voor de afname een gemiddelde score van 4,7. Dit zit tussen de antwoorden mee eens en helemaal mee eens in. Na de huidige afname is de gemiddelde score 3,3. Dit zit tussen de antwoorden niet mee eens/ niet mee oneens en mee eens in.

Vraag 2 *Sommige van mijn problemen kan ik voor mijn gevoel met geen mogelijkheid oplossen* heeft voor de afname een gemiddelde score van 3,3. Dit zit tussen de antwoorden niet mee eens/ niet mee oneens en mee eens in. Na de huidige afname is de gemiddelde score 2,7. Dit zit tussen de antwoorden mee oneens en niet mee eens/ niet mee oneens in.

Vraag 3 *Ik heb het idee dat ik weinig zelf kan doen om belangrijke dingen in mijn leven te veranderen* heeft zowel voor als na de huidige afname een gemiddelde score van 2,7. Dit zit tussen de antwoorden mee oneens en niet mee eens/ niet mee oneens in.

Vraag 4 *Ik voel mij vaak hulpeloos bij het omgaan met de problemen van het leven overkomen* heeft voor de afname een gemiddelde score van 2,7. Dit zit tussen de antwoorden mee oneens en niet mee eens/ niet mee oneens in.. Na de huidige afname is de gemiddelde score 2. Dit is het antwoord mee eens.

Vraag 5 *Soms voel ik mij een speelbal van het leven* heeft voor de afname een gemiddelde score van 4. Dit is het antwoord mee eens. Na de huidige afname is de gemiddelde score 3. Dit is het antwoord niet mee eens/ niet mee oneens.

De gemiddelde scores voor ervaren zelfregie bij de huidige afname zijn **3,5** vóór afname en **2,7** ná afname. Deze worden verder behandeld in hoofdstuk 6.2.

4.3 Resultaten open vragen

De resultaten van de open vragenlijst wordt hieronder beschreven. Om inzicht te krijgen in de antwoorden op de open vragenlijst zijn deze gecodeerd en geturfd. De resultaten zijn hieronder zichtbaar in tabel 3 t/m 7.

Omdat sommige dezelfde antwoorden in verschillende contexten werden gebruikt is er onderscheid gemaakt tussen *code positief* en *code negatief*. Dit houdt in dat bijvoorbeeld *creatief bezig zijn* door de ene cliënt als positief wordt ervaren en door de ander als negatief. De *code positieve omschrijving* wordt gezien wanneer er antwoorden werden gegeven als *prettig, fijn, leuk* en *beter*. Elke vraag uit deze open vragenlijst is apart weergegeven.

Vraag: Kan je omschrijven wat je van deze afname vind?

Cliënt 1 beantwoordt deze vraag met *"Ik vond het heel prettig. De informatie werd heel overzichtelijk genoteerd. Zodat je aan het eind een helder beeld hebt over het gesprek en over jezelf. En het hielp ook bij het stapsgewijs ophalen van informatie over mijn geschiedenis."* Ook cliënt 2 omschrijft deze manier van afname als *"prettig"*. En net zoals cliënt 1 zegt cliënt 2 hierover de structuur prettig is te vinden. Cliënt 3 zegt hierover het *"fijn"* te vinden en *"Ze vroeg alles na, of het klopte en of het opgeschreven mocht worden. Dat was erg prettig."*

Code positief	Code negatief	Aantal
Positieve omschrijving		4
Gestructureerd		4
Checken		1

Tabel 3. Vraag 1

Vraag: Kan je omschrijven hoe je de controle ervaart over je eigen leven tot nu toe?

Cliënt 1 omschrijft hierbij vooral zijn pijnklachten wat betreft zijn spanningen. Hij benoemt hierbij veel behoefte te hebben aan begeleiding. Cliënt 2 geeft ook aan behoefte te hebben aan begeleiding. *"Alles kost wel veel moeite en heb niet alles onder controle. Mijn depressie is hierbij een grote oorzaak. Heb de begeleiding wel nodig."* Cliënt 3 ervaart soms weinig controle. *"Door het opschrijven van mijn geschiedenis heb ik meer het idee waar ik wel en geen invloed of controle op heb. Eerst dacht ik dat ik alles wel op kon lossen zelf en dat is best zwaar. Maar soms heb je geen controle op dingen."*

Code positief	Code negatief	Aantal
	Behoeftte aan begeleiding	3
	Weinig controle	2
	Balans houden	1
Gestructureerd		1

Tabel 4. Vraag 2

Vraag: Kan je omschrijven hoe je de controle ervaart over je toekomst?

Zowel cliënt 1 als cliënt 2 zeggen hierover dat ze wel denkt dat ze over de kwaliteiten beschikken om dingen die op hun pad komen aan te kunnen of te verwerken. Ook het netwerk speelt hierin een belangrijke rol. Cliënt 3 zegt hier over *"Ik vind het moeilijk om ver vooruit de toekomst in te denken dus zoveel controle heb ik daar nog niet op."*

Code positief	Code negatief	Aantal
Zelfregie		2
Netwerk in kunnen zetten		2
Positieve omschrijving		1
	Vooruit kijken	1

Tabel 5. Vraag 3

Vraag: Hoe heb je de afname van het PDP ervaren?

Cliënt 1 zegt hierover *"We hebben een overzichtelijke geheel op papier gezet, waar ik wel tevreden over ben. Alleen had ik het op sommige punten nog wel aan kunnen vullen. Maar ik twijfelde wel of dat noodzakelijk was omdat het doel van de PDP eigenlijk al behaald was."* Cliënt 2 was tevreden. Cliënt 3 vond het prettig dat het gestructureerd werd.

Code positief	Code negatief	Aantal
Positieve omschrijving		2
Gestructureerd		2
Zelfregie		1

Tabel 6. Vraag 4

Vraag: Hoe heb je de controle ervaren bij de afname van het PDP?

Cliënt 1 vond het fijn. Ook zegt hij dat iedereen genoeg ruimte kreeg om te vertellen. Cliënt 2 zegt hierover *"Alles werd opgeschreven van wat ik vertelde, dat was prettig."* Cliënt 3 geeft aan de zelfregie te hebben ervaren. *"Ik mocht alles bepalen en dat was fijn!"*

Code positief	Code negatief	Aantal
Positieve omschrijving		4
Gestructureerd		1
Zelfregie		1

Tabel 7. Vraag 5

5. Resultaat deelvraag 3

Hoe wordt de zelfregie ervaren bij het visualiseren van het toekomstbeeld wanneer deze wordt afgenomen in een beeldend therapeutische setting?

