

Werken met modulen

*‘Een onderzoek naar de positie van modulen
binnen de beeldend therapeutische behandeling
van kinderen’*



*Linda Bersée
Augustus 2009
Hogeschool Utrecht*

Werken met modules

*‘Een onderzoek naar de positie van modules
binnen de beeldend therapeutische behandeling
van kinderen’*

Onderzoeker

Linda Bersée, studentnummer 1507938
linda.bersee@gmail.com

Consulent

Hans van Keken

Beoordelaar

Han Kurstjens

Datum

September 2008 - Augustus 2009

In opdracht van

Hogeschool Utrecht, Afdeling Amersfoort
Richting Creatieve Therapie, Medium Beeldend

Inhoudsopgave

1. Het onderzoek	7
<i>1.1 Probleemstelling</i>	7
<i>1.2 Hoofdvraag</i>	8
<i>1.3 Deelvragen</i>	8
2. Onderzoeksopzet	9
<i>2.1 Vooronderzoek</i>	9
<i>2.2 Hoofdonderzoek</i>	9
3. Ontstaan van Producten en Modulen	15
<i>3.1 Ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg</i>	15
<i>3.2 Vaktherapie speelt in op de veranderingen</i>	15
4. Producten en Modulen	17
<i>4.1 Producten</i>	17
<i>4.2 Modulen</i>	18
<i>4.3 Verschillen en overeenkomsten tussen producten en modulen</i>	19
<i>4.4 Voor- en nadelen van modulen</i>	20
5. Commissie product- en moduleontwikkeling	22
<i>5.1 Doel</i>	22
<i>5.2 Activiteiten</i>	22
<i>5.2 Gepubliceerde producten en modulen binnen de creatieve therapie</i>	23

6. Positie van modulen in de praktijk	25
<i>6.1 Kennis over modulen.....</i>	<i>25</i>
<i>6.2 Inzetten van modulen.....</i>	<i>26</i>
<i>6.3 Mening over modulen</i>	<i>28</i>
<i>6.4 Bij welke problematiek worden modulen ingezet?.....</i>	<i>33</i>
<i>6.5 Ontwikkelen en delen van modulen</i>	<i>34</i>
Conclusie	35
Discussiepunten.....	37
Begrippenlijst.....	39
Bronvermelding.....	43
Bijlagen	45

Inleiding

In dit afstudeeronderzoek is er getracht een antwoord te vinden op de vraag wat de positie is van modulen binnen de beeldende therapeutische behandeling van kinderen.

Een module is een therapie-eenheid voor een gespecificeerde doelgroep, met een van tevoren vastgestelde doelstelling, een overzichtelijke duur en een min of meer gestandaardiseerde inhoud (Piöch & Drieschner, 2001). Het werken met modulen staat momenteel hoog in de aandacht. Door veranderingen in de gezondheidszorg is het belangrijk geworden dat iedere discipline in de gezondheidszorg helder kan maken wat zijn aanbod is. In 2000 is het eerste boekje verschenen voor vaktherapie over producten en modulen (van Hattum & Hutschemaekers, 2000). Naar aanleiding van dit boek is er een handleiding verschenen voor de ontwikkeling van modulen (Berman, e.a., 2000) en er is een commissie samengesteld voor product- en moduleontwikkeling. Deze commissie stimuleert het schrijven van producten en modulen. Zij organiseren onder andere studiedagen over modulen, accorderen producten en modulen en stellen deze beschikbaar voor leden van de vereniging voor vaktherapie (Klopper, 2009).

Om te onderzoeken wat de positie is die modulen innemen in de praktijk heb ik een enquête opgesteld (zie bijlage 3). 31 Beeldend therapeuten die werken met kinderen hebben de enquête ingevuld. De gegevens hiervan zijn verwerkt met de programma's SPSS en Excel, de techniek 'coderen' is gebruikt om de kwalitatieve gegevens van de enquête te verwerken. Naar aanleiding hiervan zijn er conclusies getrokken over de mate waarin de therapeuten hebben gehoord van modulen, in hoeverre de therapeuten modulen inzetten, hoe de mening is over modulen en waar dit mee samenhangt, welke modulen ingezet worden en hoe men denkt over informatie-uitwisseling betreffende modulen.

Het onderzoek is de basis geweest voor het opbouwen van een website voor beeldend therapeuten die werken met kinderen (<http://dhost.info/modulenct>). Hier staat allerlei informatie over modulen en over het onderzoek, bovendien kunnen er modulen uitgewisseld worden.

De volgende onderdelen worden in dit verslag nader behandeld. Hoofdstuk 1 staat in het teken van de probleemstelling, de hoofdvraag en deelvragen. De methode die gebruikt is voor het onderzoek vindt u in hoofdstuk 2. Hoofdstuk 3 en 4 zijn geschreven op basis van literatuuronderzoek, hier staat informatie over de ontstaansgeschiedenis van modulen en producten en er wordt dieper ingegaan op de termen. Hoofdstuk 5 is geschreven naar aanleiding

van een interview met Indra Klopper, lid van de *commissie product- en moduleontwikkeling*. Hoofdstuk 6 staat in het teken van de verkregen gegevens betreffende het onderzoek. Het verslag wordt afgesloten met een conclusie en discussiepunten. In de conclusie wordt de hoofdvraag beantwoord. In de discussie wordt het gehele onderzoek nader bekeken op validiteit, ook komen hier aanbevelingen voor verder onderzoek naar voren.

Het verslag is bovendien voorzien van een begrippenlijst. De woorden die hier behandeld worden kunnen in de tekst herkend worden door het gebruik van het *cursieve* lettertype.