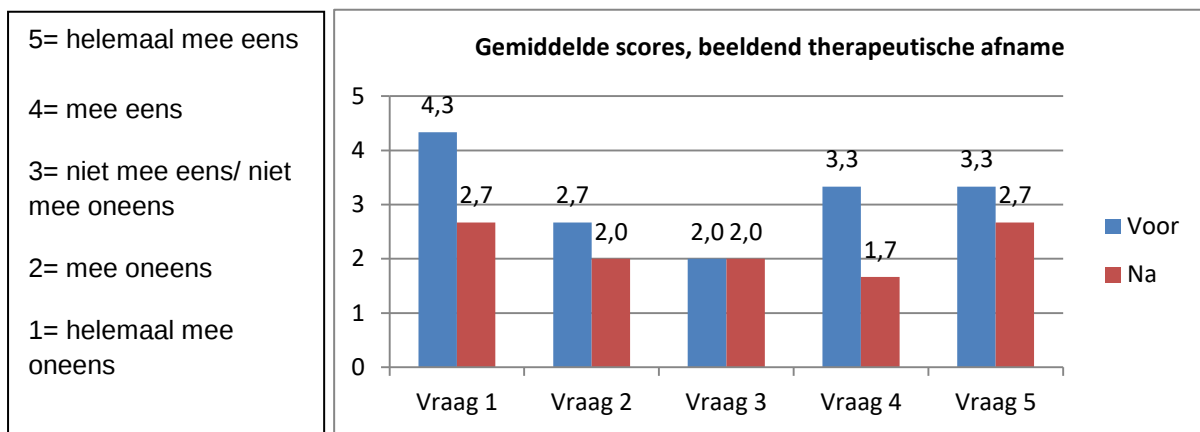
5.1 Inleiding

Om uit te zoeken hoe de zelfregie wordt ervaren bij het visualiseren van het toekomstbeeld in de beeldend therapeutische setting is er, net zoals in hoofdstuk 4, gebruik gemaakt van een vragenlijst over zelfregie. Dit is de Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978). Deze is voor en na de afname ingevuld door de cliënt. De scores van de vragen zijn per afnamemoment gecombineerd en het gemiddelde vormt de uitkomst van de Mastery Scale (terug te lezen bij de methode in hoofdstuk 2). Deze gemiddelde zijn hieronder weergegeven in figuur 2. De vragen worden negatief gesteld. Een daling in de grafiek wijst op bevordering op de ervaring van zelfregie. Een lagere score kan dus gezien worden als een verbetering.

Daarnaast heeft de cliënt na de afname een open vragenlijst ingevuld. De resultaten hiervan worden weergegeven in hoofdstuk 5.3.

5.2 Resultaten Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978)

Om antwoord te geven op de deelvraag hoe de zelfregie wordt ervaren in de beeldend therapeutische setting bij het visualiseren van het toekomstbeeld is het gemiddelde antwoord berekend. Deze resultaten zijn verkregen door de antwoorden op te tellen en te delen door het aantal cliënten. Bijvoorbeeld $4 + 4 + 5 = 13 / 3 = 4,3$. Hierdoor wordt zichtbaar wat het gemiddelde antwoord is per vraag. Zo wordt duidelijk wat het verschil is voor en na de afname. Dit wordt weergegeven in het onderstaande figuur.



Figuur 2. Gemiddelde score bij beeldend therapeutische afname

Vraag 1 *Ik heb voor mijn gevoel weinig controle over de dingen die mij overkomen* heeft voor de afname een gemiddelde score van 4,3. Dit zit tussen de antwoorden mee eens en helemaal mee eens in. Na de beeldend therapeutische afname is de gemiddelde score 2,7. Dit zit tussen de antwoorden mee oneens en niet mee eens/ niet mee oneens in.

Vraag 2 *Sommige van mijn problemen kan ik voor mijn gevoel met geen mogelijkheid oplossen* heeft voor de afname een gemiddelde score van 2,7. Dit zit tussen de antwoorden mee oneens en niet mee eens/ niet mee oneens in. Na de beeldend therapeutische afname is de gemiddelde score 2. Dit is het antwoord mee oneens.

Vraag 3 *Ik heb het idee dat ik weinig zelf kan doen om belangrijke dingen in mijn leven te veranderen* heeft zowel voor als na de beeldend therapeutische afname een gemiddelde score van 2. Dit is het antwoord mee oneens.

Vraag 4 *Ik voel mij vaak hulpeloos bij het omgaan met de problemen van het leven* heeft voor de afname een gemiddelde score van 3,3. Dit zit tussen de antwoorden mee oneens en niet mee eens/ niet mee eens in. Na de beeldend therapeutische afname is de gemiddelde score 1,7. Dit zit tussen de antwoorden helemaal mee oneens en mee oneens in.

Vraag 5 *Soms voel ik mij een speelbal van het leven* heeft voor de afname een gemiddelde score van 3,3. Dit zit tussen de antwoorden niet mee eens/ niet mee oneens en mee eens in. Na de beeldend therapeutische afname is de gemiddelde score 2,7. Dit zit tussen de antwoorden mee oneens en niet mee eens/ niet mee oneens in.

De gemiddelde scores voor ervaren zelfregie bij de beeldend therapeutische afname zijn **3,1** vóór afname en **2,2** na afname. Deze worden verder behandeld in hoofdstuk 6.2.

5.3 Resultaten open vragen

De resultaten van de open vragenlijst wordt hieronder beschreven. Om inzicht te krijgen in de antwoorden op de open vragenlijst zijn deze gecodeerd en geturfd. De resultaten zijn hieronder zichtbaar in tabel 8 t/m 12.

Omdat sommige dezelfde antwoorden in verschillende contexten werden gebruikt is er onderscheid gemaakt tussen *code positief* en *code negatief*. Dit houdt in dat bijvoorbeeld *creatief bezig zijn* door de ene cliënt als positief wordt ervaren en door de ander als negatief. De *code positieve omschrijving* wordt gezien wanneer er antwoorden werden gegeven als *prettig, fijn, leuk* en *beter*. Elke vraag uit deze open vragenlijst is apart weergegeven.

Vraag: Kan je omschrijven wat je van deze afname vind?

Cliënt 1 zegt hierover *"Het was fijn om op een creatieve manier mijn wens op papier te zetten. Het was voor mij een wens die ik nog niet voor mezelf helemaal had uitgewerkt. Maar op deze manier, is er wel een mooi stappenplan/overzicht op papier gekomen."* Ook cliënt 3 vond het creatief bezig zijn leuk. *"Ik hou van tekenen dat was veel leuker dan alleen vertellen. is ook makkelijker om te tekenen als je iets niet kan vertellen."* Cliënt 2 vond het creatief werken moeilijk. *"Het was prettig maar moeilijk om creatief bezig te zijn met een toekomstbeeld. Er was ook veel keuze aan materialen om te gebruiken wat fijn was."*

Code positief	Code negatief	Aantal
Creatief bezig zijn		3
Positieve omschrijving		1
Gestructureerd		1
	Creatief bezig zijn	1
Exploreren		1
Ruime aanbod materiaal		1

Tabel 8. Vraag 1

Vraag: Kan je omschrijven hoe je de controle ervaart over je eigen leven tot nu toe?

Cliënt 1 omschrijft hier zijn pijnklachten wat betreft spanningen. Ook balans houden vind hij lastig. Cliënt 2 zegt hierover *"Ik heb redelijk veel controle over mijn eigen leven alleen zijn sommige problemen niet op te lossen, zelfs met veel controle. Dat maakt het onprettig, ondanks dat veel controle fijn is."* Cliënt 3 omschrijft dat het PDP meer houvast biedt over het leven.

Code positief	Code negatief	Aantal
Zelfregie		2
Positieve omschrijving		1
	Balans houden	1
	Behoeftte aan begeleiding	1
	Geen oplossing vinden	1

Tabel 9. Vraag 2

Vraag: Kan je omschrijven hoe je de controle ervaart over je toekomst?

Cliënt 1 omschrijft hierbij het prettig te vinden zijn netwerk in te kunnen zetten. Cliënt 2 omschrijft zelfregie te ervaren. *"Ik bepaal zelf mijn toekomst, de hulpverlening is hierbij helpend maar niet sturend. Dit is erg prettig"*. Cliënt 3 zegt dat het nu beter gaat.

Code positief	Code negatief	Aantal
Positieve omschrijving		3
Zelfregie		2
Netwerk in kunnen zetten		1

Tabel 10. Vraag 3

Vraag: Hoe heb je de afname van het PDP ervaren?

Cliënt 1 zegt hierover *"Prettig. Genoeg rust en tijd om voor jezelf te bepalen, hoe je iets op papier wilt hebben. Genoeg materialen om mee te werken en er werden ook suggesties gegeven over hoe je iets op papier zet. Verder goede, begripvolle gesprekken en met een duidelijke inleiding/uitleg."* Cliënt 2 ervaart zelfregie. *"Het maken van het PDP lag grotendeels in mijn handen, er werden alleen grote richtlijnen gegeven. Dit was aan het begin even wennen maar later fijn om te doen."* Cliënt 3 vond de beeldend therapeutische afname fijner dan de huidige afname. Ze heeft meer invloed ervaren.

Code positief	Code negatief	Aantal
Positieve omschrijving		3
Zelfregie		3
Gestructureerd		2
Ruime aanbod materiaal		1
Suggestief over de visualisatie		1
Prettige communicatie		1

Tabel 11. Vraag 4

Vraag: Hoe heb je de controle ervaren bij de afname van het PDP?

Cliënt 1 zegt hierover "Door het zelf op papier te zetten zat ik er meer in dan de andere afname. ik mocht bepalen hoe het eruit kwam te zien, dit was prettig." Cliënt 2 vond de structuur prettig. Cliënt 3 zegt hierover "Ik heb zelf alle controle gehad de mevrouw gaf alleen aan wat het thema was waar het om ging en gaf soms tips."

Code positief	Code negatief	Aantal
Positieve omschrijving		3
Zelfregie		4
Gestructureerd		2

Tabel 12. Vraag 5

6. Resultaten deelvraag 4

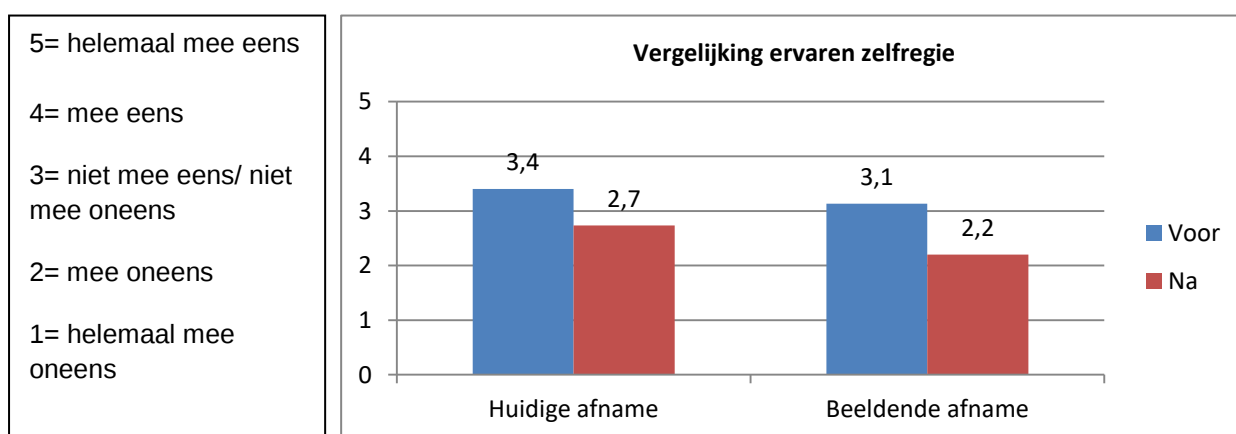
Welke aspecten zijn opvallend wanneer de twee afgenomen PDP's worden vergeleken met elkaar?

6.1 Inleiding

Bij de vergelijking van de afgenomen PDP's zijn de volgende aspecten meegenomen. Ten eerste de resultaten uit de Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978). Daarnaast de uitgewerkte PDP's. Deze worden ondersteund door de resultaten van de open vragenlijst die na de afname in beide settings is ingevuld.

6.2 Vergelijking resultaten Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978).

Om de vergelijking van de Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978) te maken in beide settings, is gekeken naar de gemiddelde uitkomsten van de vragen per setting. Dit is de score voor de ervaren zelfregie. De score loopt van 1 tot 5, en omdat de vragen negatief zijn is een lagere score beter. De gemiddelde ervaren zelfregie per setting is hieronder weergegeven in figuur 3.

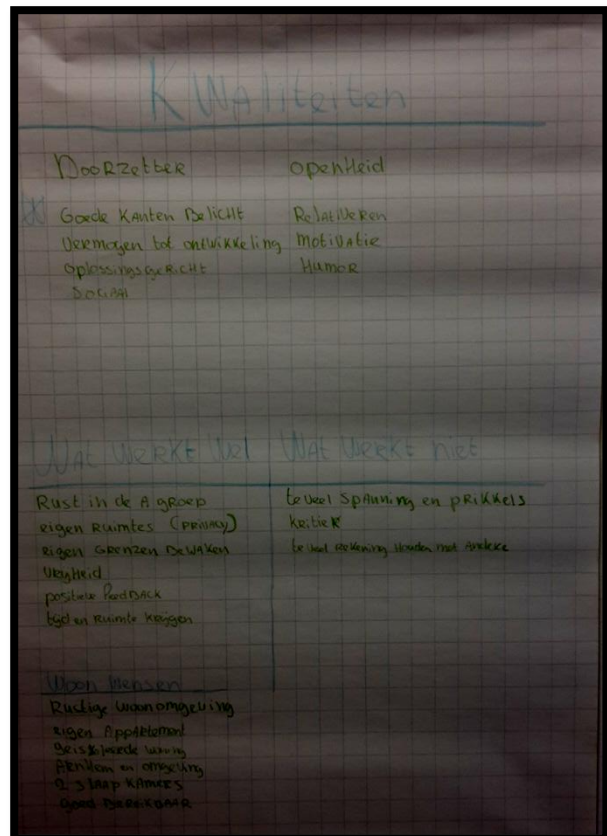


Figuur 3. Vergelijking ervaren zelfregie

In figuur 3 is te zien dat er voor en na de huidige afname een verschil is van 0,7. Het verschil voor en na de beeldend therapeutische setting is 0,9. Zichtbaar is dat er een zeer klein verschil is tussen beide setting. Namelijk 0,2.