1. Het onderzoek

Dit onderzoek richt zich op de positie die *modulen* innemen binnen de beeldend therapeutische behandeling van kinderen. In dit hoofdstuk ga ik dieper in op de probleemstelling, de hoofdvraag en deelvragen die centraal staan bij het onderzoek.

1.1 Probleemstelling

Binnen de gezondheidszorg zijn er veranderingen gaande. Therapeuten moeten hun werkwijze transparant en inzichtelijk maken, zodat financiers en cliënten kunnen zien wat een effectieve behandeling is. Wanneer behandelaars niet duidelijk maken wat de werkwijze is, zal er op den duur mogelijk geen plaats voor hen zijn in de gezondheidszorg¹.

Vanuit de inspectie voor de gezondheidszorg is het initiatief genomen om psychomotorische en creatief therapeuten bijeen te brengen om elkaar te stimuleren bij het expliciteren en verduidelijken van het eigen therapieaanbod. Dit heeft geresulteerd in het boek 'vakwerk' (van Hattum & Hutschemaekers, 2000). Hierin wordt onder andere het begrip '*product*' geoperationaliseerd.

De *NVCT* (Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie) schreef naar aanleiding van dit boek een handleiding voor de ontwikkeling van modulen (Berman, e.a., 2000). Verder is er een *commissie product- en moduleontwikkeling* opgesteld. Zij stimuleren en motiveren vaktherapeuten producten en modulen te schrijven. In producten en modulen wordt het therapeutische aanbod en werkwijze verduidelijkt voor zowel de beroepsgroep als voor financiers, collega's en cliënten.

Het werken met modulen blijkt dus belangrijk te zijn en staat momenteel hoog in de aandacht. Er zijn binnen de vaktherapie veel ontwikkelingen geweest, en zijn ook nog steeds gaande, met betrekking tot het aansluiten bij de professionalisering binnen de gezondheidszorg. Het is echter nog onduidelijk wat de positie is van modulen in de praktijk; zetten creatief therapeuten modulen in en welke factoren spelen hierbij een rol, wat voor modulen worden ingezet en hebben zij überhaupt wel van modulen gehoord? Dit bracht mij tot de volgende hoofdvraag.

¹ Deze tekst is gebaseerd op Verburgt, J. (2000).

1.2 Hoofdvraag

De hoofdvraag waar het onderzoek zich op richt, is als volgt:

‘Wat is de positie van modules binnen de beeldend therapeutische behandeling van kinderen met sociaal emotionele problemen?’

Beperkingpunten

Om het onderzoek af te bakenen richt ik mij op de doelgroep kinderen met sociaal emotionele problemen. Hiertoe behoort de gehele groep kinderen die voor creatieve therapie in aanmerking komt. Ook richt ik mij op beeldende therapie, dus niet op drama- en muziektherapeuten.

1.3 Deelvragen

Om deze hoofdvraag te beantwoorden zijn deelvragen nodig. De deelvragen zijn de volgende:

- In hoeverre hebben beeldend therapeuten die werken met kinderen met sociaal emotionele problemen gehoord van modules?
- In hoeverre zetten beeldend therapeuten die werken met kinderen met sociaal emotionele problemen modules in?
- Hoe wordt er door beeldend therapeuten die werken met kinderen met sociaal emotionele problemen over modules gedacht?
- Bij welke problematiek bij kinderen met sociaal emotionele problemen worden modules ingezet door beeldend therapeuten?
- Hoe is de houding van beeldend therapeuten die werken met kinderen met sociaal emotionele problemen tegenover informatie-uitwisseling betreffende modules?

2. Onderzoeksopzet

Om tot resultaten voor het onderzoek te komen heb ik een vooronderzoek en een hoofdonderzoek uitgevoerd. Het vooronderzoek bestond voornamelijk uit literatuuronderzoek, terwijl de methode voor het hoofdonderzoek een *survey onderzoek* was. In dit hoofdstuk ga ik hier uitgebreider op in.

2.1 Vooronderzoek

In het vooronderzoek heb ik mij gericht op het verzamelen van achtergrondgegevens betreffende modulen. De meeste informatie hierover was te vinden in het tijdschrift voor creatieve therapie. Verder was het boek 'vakwerk' (van Hattum & Hutschemaekers, 2000) een belangrijke bron betreffende de ontstaansgeschiedenis van modulen. Op internet is vrijwel geen informatie beschikbaar over *modulen*.

Omdat niet alle informatie te vinden was in de literatuur besloot ik interviews te houden. Dit waren *halfgestructureerde interviews*. Hiervoor heb ik gekozen omdat ik in de beginfase van het onderzoek zat; ik wist wel ongeveer wat ik wilde weten maar wilde mij ook open stellen voor andere informatie met betrekking tot modulen. Indra Klopper (lid van de *commissie product- en moduleontwikkeling*) kon mij veel vertellen over de achtergrondgegevens van de commissie (zie bijlage 1). Gorry Cleven (schrijfster van verscheidene artikelen over modulen in het tijdschrift voor creatieve therapie) kon mij vertellen waarom het belangrijk is modulen in te zetten en vertelde over de geschiedenis van modulen (zie bijlage 2).

2.2 Hoofdonderzoek

De hoofdvraag van dit onderzoek is een *evaluerend vraagtype*. Voor de verwerking van dit vraagtype kan een 'survey onderzoek' toegepast worden. Het survey onderzoek is de meest gebruikte methode om meningen, opinies, houdingen en kennis bij grote groepen personen te meten. Het is een gestructureerde dataverzamelingsmethode. Hierbij wordt veelvuldig gebruik gemaakt van enquêtes. De antwoorden van de ondervraagden vormen de basis voor de dataset die de onderzoeker gebruikt in de (voornamelijk) kwantitatieve analyse. Het opnemen van open vragen (waar de ondervraagde zelf het antwoord kan formuleren) wordt tot een minimum beperkt, omdat deze vragen in een kwantitatieve analyse niet meegenomen kunnen worden (Verhoeven, 2008).

Enquête

Bij het onderzoek maakte ik gebruik van de tegenwoordig populaire internetenquêtes. De website <http://www.thesistools.com> bood mij de mogelijkheid om op een professionele wijze een enquête op te stellen. Ik maakte gebruik van verschillende soorten antwoordmogelijkheden, zoals de *meerpuntsschaal* en *dichotome* antwoordmogelijkheden. Hieronder is een voorbeeld te zien van een vraag uit de enquête waarbij de meerpuntsschaal gebruikt wordt.

Kunt u aangeven in hoeverre de volgende uitspraken aansluiten bij uw mening over modules?		
Je kunt niet weten hoe het kind reageert op een behandeling, daarom kun je iemand niet inplannen in een module	Oneens	Eens
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
We moeten meegaan met de veranderingen in de gezondheidszorg, dus is het belangrijk om met modules te werken	Oneens	Eens
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	

Figuur 1; Voorbeeld meerpuntsschaal

Ook konden *filtervragen* (een vraag die het mogelijk maakt om komende vragen over te slaan die niet van toepassing zijn bij de respondent) gemakkelijk toegepast worden. Helaas kon niet iedere respondent inloggen op de website, deze gaf vaak een foutmelding. Daarom heb ik een vergelijkbare vragenlijst gemaakt die ik via de mail verstuurde (zie bijlage 3).

Respondenten uitnodigen

Er zijn ongeveer 70 creatief therapeuten die met kinderen werken uitgenodigd om de enquête in te vullen. Het merendeel van deze therapeuten vond ik in de database met zelfstandig gevestigde creatief therapeuten die beschikbaar is op de website voor vaktherapie (<http://www.vaktherapie.nl>). Daarnaast raadpleegde ik Google en zocht ik op websites van het speciaal onderwijs, jeugdhulpverlening en de geestelijke gezondheidszorg. Ook plaatste ik de link naar de internetenquête op verschillende forums voor creatieve therapie. Bovendien maakte ik gebruik van de '*sneeuwbalmethode*', waarbij aan respondenten gevraagd wordt of zij nog mogelijke kandidaten voor het invullen van de enquête kennen. Dit alles heeft geresulteerd in 31 ingevulde enquêtes.

Verwerking kwantitatieve gegevens

De kwantitatieve gegevens die de enquête hebben opgeleverd, heb ik statistisch verwerkt. Hiervoor gebruikte ik het rekenprogramma *SPSS* (Statistical Package for the Social Sciences) en MS Excel 2007.

Bij het verwerken van de gegevens betreffende de meningen heb ik voor de *Likertschaal* gekozen. De toepassing van deze schaal veronderstelt dat de antwoorden niet alleen ordinaal maar ook interval geschaald zijn. Dit betekent dat de 'afstand' tussen twee opeenvolgende antwoordcategorieën zoals 'neutraal' en 'mee eens' gelijk verondersteld worden als de 'afstand' tussen twee andere opeenvolgende antwoordcategorieën zoals 'mee eens' en 'helemaal mee eens'. Hierdoor kunnen de antwoorden in een kwantitatieve analyse meegenomen worden; er kunnen statistische berekeningen mee gemaakt worden.

Ik heb gekozen voor een *significantieniveau* van 95%. De *ANOVA* (functie in SPSS om het significantieniveau te bepalen) heb ik toegepast op, naar mijn idee, reële verbanden. Zo keek ik of er een significant verband bestond tussen het moeten werken met modules en de instelling waar de respondent werkzaam was. Eventuele verbanden tussen de school waar de respondent was afgestudeerd en de mening van de respondent heb ik buiten beschouwing gelaten. Bij het testen van dergelijke onwaarschijnlijke verbanden zou de kans op het vinden van een significant verschil dat op toeval berust, onnodig groeien (door het grote aantal testen).

Hieronder is een voorbeeld te zien van een uitvoer van de ANOVA betreffende het moeten werken met modules en de stelling dat we mee moeten gaan met de veranderingen in de gezondheidszorg en daarom modules in moeten zetten. Het significantieniveau is 99,2%, hier kan dus aangenomen worden dat er een verband tussen deze twee factoren bestaat.

ANOVA

Meegaan met veranderingen

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	9,463	1	9,463	8,021	,008
Within Groups	34,214	29	1,180		
Total	43,677	30			

Figuur 2: Voorbeeld ANOVA

Vervolgens heb ik *factoriële ANOVA's* toegepast om te kijken of er factoren zijn die op zichzelf geen significante verschillen veroorzaken, maar in combinatie met anderen wel. Deze heb ik toegepast op de vragen of de respondenten modules inzetten, of ze van modules hebben gehoord en of ze geloven in de werking van modules, in combinatie met de factoren in welke instelling zij werkzaam zijn, aan welke hogeschool zij hebben afgestudeerd en of zij voor of na 2000 zijn begonnen met het uitvoeren van het beroep.