6.3 Vergelijking afgenomen PDP's

Wegens privacy van de cliënten zijn de afgenomen PDP's geanonimiseerd. Er zijn gedeeltes uit de PDP's naast elkaar gelegd met hetzelfde thema, uit beide setting van dezelfde cliënten. In afbeelding 1 en 2 zijn de *kwaliteiten* weergegeven uit beide settings. In afbeelding 3 en 4 zijn de *doelen* weergegeven uit beide settings. In afbeelding 5 en 6 is de *droom* weergegeven uit beide settings.

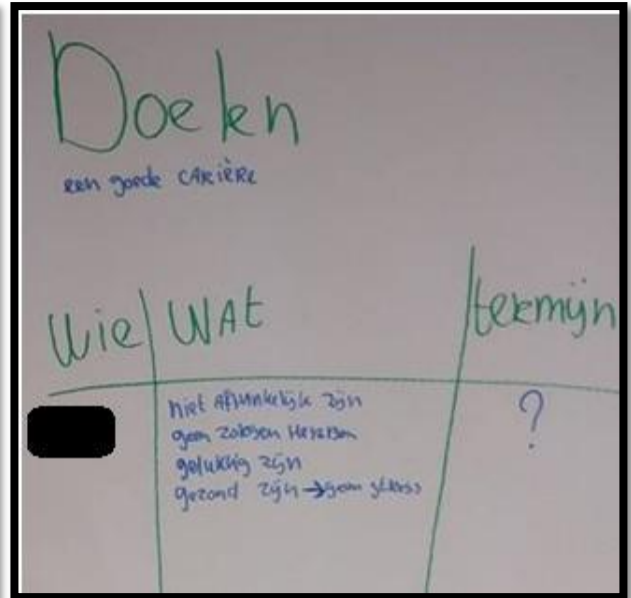


Afbeelding 1 Beeldend therapeutische setting Afbeelding 2 Huidige setting

Afbeelding 1 is door de cliënt zelf gevisualiseerd, afbeelding 2 is door de recorder gevisualiseerd. Wanneer er naar de *Kwaliteiten* wordt gekeken is er zichtbaar dat er in afbeelding 1 veel met symbolen is gewerkt. In afbeelding 2 is een schematische weergave gebruikt. In de open vragenlijst omschrijft de cliënt zijn ervaring. 'Ik denk, dat ik wel over de kwaliteiten beschik om de dingen die op mijn pad komen aan te kunnen of te verwerken. Door deze zelf op papier te zetten maak ik ze concreet'.

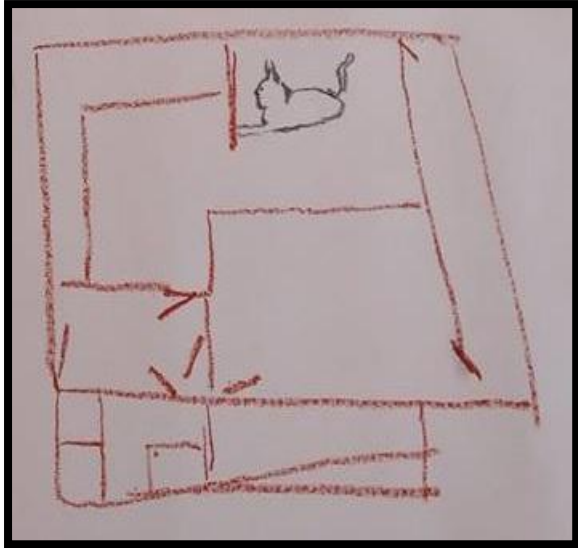


Afbeelding 3 Beeldend therapeutische setting

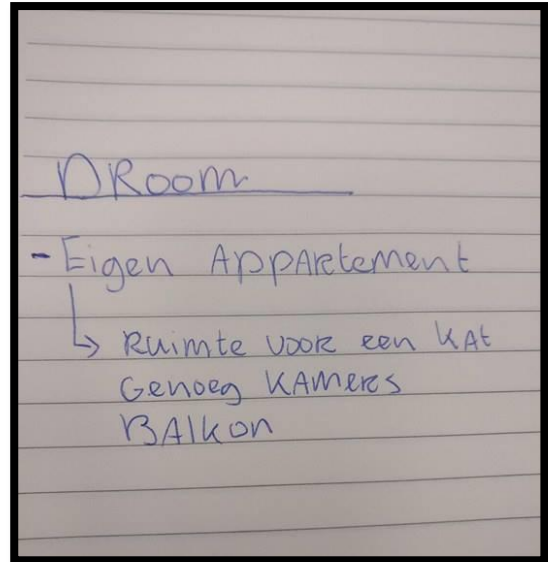


Afbeelding 4 Huidige setting

Afbeelding 3 is door de cliënt zelf gevisualiseerd, afbeelding 4 is door de recorder gevisualiseerd. Wanneer er naar de *Doelen* wordt gekeken zien we dat deze op verschillende wijze is gevisualiseerd. Afbeelding 4 laat het doel zien en splitst deze uiteen door de *Wie*, *Wat* en *Termijn* weer te geven. Afbeelding 3 laat zien dat het doel is gevisualiseerd op *Wat is er nog nodig* en *Wat is er al aanwezig* om dit doel te bereiken. Ook hier is gebruik gemaakt van symbolen, ondersteund met woorden. De cliënt zegt over afbeelding 3 'Ik vond dit fijner dan de andere afname. Ik had nog meer invloed op wat er op papier komt dat maakt het makkelijker voor mij'. Ook is er in afbeelding 3 veel gebruik gemaakt van kleur. Over afbeelding 4 wordt er gezegd 'alles wat ik zeg wordt in het schema gezet, dit maakt het gestructureerd'.



Afbeelding 5 Beeldend therapeutische setting



Afbeelding 6 Huidige setting

Afbeelding 5 is door de cliënt zelf gevisualiseerd, afbeelding 6 is door de recorder gevisualiseerd. In afbeelding 5 is zichtbaar dat de cliënt een bovenaanzicht van zijn droom appartement weergeeft. Dit is een concrete weergave van zijn droom. Afbeelding 6 laat de uitgeschreven droom zien. De cliënt geeft aan het creatief bezig zijn soms moeilijk te vinden. De cliënt zegt over afbeelding 5 *Het was prettig maar moeilijk om creatief bezig te zijn met een toekomstbeeld*. Het structureren van de geschreven droom lag deze cliënt meer.

Wanneer er wordt gekeken naar de PDP's zijn er een aantal opvallendheden. Te beginnen met die door de cliënt zijn gevisualiseerd in de beeldende therapeutische setting. Opvallend is dat er veel met symbolen wordt gewerkt. Ook wordt er veel kleur gebruikt. Er is door 2 van de 3 cliënten aangegeven dat deze manier van visualiseren hen meer ligt. Dit is terug te lezen in de beschrijving van de afbeeldingen hier boven.

De uitgewerkte PDP's uit de huidige setting zijn door de recorder gevisualiseerd. Wat hierbij naar voren komt is, is dat door 2 van de 3 cliënten benoemd is dat ze het prettig vinden om ondersteuning te krijgen in het structureren van informatie. Dit is terug te lezen in de beschrijving van de afbeeldingen hier boven.