Hierbij een voorbeeld van een gevonden significant. Het blijkt dat er geen significant verband bestaat tussen het jaartal waarin de respondent is begonnen met het uitvoeren van het beroep en het hebben gehoord van modules. Er bestaat echter wel een significant verband tussen het type instelling waar de respondent werkzaam is en het hebben gehoord van modules. Wanneer het jaartal waarin de respondent is begonnen met het uitvoeren van het beroep en de instelling waar de respondent werkzaam is samen genomen worden, blijkt er wel een significant verband te bestaan tussen deze twee factoren met betrekking tot het hebben gehoord van modules. In de figuur hieronder is de uitslag hiervan te zien. De uitwerking van deze gegevens is te vinden in hoofdstuk 6 'positie van modules in de praktijk'.

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Hebt u van modules gehoord?

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1,871 ^a	13	,144	1,496E32	,000
Intercept	18,894	1	18,894	1,964E34	,000
StartCT1999	,112	1	,112	1,162E32	,000
Type	,595	6	,099	1,030E32	,000
StartCT1999 * Type	,595	6	,099	1,030E32	,000
Error	1,635E-32	17	9,619E-34		
Total	29,000	31			
Corrected Total	1,871	30			

a. R Squared = 1,000 (Adjusted R Squared = 1,000)

Figuur 3: Voorbeeld factoriële ANOVA

Het programma MS Excel 2007 gebruikte ik voornamelijk bij het uitwerken van de gegevens die in SPSS significant bleken te zijn. Deze gegevens verwerkte ik in grafieken en diagrammen. Bovendien gebruikte ik het programma MS Excel 2007 voor het berekenen van percentages om bijvoorbeeld te laten zien hoeveel procent van de respondenten gehoord heeft van modules.

Verwerking kwalitatieve gegevens

De kwalitatieve gegevens verwerkte ik door de techniek 'coderen' toe te passen. Bij de open vraag over de mening van de respondent maakte ik bijvoorbeeld een aantal kopjes waaronder ik de meningen met dat onderwerp plaatste. Vervolgens maakte ik een conclusie over deze gegevens. Een voorbeeld van het label 'module als leidraad' is in de tabel hieronder te zien.

Module als leidraad

- Modules zijn naar mijn mening een mooie vorm om in het achterhoofd erbij te houden
- Verder is het heerlijk kennis te hebben van modules omdat daar zeer waardevolle informatie instaat waarmee gewerkt kan worden.
- Bij een module moet je uitkijken dat het geen 'kookboektherapie' wordt
- Ik vind ze altijd leuk om te lezen en ik haal er ook ideeën uit die ik gebruik.

- Ik gebruik modules als inspiratiebron. Ik gebruik de inhoud en soms de vorm maar niet de tijdslijn
- Het is een kader en zo kan ik een module ook inzetten. Vooral bij groepen heeft het een positieve werking, als je flexibel met de module omgaat.
- Je kunt bestaande modules als idee gebruiken, het is fijn dat de vorm bestaat.
- Met modules kunnen we elkaar inspireren
- Aan de andere kant moeten ze wel 'bewegingsvrijheid' bieden om een zijweggetje in te slaan en wat meer bij de cliënten aan te sluiten. Ik gebruik ze zelf dus graag, maar als richtlijn of leidraad.

Figuur 4; Voorbeeld labelen

3. Ontstaan van Producten en Modulen

Ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg hebben ertoe geleid dat professionals hun werkwijze moeten verduidelijken door middel van *protocollen*. In dit hoofdstuk ga ik in op deze ontwikkelingen en de wijze waarop vaktherapie hierop inspeelt.

3.1 Ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg

In het eindrapport ‘inspelen op veranderingen’ van de visitatiecommissie wordt gesteld dat er door maatschappelijke ontwikkelingen verzakelijking is ontstaan binnen de gezondheidszorg.

Kenmerkend hiervoor is dat er binnen de geestelijke gezondheidszorg steeds meer met *zorgprogramma's* gewerkt wordt. Alle professionals binnen de geestelijke gezondheidszorg moeten expliciet maken wat hun specifieke bijdrage hierbinnen kan zijn. Er moet beschreven worden wat het aanbod en aantoonbare effecten zijn. Hierdoor ontstaat er transparantie van de zorg en het beoogde effect hiervan bij cliënten en financiers. Voor de professionals die niet expliciet maken wat hun bijdrage kan zijn zal er weinig of geen plaats zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg¹.

3.2 Vaktherapie speelt in op de veranderingen

Het is dus ook voor vaktherapie belangrijk om het aanbod transparant te maken, zodat de vaktherapie een sterke positie krijgt/behoudt binnen de gezondheidszorg. *Producten en modulen* zijn een goed middel om de werkwijze te verduidelijken.

De ontwikkeling van producten

Vanuit de inspectie voor de gezondheidszorg is het initiatief genomen om psychomotorische en creatief therapeuten bijeen te brengen om elkaar te stimuleren bij het expliciteren en verduidelijken van het eigen therapieaanbod (van Hattum & Hutschemaekers, 2000). Dit heeft geresulteerd in een onderzoek naar de inhoudelijke inbreng van beide typen vaktherapieën bij de zorg voor mensen met een stemmingstoornis, het expliciteren van producten die gebruikt worden bij deze doelgroep stonden centraal.

Voor het onderzoek is onder andere een coördinerend forum opgezet met vertegenwoordigers van de toenmalige Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (*NVPMT*) en de Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie (*NVCT*) en vertegenwoordigers

¹ Deze tekst is grotendeels gebaseerd op HBO-raad (2004) en Verburgt, J. (2000).

van het Trimbos-instituut. Dit forum had als een van zijn taken om het begrip ‘product’ te operationaliseren¹ (zie hoofdstuk 4).

De onderzoeksgegevens zijn verwerkt in het boek ‘vakwerk’ (Van Hattum & Hutschemaekers, 2000). Dit boek, de studiedag naar aanleiding van het onderzoek (3-11-2000) en de ontwikkelingen sindsdien hebben geresulteerd in een handleiding ter beschrijving van producten² (zie hoofdstuk 4).

De ontwikkeling van modulen

Ondertussen was vanuit de NVCT en de NVPMT afzonderlijk van elkaar een module-ontwikkeltraject gestart. Hiertoe is binnen beide verenigingen een handleiding moduleontwikkeling geconstrueerd. Deze zijn bedoeld als startinformatie en hulpmiddel bij het ontwikkelen en schrijven van modulen. De NVPMT gaf de handleiding in 1998 uit en de NVCT in 2000. De twee handleidingen overlappen elkaar gedeeltelijk, maar zijn op andere punten verschillend.

Momenteel is de commissie product- en moduleontwikkeling bezig met het herschrijven van de handleiding. De richtlijnen sluiten namelijk niet aan op de richtlijnen van het product, dit is wel belangrijk voor uniformiteit en het goed op elkaar aansluiten van het product en de daaruit voortvloeiende module².

¹ Deze tekst is grotendeels gebaseerd op de uitgave ‘Vakwerk’ (van Hattum & Hutschemaekers, 2000).

² Deze tekst is gebaseerd op het interview gehouden met Indra Klopper (2009).

4. Producten en Modulen

De termen *producten* en *modulen* worden soms door elkaar gebruikt (Schweizer, 2009). In dit hoofdstuk licht ik beide vormen toe en geef een opsomming van de onderdelen die beschreven worden in producten en modules.

4.1 Producten

Een product is een vraag- aanbodcombinatie en geeft een overzicht van het specifieke aanbod bij een specifieke groep cliënten. Hierbij past een beschrijving van de hulpvraag en van het passende aanbod. Productbeschrijvingen zijn vooral bedoeld en geschreven voor niet-collega's in het werkveld van creatieve therapie, zoals verwijzers, patiëntenverenigingen, beleidsmakers, politici en managers (van Hattum & Hutschemaekers, 2000).

De volgende onderdelen worden in een product beschreven (Schweizer, 2009):

Zorgprogramma/werkveld	Voor welke patiënt
Prototype	Wat voor soort therapie
Indicaties	Welke hulpvraag
Doelen	Welke verandering/effect
Interventies	Welk aanbod
Eindtermen	Tot welk meetbaar niveau
Rationele	Waarom werkt dit zo

Figuur 1; Onderdelen product

Het raamwerk dat op de volgende pagina te zien is, is het kader waarbinnen alle producten ingedeeld worden. Het is ontstaan door de indeling van het werkveld van het ministerie van VWS te combineren met de indeling in therapiecategorieën uit het 'Vakwerk'-onderzoek. Door alle productbeschrijvingen in het vakgebied hierbinnen in te delen, ontstaat een overzicht over zowel de specialiteiten, de kwaliteiten, de ontwikkelgebieden als de mogelijke 'markten' van vaktherapie (Schweizer, 2009).

	<i>Steunend</i>	<i>Pragmatisch structurerend</i>	<i>Directief klachtgericht</i>	<i>Focaal inzichtgevend</i>	<i>Inzichtgevend plus</i>
Stemmingsstoornis					
Angststoornis					
Persoonlijkheidsstoornis					
Schizofrenie/psychose					
Eetstoornis					
Forensisch					
Verslaving					
Kinder- en jeugdpsychiatrie					
ADHD					
Ouderenpsychiatrie					
Arbeidsgerelateerde aandoeningen					
Psychosociale zorg bij rampen					
Andere initiatieven uit het veld					

Figuur 2; Raamwerk producten

4.2 Modulen

Een module is een therapie-eenheid voor een gespecificeerde doelgroep, met een van tevoren vastgestelde doelstelling, een overzichtelijke duur en een min of meer gestandaardiseerde inhoud. Dit betekent niet dat iedere activiteit en interventie bij voorbaat vaststaat. Het betekent echter wel dat de reactie van de patiënt een beperkte invloed op het therapeutische aanbod heeft (Pioch & Drieschner, 2001).

Een module richt zich op drie groepen (Berman, e.a., 2000):

- Cliënt: Bij cliënten voor wie dit relevant is kan een informatiefolder of bijsluiter van de module worden gemaakt.
- Professioneel veld van verwijzers, verzekeraars, beleidsmakers, behandelteams enzovoorts: De gehele module of een samenvatting met relevante onderdelen kan worden gepresenteerd.

- Creatief therapeuten en de beroepsgroep: Met het schrijven van een module levert de therapeut een bijdrage aan beroepsinhoudelijke ontwikkelingen. De vergelijking van modules met elkaar en de richtlijnen die eruit kunnen voortvloeien zijn van belang voor de maatschappelijke positie van creatieve therapie.

In juni 2000 gaf de *NVCT* een handleiding uit voor moduleontwikkeling (Berman, e.a., 2000). In deze handleiding worden criteria geformuleerd waaraan een module moet voldoen. De bedoeling hiervan is een stapsgewijze benadering aan te dragen voor de ontwikkeling van modules. Hierbij wordt opgemerkt dat de gepresenteerde aanpak niet de enige manier is om tot een module te komen.