7. Conclusie

De vraag vanuit de opdrachtgever, beeldend therapeut bij Siza, was om te onderzoeken of er mogelijk een beeldende werkvorm van het PDP ontwikkeld kan worden. In dit onderzoek werd er gekeken naar het verschil in zelfregie van cliënten met ASS bij het visualiseren van het toekomstbeeld wanneer deze wordt afgenomen op de huidige manier in vergelijking tot in een beeldend therapeutische setting. Het onderzoek had als doel om het PDP te combineren met theorie en praktijk uit de beeldende therapie voor toepassing in het trainingshuis van Siza. Daarnaast er in dit onderzoek naar een nieuwe beeldende werkvorm gekeken en naar de effecten op zelfregie. Specifiek werd hierbij gekeken naar wat het effect was op de ervaren zelfregie na de afname van het PDP in een beeldend therapeutische setting in vergelijking tot de zelfregie na de afname op de huidige manier. Uiteindelijk is er gekeken naar welke manier van afname van het PDP het beste aansluit bij de visie van Siza: het voorop stellen van de eigen kracht en hoge mate van zelfregie van de cliënt.

Om dit te bereiken is er een literatuurstudie en een vergelijkend onderzoek uitgevoerd. Uit de literatuurstudie blijkt dat de oorsprong van de methode ligt in Noord- Amerika. Daarna is het verspreid over Groot- Brittannië en de Scandinavische landen. Pas sinds 1992 is het geïntroduceerd in Nederland. Geconcludeerd kan worden dat de methode nog redelijk nieuw is in Nederland. Onderzoek heeft aangetoond dat het PDP effectief is (Robertson, 2007). Wanneer er wordt gekeken naar ASS en PDP is er ondervonden dat bij cliënten met ASS de MAPS het beste lijkt te werken in vergelijking tot de PATH (Kok, 2013).

De tweede onderzoeksvraag was "Hoe wordt de zelfregie ervaren bij het visualiseren van het toekomstbeeld wanneer deze wordt afgenomen op de huidige manier?". Vanwege de beperkte grootte van de afnamegroep is er voorzichtigheid geboden met het trekken van conclusies. Wel is er verschil te zien tussen de afname van de Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978) vóór en na de huidige afname. Zichtbaar is dat er na de huidige afname een stijging is in de ervaring van de zelfregie door de cliënten. Dit heeft een gemiddelde stijging van 0,7 punten (op een schaal van 1 tot 5).

Binnen de huidige afname visualiseert de recorder het toekomstbeeld op papier. De antwoorden op de open vragenlijst laten zien dat 2 van de 3 cliënten aangeven het prettig te vinden om ondersteuning te krijgen in het structureren van informatie door de recorder. In de inleiding is ook terug te lezen dat cliënten met ASS moeilijk kunnen organiseren. Hierbij hebben zij ondersteuning nodig om te structureren. Visuele hulpmiddelen kunnen hierin een belangrijke rol spelen. Wanneer je dit aanbiedt zal de cliënt in staat zijn zelfstandiger te functioneren (Delfos, 2011).

De derde onderzoeksvraag was "Hoe wordt de zelfregie ervaren bij het visualiseren van het toekomstbeeld wanneer deze wordt afgenomen in een beeldend therapeutische setting?". Ook in de beeldend therapeutische afname is verschil te zien in de zelfregie voor en na de afname. Alle cliënten hebben aangegeven méér zelfregie te ervaren na de afname, met een gemiddelde stijging van 0,9 punten (op een schaal van 1 tot 5).

De uitgewerkte PDP's door de cliënten in de beeldend therapeutische setting laten zien dat de cliënten zelf veel met concrete symbolen, tekeningen en afbeeldingen werken. Dit komt overeen met de conclusie van Schweizer, Knort en Spreen (2014) dat cliënten met ASS graag werken met concrete materialen.

De vierde onderzoeksvraag was "Welke aspecten zijn opvallend wanneer de twee afgenomen PDP's worden vergeleken met elkaar?". Uit de Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978) blijkt dat er na de huidige afname een stijging van gemiddeld 0,7 punten is in de ervaring van zelfregie. Na de beeldend therapeutische afname is er een stijging van gemiddeld 0,9 punten in de ervaring van zelfregie. Ondanks dat de beeldend therapeutische afname een beter effect lijkt te hebben is dit maar een klein effect en kan dit niet met zekerheid gezegd worden. Onder andere door de kleine hoeveelheid respondenten.

Zowel de huidige als de beeldend therapeutische afname van het PDP leiden tot een vergrote ervaring van zelfregie. Binnen de beeldend therapeutische afname visualiseert de cliënt zelf het toekomstbeeld. Uit de open vragen blijkt dat er door 2 van de 3 cliënten is aangegeven deze manier van afname prettiger te vinden. Ook komt er in de open vragenlijst terug dat 2 van de 3 cliënten zeggen dat ze er "*meer inzitten en ervaren*" door het zelf op papier te zetten. Dit komt overeen met het onderzoek van Pioch (2010), wat beschreven staat in de inleiding. Hierin wordt gesteld dat er middels beeldend werken stimulatie plaatsvindt bij visualisatie en de tactiele ervaring.

Uiteindelijk kan er antwoord worden geven op de vraag welke manier van afname van het PDP het beste aansluit bij de visie van Siza: het voorop stellen van de eigen kracht en hoge mate van zelfregie van de cliënt. Daarmee wordt ook de onderzoeksvraag beantwoord. Uit de in dit onderzoek uitgevoerde literatuurstudie en de resultaten uit de Mastery Scale kan worden gesteld dat het PDP een effectieve behandeling is bij cliënten met ASS. Zowel de beeldend therapeutische afname als de huidige afname hebben een positief effect op de ervaren zelfregie. Het verschil tussen de twee afnamen was in dit onderzoek klein. De vraag welke manier van afname beter is, wordt hiermee beantwoord met: dit is nog onzeker. Het PDP kan zeker door een beeldend therapeut met de voorgestelde beeldend therapeutische werkvorm afgenomen worden, aangezien de effecten in deze setting ook positief waren. Op dit moment is door de kleine sample size en het kleine verschil tussen de twee resultaten onzeker of het een beter effect heeft dan de huidige afname.

8. Discussie

Na de beschrijving van de resultaten en de interpretaties hiervan, moeten deze in de context gezet worden van de opdrachtgever en het vak beeldende therapie. Daarnaast wordt het onderzoeksproces ter discussie gesteld en worden de beperkingen van het onderzoek beschreven.

8.1 Discussie resultaten

De resultaten van het huidige onderzoek tonen aan dat het PDP een positief effect heeft op de zelfregie, zowel in de huidige afname als in de beeldende afname. De verschillen in resultaat tussen de twee settings waren klein. Dit betekent dat Siza de keuze kan maken om het PDP in de huidige setting of in een beeldende setting uit te voeren. Deze keuze kan om verschillende redenen gemaakt worden.