Volgens de handleiding (Berman, e.a., 2000) dienen de volgende onderwerpen uitgediept te worden binnen een modulebeschrijving:

Inleiding	De module wordt voorgesteld
Doelgroep	De groep waarop het programma zich richt
Indicaties	Wanneer de cliënt wel en niet kan deelnemen aan de module
Behandelvisie	De leer of behandelvisie die ten grondslag ligt aan de methodes en werkwijzen
Doelen	Het doel, de subdoelen en de meetbare eindtermen worden besproken
Intake	Een beschrijving van de intakeprocedure
Behandelfase	De fases van het therapieproces
Uitvoering	De praktische weergave en uitwerking van de module
Tijdsduur	De tijdsduur per sessie, de frequentie van de zittingen en de totale tijdsduur worden behandeld
Groeps- of individuele therapie	Een beschrijving van de groepssamenstelling
Therapeut variabelen	Wie de module uit kunnen voeren
Evaluatie	Hoe het effect van de module wordt onderzocht en onderhouden

Figuur 3; Onderdelen module

4.3 Verschillen en overeenkomsten tussen producten en modules

Een product kan als het ware gezien worden als een kapstok voor de module. Het is echter niet zo dat elk product uitgewerkt hoeft te zijn in een module. Wel kan er uit elke module een product gedestilleerd worden.

Het verschil tussen modulen en producten is in de tabel hieronder inzichtelijk gemaakt¹:

Product	Module
Algemeen beschreven	Gedetailleerd beschreven (interventies zijn meer vastgelegd)
Voor verwijzers, patiëntenverenigingen, beleidsmakers, politici en managers	Voor vakgenoten
Settingoverstijgend	Contextafhankelijk

Figuur 4; Verschil product & module

Ondanks de verschillen overheerst de overeenkomst tussen beide ontwikkeltrajecten. Zowel bij productbeschrijvingen als bij de moduleontwikkeling wordt gestreefd naar rationalisering van de behandeling door de therapeut. Doel is het in transparante termen verwoorden van het handelen (Schweizer, 2009).

4.4 Voor- en nadelen van modulen

Pioch en Drieschner (2001) beschrijven in hun artikel voor het tijdschrift creatieve therapie voor- en nadelen van het modulair werken.

Voordelen:

- Het ontwikkelen van modulen helpt de creatieve therapie om in een veranderde gezondheidszorg te overleven.
- Modulen verenigen veel ervaring en methodische kennis in zich. Zij combineren krachtige therapeutische elementen in een samenhangende en logische strategie, gericht op doelen welke algemeen als relevant worden beschouwd. Omdat minder succesvolle elementen systematisch worden verwijderd zijn modulen waarschijnlijk compact en effectief.
- Omdat modulen gestandaardiseerd en in detail beschreven zijn, kunnen zij overgedragen worden en door alle therapeuten in het specifieke werkveld bediscussieerd worden. Vervolgens kan implementatie van de module in andere instellingen geschieden. Hierdoor worden modulen tot deel van de 'body of knowledge' van de hele beroepsgroep, in tegenstelling tot de 'privéwerkwijzen' van individuele therapeuten.

¹ De tabel is gebaseerd op het interview met Indra Klopper(2009).

- Omdat modules geprotocolleerd zijn, kunnen zij systematisch verbeterd worden. Dat is nauwelijks mogelijk bij een methode die nooit twee keer hetzelfde is omdat zij voortkomt uit de interactie van een unieke cliënt met een unieke therapeut.
- Een module leent zich voor effectonderzoek door de standaardisering. Dit aspect zal steeds belangrijker worden.
- Het ontwikkelingsproces zelf kan inspirerend en leerzaam zijn. Men kan van zichzelf leren door te reflecteren op wat men in de praktijk doet, en men leert van zijn collega's welke deelnemen aan het proces.

Nadelen:

- Klinische situaties vereisen soms meer flexibiliteit dan modules toestaan.
- Niet iedere problematiek leent zich voor benadering via een module. Het focale 'rechttoe rechtaan' karakter van modules hoeft geen nadeel te zijn, maar het is een beperking van modules.
- Het werken met modules vereist een min of meer directieve houding. Hierdoor verdwijnen bepaalde relationele aspecten welke soms therapeutische aangrijpingspunten bieden, bijvoorbeeld het gebruik maken van overdracht. Dit is waarschijnlijk een reden waarom, ook binnen die kringen de verbale psychotherapie, modulair werken met name voor veel psychodynamisch en humanistisch georiënteerde therapeuten onacceptabel is.

5. Commissie product- en moduleontwikkeling

De *commissie product- en moduleontwikkeling* stimuleert de ontwikkeling en het schrijven van producten en modules voor creatieve therapie en psychomotorische therapie. Hierdoor komt men tot een eenduidige taal voor vaktherapeuten, verwijzers en zorgverzekeraars. De commissie product- en moduleontwikkeling bestaat uit leden van verschillende vakverenigingen, aangesloten bij de Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen (*FVB*). De informatie die in dit hoofdstuk beschreven staat is grotendeels gebaseerd op een interview met Indra Klopper (2009), lid van de commissie product- en moduleontwikkeling (zie bijlage 1).

5.1 Doel

De commissie product- en moduleontwikkeling brengt producten in kaart voor specifieke doelgroepen en/of problematieken. Zij stimuleert zeer ervaren therapeuten om hun behandelaanbod bij een bepaalde problematiek in producten en modules te vatten, zodat er een neerslag van ervaringskennis komt. De kennis die in producten beschreven staat, kan door een groep andere zeer ervaren vaktherapeuten op waarde onderzocht worden en eventueel verder onderbouwd worden. Zo kan op den duur een 'consensus based' product ontstaan. Dit is een mogelijke bijdrage voor de zorgprogramma's. Vanuit de consensus based producten kan op den duur een onderzoek gedaan worden. Zo wordt er van onderaf gewerkt naar meer evidence.