Een van de mogelijke redenen is de afschaling van de zorg. De hulpverleners binnen Siza die de afname nu begeleiden worden in een lagere functieschaal uitbetaald dan de beeldend therapeut. Bij de huidige afname zijn zowel de facilitator en de recorder aanwezig. Dit zijn dus twee hulpverleners. Bij de beeldend therapeutische afname in dit onderzoek is alleen de beeldend therapeut aanwezig. Afgevraagd kan worden wat beter aansluit bij zowel de behoefte voor de cliënt (eigen kracht en zelfregie) als voor de zorginstelling (afschaling van zorg) als voor de gedwongen transitie vanuit de gemeente (WMO-wet).

Een andere reden zou het centraal stellen van de cliënt kunnen zijn. Het PDP is ontstaan vanuit de behoefte aan een methode waarbij de cliënt zelf het heft in eigen handen heeft in plaats van de hulpverlener. De cliënt centraal, waardoor deze meer gerespecteerd en gewaardeerd wordt. *Persoonsgericht* in plaats van *systeemgericht* waarbij de hulpverlener nog een te grote rol had (Panhuis, 2003). De huidige afname binnen Siza richt zich ook op dit model. De beeldende werkvorm die is ontwikkeld heeft zich nog verder gericht op het centraal stellen van de cliënt door het weglaten van de rol van recorder. Uit de open vragen bleek dat 2 van de 3 cliënten er bij de beeldende werkvorm "*meer inzitten*".

8.2 Discussie onderzoeksproces

8.2.1 Literatuuronderzoek & gebruikte beeldende werkvorm

Eerst is gezocht naar literatuur op het gebied van PDP en ASS. De voor dit onderzoek ontwikkelde werkvorm is theoretisch in overeenkomst met de gevonden literatuur. Omdat de werkvorm in theorie goed past bij de doelgroep, is de werkvorm in de praktijk ingezet voor het onderzoek. Hierbij is ook gebruik gemaakt van de recent onderzochte interventies van Veen (2017). De resultaten suggereren dat dit positieve effecten heeft gehad voor de ervaren zelfregie. Echter, de samenstelling van de werkvorm zelf is niet vergelijkend getoetst door bijvoorbeeld meerdere beeldende werkvormen naast elkaar in te zetten. Dit betekent dat niet met zekerheid gesteld kan worden welke beeldende interventies precies bijdragen aan de verhoogde ervaring van zelfregie.

8.2.2 Afnamen

De ervaren zelfregie is bij elke cliënt gemeten op vier momenten: vóór en na afname van de huidige PDP werkvorm, en vóór en na de afname van de beeldende werkvorm. Verder is voor een combinatie van toetsingsmethoden gekozen om de betrouwbaarheid en validiteit van resultaten te vergroten. De combinatie van literatuuronderzoek, 5-puntsschaal en open vragen en de uitgewerkte PDP's zorgt voor triangulatie (Baarda, 2013).

De grootste beperking van het onderzoek is de sample size. Ondanks volledige medewerking van betrokken organisaties waren er uiteindelijk maar drie cliënten die aan het onderzoek konden meewerken. De beperkte grootte van de sample size heeft grote effecten op de betrouwbaarheid en

validiteit van het onderzoek. Het is nu niet met zekerheid te zeggen of de resultaten voortkomen uit de beeldende werkvorm. De resultaten, conclusies en praktische aanbevelingen moeten daarom met zorg behandeld worden.

Ondanks bovenstaande tekortkomingen ondersteunt de theorie de gevonden resultaten en bieden de drie casussen goede hoop voor de positieve effecten van beeldende therapie in de PDP.

9. Aanbevelingen

Op basis van de hiervoor beschreven resultaten, conclusie en discussie kunnen passende aanbevelingen worden gemaakt. De resultaten van het onderzoek geven aan dat afname van het PDP bevorderend werkt voor de zelfregie van cliënten met ASS. Deze bevordering geldt voor zowel de huidige afname van het PDP als voor de beeldende werkvorm zoals voorgesteld in dit onderzoek. Naast de verhoogde zelfregie bij beide afnamen gaven de respondenten aan een positievere ervaring bij de beeldende werkvorm te hebben. Rekening houdend met het beperkte aantal respondenten (en de grote zorgvuldigheid in de interpretatie van de resultaten) kunnen er aanbevelingen gemaakt worden voor verder onderzoek en voor toepassing in de praktijk.

9.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Allereerst acht de beeldende toepassing van PDP bij ASS op grotere schaal onderzocht te worden. Dit onderzoek heeft een eerste inzicht gegeven in de effectiviteit van een beeldende PDP-werkvorm bij ASS. Ondanks deze eerste positieve resultaten is door de kleine doelgroep niet uit te sluiten dat de resultaten puur door de beeldende werkvorm komen of door andere factoren, en moet er voorzichtig omgegaan worden met conclusies. Om een beter en betrouwbaarder resultaat te krijgen is het van belang om dit onderzoek op grotere schaal te onderzoeken, met meer proefpersonen. Voor een statistisch valide onderzoek raden Faber & Fonseca (2014) als uitgangspunt aan om 30 proefpersonen per setting te gebruiken.

Als tweede aanbeveling kunnen de rollen bij de afname van de beeldend therapeutische werkvorm verder onderzocht worden. Aanwezig bij de werkvorm zijn alleen de cliënt en de beeldend therapeut. De beeldend therapeut vervult de rol van facilitator. De rol van recorder vervalt. Onderzocht kan worden of deze manier van werken optimaal is voor de cliënt met ASS. Multitasking tussen denken, verwoorden en visualisatie op papier kan worden ervaren als veel. Zoals te lezen is in de inleiding hebben cliënten met ASS moeite met plannen en verdelen van aandacht. Dit valt onder de beperkte Executieve Functies (Delfos, 2011). Onderzocht kan worden welke rollen vervuld kunnen worden door de therapeut en de cliënt.

Als derde aanbeveling kan onderzocht worden welke manier van netwerk in kaart brengen beter aansluit op het uitgangspunt van het PDP. In de huidige afname gaat het om de fysieke aanwezigheid van deze personen. Een van de uitgangspunten van het PDP is dat de cliënt bepaalt, ook wie er uit het netwerk aanwezig is (Kok, 2013). In de beeldend therapeutische werkvorm wordt individueel gewerkt, maar wordt er gestart met het netwerk weer te geven op papier.

Als vierde aanbeveling gesteld worden dat er verder onderzoek plaatsvindt naar de mogelijke digitalisering van het PDP binnen PowerTools. Zowel binnen de huidige afname, als de beeldend therapeutische afname.

9.2 Aanbevelingen voor praktijk

De vijfde aanbeveling is voor uitvoerende die met de werkvorm willen werken. Het uitgewerkte PDP middels de beeldende werkvorm kan bij de begeleiding als visueel hulpmiddel worden ingezet. De uitgewerkte visualisatie van de cliënt biedt de kans om hierop terug te vallen tijdens een evaluatiemoment. Dit kan houvast bieden, omdat overzichtelijk is te zien wat er nog behaald moet worden ten aanzien van het toekomstbeeld. Omdat cliënten met ASS beelddenkers zijn (Grandin, 2009) zou de hypothese kunnen zijn dat deze manier van evalueren effectiever is dan wanneer dit alleen mondeling wordt gedaan.

Als zesde aanbeveling, kan de voorgestelde werkvorm aangepast of uitgebreid worden om de tactiele waarneming meer te stimuleren. Het PDP, die middels de voorgestelde werkvorm is uitgewerkt, kan houvast bieden omdat er middels symbolen, tekeningen en afbeeldingen gewerkt wordt. Dit zijn concrete materialen en middelen. Door deze concrete materialen stelt Schweizer (2014) dat het contact plaatsvindt vanuit het hoofd in plaats vanuit het gevoel. In sommige situaties is het gewenst dat er meer contact gaat bestaan vanuit het gevoel en ervaring. Dit komt ook overeen met het beeldend proces dat plaatsvindt binnen de beeldende therapie: hier wordt vaak gewerkt vanuit de ervaring (Schweizer, 2014). Om de tactiele waarneming te stimuleren kan de werkvorm aangepast of uitgebreid worden met meer sensopatisch materiaal (Schweizer, 2014).

Ter afsluiting is de zevende aanbeveling dat de toepassing van deze werkvorm niet alleen bevorderend is voor cliënten met ASS maar ook voor cliënten met een LVB. Dit blijkt uit het onderzoek van Veen (2017) waarin werd onderzocht wat de ingezette interventies zijn bij de afname van het PDP bij cliënten met ASS en LVB.

Referentielijst

- American Psychiatric Association. (2007). *Beknopte handleiding bij Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR* (3^e druk; G.A.S. Koster van Groos, Vert.). Amsterdam: Harcourt.
- Armstrong, M. L., & Dorsett, P. (2015). Panning for Gold: The personal journey of mental health wellness and its relationships with Planning Alternatives Tomorrows with Hope (PATH). *Journal of Social Inclusion*, 6, 36-50. Geraadpleegd op 7 april 2017, van <https://josi.journals.griffith.edu.au/index.php/inclusion/article/view/528>
- Baarda, B. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3^e druk). Groningen: Noordhoff.
- Bal, J. (2013). *Competentieprofiel voor de rollen facilitator en recorder door de werknemers van het Living Lab tijdens het werken met Person Centered Planning*. Nijmegen: Lectoraat Levensloopbegeleiding bij Autisme van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Beer, Y. de. (2016). *Kompas licht verstandelijke beperking: Definitie, aspecten en ondersteuning*. Amsterdam: SWP.
- Delfos, M. F. (2011). *Een vreemde wereld: Over autismespectrumstoornissen (ASS): Voor ouders, partners, hulpverleners, wetenschappers en de mensen zelf*. Amsterdam: SWP.
- Donk, C. van der, & Lanen, B. van. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (2^e herziene druk). Bussum: Coutinho.
- Evers, J. (2007). *Kwalitatief interviewen: Kunst én kunde*. Den Haag: Lemma.
- Faber, J., & Fonseca, L. M. (2014). How sample size influences research outcomes. *Dental press journal of orthodontics*, 19(4), 27-29
- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. (2015). *Autismespectrumstoornissen bij kinderen en adolescenten*. Geraadpleegd op 2 maart 2017, van [http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/Autisme-spectrum stoornissen/Omschrijving/Algemeen](http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/Autisme-spectrum%20stoornissen/Omschrijving/Algemeen).
- Oerlemans, B., & Kok, D. de. (2014). *Volwassen worden met autisme: Online handboek*. Geraadpleegd op 21 april 2017, van [https://issuu.com/studiospence/docs/volwassen worden met autisme def9_3](https://issuu.com/studiospence/docs/volwassen_worden_met_autisme_def9_3)
- O'Brien, J., & Lyle, C. (1999). *The origins of person-centered planning: a community of practice perspective*. Geraadpleegd op 6 april 2017, van <https://eric.ed.gov/?id=ED456599>
- Panhuis, J. van. (2003). Person Centered Planning neemt: Planningsmethode zet cliënt met verstandelijke handicap centraal. *SPH*, (51), 18-23. Geraadpleegd op 31 maart 2017, van <https://d11066c6yi5bt.cloudfront.net/nsgk/docs/bf9b16d4-570e-46f0-a56f-54750ba9ac85.pdf>
- Pennington, E. B., & Ozonoff, S. (1996). Executive Functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87. doi:10.1111/j.1469-7610.1996.tb01380.x
- PDD Central Alberta Community Board. (2006). *Why it matters: Person Centered Planning*. Geraadpleegd op 6 april 2017, van https://web.archive.org/web/20120925220627/http://www.seniors.alberta.ca/PDD/Central/Docs/PCP_Booklet_WhyItMatters.pdf

- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356. Geraadpleegd op 31 mei 2017, van https://www.jstor.org/stable/2136676?seq=1#page_scan_tab_contents
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 19, 2-21. Geraadpleegd op 16 mei 2017, van <http://www.jstor.org/stable/pdf/2136319.pdf>
- Pioch, A. (2010). *Vaktherapie in een leeromgeving: Projectverslag en onderzoekstraject*. Geraadpleegd op 30 mei 2017, van <http://kenvak.nl/wp-content/uploads/2015/01/Schweizer-C.-Beeldende-therapie-voor-kinderen-met-autismespectrumstoornis.pdf>
- Rijksoverheid. (z.d.). *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*. Geraadpleegd op 8 mei 2017, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/inhoud/wmo-2015>
- Robertson, J., Hatton, C., Emerson, E., Ellittott, J., McIntosh B., Swift, P., et al. (2007). Reported Barriers to the Implementation of PCP for People with Intellectual Disabilities in the UK. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 297-307. Geraadpleegd op 11 april 2017, van http://www.adhc.nsw.gov.au/_data/assets/file/0004/227956/LiteratureReviewpersoncentredplanningfinal.pdf
- Siza. (2015). *Locaties binnen Siza*. Geraadpleegd op 2 maart 2017, van <http://www.siza.nl/locaties>
- Schweizer, C. (2014). Beeldende therapie voor kinderen met autismespectrumstoornis: Een beschrijving van werkzame elementen (Art Therapy with children with Autism Spectrum Disorder. A report on of 'what works' elements). *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 12(1), 28-35. Geraadpleegd op 29 mei 2017, van <http://kenvak.nl/wp-content/uploads/2015/01/Schweizer-C.-Beeldende-therapie-voor-kinderen-met-autismespectrumstoornis.pdf>
- Schweizer, C., Knort, E. J., & Spreen, M. (2014). Art Therapy with children with Autism Spectrum Disorder: A review of clinical case descriptions on 'what works'. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 557-593. Geraadpleegd op 30 mei 2017, van <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197455614001087>
- Schweizer, C., Bruyn, J. de, Haeyen, S., Henskens, B., Visser, H., & Rutten-Saris, M. (2009). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vermeulen, P. (2009). *Brein bedriegt: Als autisme niet op autisme lijkt*. Berchem: Epo.
- Visualiseren. (2017). In *Encyclo*. Geraadpleegd op 20 maart 2017, van <http://www.encyclo.nl/begrip/visualiseren>
- Vor, A. D., Bruijn, S. D. (2015). *Samenhang van empowerment met zelfwaardering en zelfregie bij mensen met een matig of licht verstandelijke beperking* (Master thesis). Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Utrecht, Utrecht.