5.2 Activiteiten

De commissie heeft een aantal taken:

- Stimuleren: Er worden workshops, studiedagen en gastcolleges op de diverse opleidingen georganiseerd over modules en producten.
- Aanbrengen van richtlijnen: Er worden richtlijnen en aandachtspunten voor de ontwikkeling van producten en modules beschreven zodat er uniformiteit ontstaat.
- Accorderen: Als een product of module is geschreven volgens de richtlijnen en er consensus bestaat over de inhoud wordt deze geaccordeerd en vervolgens uitgebracht.
- Uitbrengen van producten en modules: Producten worden bij het vakblad toegevoegd en modules worden uitgebracht in modulereaders. Beide in de huisstijlvorm van de federatie. In de toekomst zullen producten (en waarschijnlijk ook modules) digitaal beschikbaar zijn op website <http://www.vaktherapie.nl>.

Op dit moment is de commissie voornamelijk bezig met het accorderen van producten. Het is de bedoeling dat deze ook door vaktherapeuten gelezen worden die kennis en ervaring hebben met betrekking van de inhoud van de geschreven producten. Mogelijk dat dit in de toekomst ook gedaan zal worden met modulen.

5.2 Gepubliceerde producten en modulen binnen de creatieve therapie

Producten

In de tabel hieronder is te zien welke producten momenteel geaccordeerd zijn door de commissie product- en moduleontwikkeling¹. Muziektherapie is buiten beschouwing gelaten, omdat hier momenteel geen producten voor zijn geaccordeerd.

	Beeldende therapie	Dramatherapie
Stemmingsstoornissen		Gedragsdrama voor volwassenen (Wegman, E.).
Angststoornissen	Traumabehandeling; 'creatief beeldende groepstherapie' (Haeyden, S.).	Structurerende groepsdramatherapie; 'hanteren van angst en paniek' (Boon, M.).
	Op je gemak onder de mensen (Rietmole, M. te).	Versterken van de autonomie; 'behandeling van PTSS in een individuele dramatherapie' (Lente-Rakemann, A. van).
	De positieve kracht van boosheid leren inzetten d.m.v. beeldend werk (Gerritsen, M. & Braaksma, I.).	Behandeling van PTSS; 'pragmatisch-structurerende groepsdramatherapie bij angststoornissen' (Boon, M.).
Persoonlijkheidsstoornissen	Ik trek mijn eigen lijn; 'creatieve therapie beeldend voor (seksueel) getraumatiseerde vrouwen' (Rademaker, G. & Korting, M.).	Psychodrama voor (jong) volwassenen; 'de handeling van de ziel' (Wegman, E.).
Schizofrenie en psychosen		
Emoties		
Eetstoornissen		Groepsdramatherapie bij eetstoornissen; 'het hanteren van gevoelens en het ontwikkelen van coping-strategieën (Dongen, M. van & Krettek, N.).
Forensisch	Beeldende groepstherapie in dagbehandeling voor mannen die een zedendelict gepleegd hebben (Willemars, G.).	Groepsdramatherapie in een forensische setting; 'een inzichtgevend-ontwikkelingsgerichte vrouwengroep' (Timmer, S.). Dramatherapie met begeleid toneel; 'van vermijding naar beleving' (Baars, M.).

¹ Deze tabel is samengesteld met behulp van de boekjes 'producten in beeld' (2004/1, 2004/2, 2005/1 & 2007/1) die als bijlagen zijn verschenen bij het vakblad voor creatieve therapie.

		Op verhaal komen; ‘ontwikkelen van interpersoonlijke vaardigheden’ (Timmer, S.).
		Behandeling van volwassen seksueel en agressief delinquenten; ‘inzichtgevende groepsdramatherapie’ (Timmer, S.).
		Agressieregulatie voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Timmer, S.).
Verslaving		
Kinder- en jeugdpsychiatrie ADHD	‘Niet denken, maar doen’; een beeldende therapie voor jongeren die emotioneel zijn vastgelopen (Sprang, G. van).	Steunende groepsdramatherapie voor adolescenten; ‘doe ik het of doe ik het niet?’ (Lente-Rakemann, A. van)
		Structurerende groepsdramatherapie voor adolescenten; ‘Hoe kan ik het ook doen?’ (Lente-Rakemann, A. van).
		Inzichtgevende groepsdramatherapie voor adolescenten; ‘Hoe wil ik het doen?’ (Lente-Rakemann, A. van).
ADHD		
Ouderenpsychiatrie		
Vluchtelingen		
Speciaal onderwijs		
Arbeidsgerelateerde aandoeningen		
Psychosociale zorg bij rampen		
Andere initiatieven uit het veld		Dramatherapie met disfunctionele gezinnen waarvan de adolescent de geïdentificeerde patiënt is (Schaap, L.).

Figuur 1; Geaccordeerde producten

Modulen

Voor creatieve therapie zijn er tot op heden geen modules ingezonden. Klopper (2009) denkt echter wel dat deze in het werkveld aanwezig zijn, maar dat ze nog niet bij de commissie terecht zijn gekomen voor accreditatie. Voor de psychomotorische therapie zijn er wel modules geaccordeerd. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (*NVPMT*) zich meer heeft gericht op het schrijven van modules. De Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie (*NVCT*) heeft zich voornamelijk gericht op de ontwikkeling van producten.