Bijlagen

Bijlage A. De 5-item Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978) met aanvullend open vragen

		Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee eens/ niet mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
1.	Ik heb voor mijn gevoel weinig controle over de dingen die mij overkomen					
2.	Sommige van mijn problemen kan ik voor mijn gevoel met geen mogelijkheid oplossen					
3.	Ik heb het idee dat ik weinig zelf kan doen om belangrijke dingen in mijn leven te veranderen					
4.	Ik voel mij vaak hulpeloos bij het omgaan met de problemen van het leven					
5.	Soms voel ik mij een speelbal van het leven					

- Kan je omschrijven wat je van deze afname vindt?

(denk bijvoorbeeld aan: het voelde prettig/ onprettig en waarom? Ik vond het fijn dat ik zelf kon tekenen/ schrijven of dat het voor mij werd gedaan?)

- Kan je omschrijven hoe je de controle ervaart over je eigen leven tot nu toe?

(denk bijvoorbeeld aan: beslissingen nemen, mijn handelen in bepaalde situaties, invloed van mensen in mijn omgeving etc.)

- Kan je omschrijven hoe je de controle ervaart over je toekomst?

(denk bijvoorbeeld aan: beslissingen nemen, mijn handelen in bepaalde situaties, invloed van mensen in mijn omgeving etc.)

- Hoe heb je de afname van het PDP ervaren?

(denk bijvoorbeeld aan: het klopt zoals ik het wil of het komt helemaal niet overeen met hoe ik het wil en de invloed die ik hierop kon uitoefenen)
gevoel

- Hoe heb je de controle ervaren bij de afname van het PDP?

(denk bijvoorbeeld aan: ik kon zelf bepalen hoe de afname ging of ik voelde erg veel sturing? Was dit prettig of onprettig?)

Bijlage B. Werkvorm *Person Driven Planning* in beeldende vaktherapie



Person Driven Planning in beeldende vaktherapie

Interventies

Interventies die ingezet kunnen worden tijdens de PDP afname in de beeldende therapie richten zich op:

- Het centraal laten staan van de cliënt, zijn/haar ideeën en manier van werken.
- Uitproberen en ontdekken van materialen en technieken.
- Aanpassen aan het (communicatie)niveau van de cliënt.
- Ruimte geven voor een pauze en/of om na te denken.
- Controleren of alle duidelijk is, of de cliënt de werkvorm begrijpt.
- De cliënt ruimte geven om met eigen ideeën te komen.
- Structuur bieden wanneer dit nodig lijkt.

Evaluatie

Bij de evaluatie kan er gevraagd worden hoe de cliënt het heeft ervaren en beleefd. Ook kan er aan de cliënt gevraagd worden of er thema's zijn die meer verdieping nodig hebben. Vanuit hier kan (samen) gekeken worden hoe de therapie zich voort gaat zetten

Meer informatie

Het onderzoek

Deze werkvorm is tot stand gekomen na het uitvoeren van twee afstudeeronderzoeken van studenten van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Contact

Hebt u vragen of wilt u contact opnemen dit kan via de onderstaande gegevens:

Floor Posthuma – Zelfregie – ACS
LinkedIn
<https://www.linkedin.com/in/floorposthuma-5893b5b3>

Mobiel
06-38082734

Anne van Veen – Interventies – LVB
LinkedIn
<https://www.linkedin.com/in/annevveen>

Meewerkende instanties

HAN
Siza
POWERTOOLS

De werkvorm, ontstaan uit onderzoek rondom beeldende interventies en zelfregie bij het werken met Person Driven Planning in de beeldende vaktherapie.

Hogeschool Arnhem Nijmegen
Floor Posthuma
Anne van Veen

Wat is Person Driven Planning?

Person Driven Planning (PDP) is een proces waarin mensen ontdekken hoe ze willen leven en een plan ontwikkelen met als doel de ondersteuning te realiseren die nodig is om het eigen levensplan ook te kunnen verwezenlijken. Dit gebeurt in bijeenkomsten waarin men door vragen te stellen en door te luisteren een antwoord probeert te krijgen op die belangrijke levensvragen.

De term PDP is in geïntroduceerd in Nederland door Professor Caren Sax uit San Diego. Momenteel wordt het PDP in Nederland alleen ingezet in de maatschappelijke dienstverlening. Maar uit onderzoek is gebleken dat de zelfregie van de cliënt hoger is wanneer de cliënt beeldend en vanuit zichzelf bezig is met het PDP.

In de praktijk wordt de methode veel ingezet bij cliënten met stoornissen in het autistisch spectrum (ASS) en cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB). De werkvorm die omschreven word is gebaseerd op deze doelgroepen, maar met enige aanpassing in te zetten in veel andere doelgroepen.

De werkvorm

Uitleg

De beeldende afname van het PDP vindt plaats aan het begin van de behandeling. Bij de beeldende therapeutische afname van het PDP staat de cliënt centraal. De cliënt heeft zelf de taak om de visualisatie op papier uit te werken. De beeldend therapeut ondersteunt de cliënt hierbij door middel van interventies. Het is de taak van de beeldend therapeut om structuur te bieden en een rode draad te creëren door het hele plan. De beeldend therapeut biedt structuur door de thema's te benoemen. De cliënt werkt deze uit door middel van het beeldend proces. De beeldend therapeut kan hiern structureren door kaders aan te geven op papier. De uitwerking op papier kan gedaan worden aan de hand van symbolen, kleuren, vormen, lijnen, plaatjes en tekst. Ook hierin biedt de beeldend therapeut structuur.

Het doel

Het doel van het werken met PDP in vaktherapie is om de cliënt 'letterlijk' in kaart te brengen. Zodat er vanuit daar de therapie voortgezet kan worden.

Thema's die aan bod komen

Tijdens de afname wordt er gekeken naar 4 specifieke thema's in het leven van de cliënt:

- Het netwerk van de cliënt: wie is er belangrijk, wat is de afstand/nabijheid?
- Het doel/toekomstbeeld/droom van de cliënt.
- Wat is er al om dit doel realiteit te maken en wat is er nog nodig?
- Wat zijn de kwaliteiten en valkuilen van de cliënt? Welke hiervan kunnen helpen of tegenwerken bij het behalen van het doel?

Tijd

De werkvorm wordt ingezet in een sessie van 60 minuten. Tijdens deze sessie zijn alleen de cliënt en de beeldend therapeut aanwezig.

De ruimte

De ruimte waar gewerkt word is een ruimte waarin beeldend gewerkt kan worden. Rekening houdend met prikkels vanuit omgeving

Het Materiaal

Een PDP wordt uitgewerkt op A2 papier dat met tape vast is gezet aan de tafel of muur. Verder biedt de therapeut verschillende beeldende materialen aan. Bijvoorbeeld: wasco krijt, pastel krijt, hourskool, stiften, aquarelverf, etc.