6. Positie van modules in de praktijk

In dit hoofdstuk beantwoord ik de deelvragen van het onderzoek. Ik ga in op de kennis die creatief therapeuten hebben over modules, het inzetten van modules, de mening van de therapeuten, bij welke problematiek modules ingezet worden en tot slot geef ik aan wat de houding van de therapeuten is tegenover informatie-uitwisseling betreffende modules.

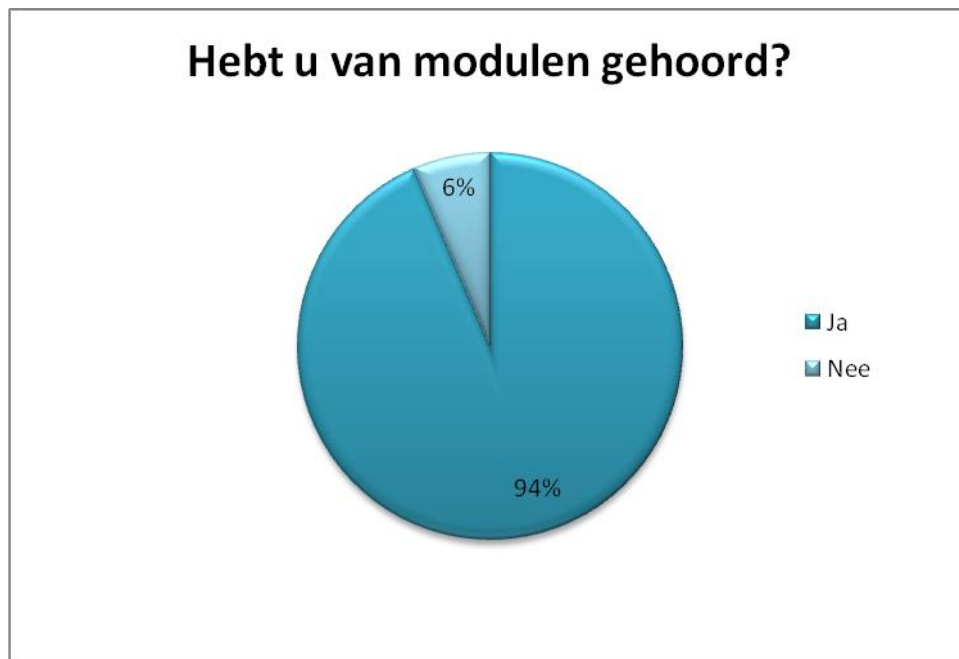
6.1 Kennis over modules

De volgende deelvraag wordt in deze paragraaf beantwoord:

In hoeverre hebben beeldend therapeuten die werken met kinderen met sociaal emotionele problemen gehoord van modules?

Hoeveel therapeuten hebben van modules gehoord?

In het diagram hieronder is te zien dat het merendeel van de therapeuten (93,5%) gehoord heeft van modules.



Figuur 1; Hebt u van modules gehoord?

Met betrekking tot het 'hebben gehoord van modules' blijkt uit de *ANOVA* dat er een significant verband bestaat voor het werkveld waarin de therapeuten werkzaam zijn. Er blijkt geen significant verband te zijn voor het jaar waarin de respondent is begonnen met het uitvoeren van zijn beroep. Uit de *factoriële ANOVA* blijkt echter dat er wel een interactie bestaat tussen deze twee factoren en de vraag of zij van modules gehoord hebben (zie bijlage 5).

Alle respondenten die in of na 2000 zijn begonnen als creatief therapeut hebben van modules gehoord. Van degenen die voor 2000 zijn gestart heeft 14,3 % (2 respondenten) niet gehoord van modules. Opvallend is dat deze 14,3% bestaat uit de therapeuten die alleen in het speciaal onderwijs werkzaam zijn (dus niet ook binnen een ander werkveld) en die vóór 2000 zijn gestart als creatief therapeut. De respondenten die naast het speciaal onderwijs ook werkzaam zijn als zelfstandig ondernemer of werkzaam zijn in de psychiatrie hebben wel van modules gehoord.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat de kennis over het bestaan van modules wordt bepaald door het ergens anders werkzaam zijn dan in het speciaal onderwijs in combinatie met het zijn begonnen met het uitvoeren van het beroep in of na 2000. Een verklaring hiervoor kan zijn dat modules vanaf het jaar 2000 door het doorvoeren van veranderingen binnen de gezondheidszorg meer onder de aandacht staan (zie hoofdstuk 3).

6.2 Inzetten van modules

De volgende deelvraag wordt in deze paragraaf beantwoord:

In hoeverre zetten beeldend therapeuten die werken met kinderen met sociaal emotionele problemen modules in?

Hoeveel therapeuten zetten modules in?

Ongeveer de helft (54,8%) van de beeldend therapeuten geeft aan wel eens modules in te zetten. Dit is in het diagram hieronder te zien.



Figuur 2; Zet u modules in?

Uit de ANOVA blijkt dat er een significant verband bestaat tussen het inzetten van modules en het werkzaam zijn in de psychiatrie. Tevens bestaat er een significant verband tussen het inzetten van modules en het werkzaam zijn in enkel het speciaal onderwijs (zie bijlage5).

Van de therapeuten die in ieder geval in de psychiatrie werken, zet iedereen (100%) modules in. Niemand van de therapeuten die enkel in het speciaal onderwijs werken, zet modules in. Van de zelfstandig ondernemers zet minder dan de helft van de respondenten wel eens modules in.

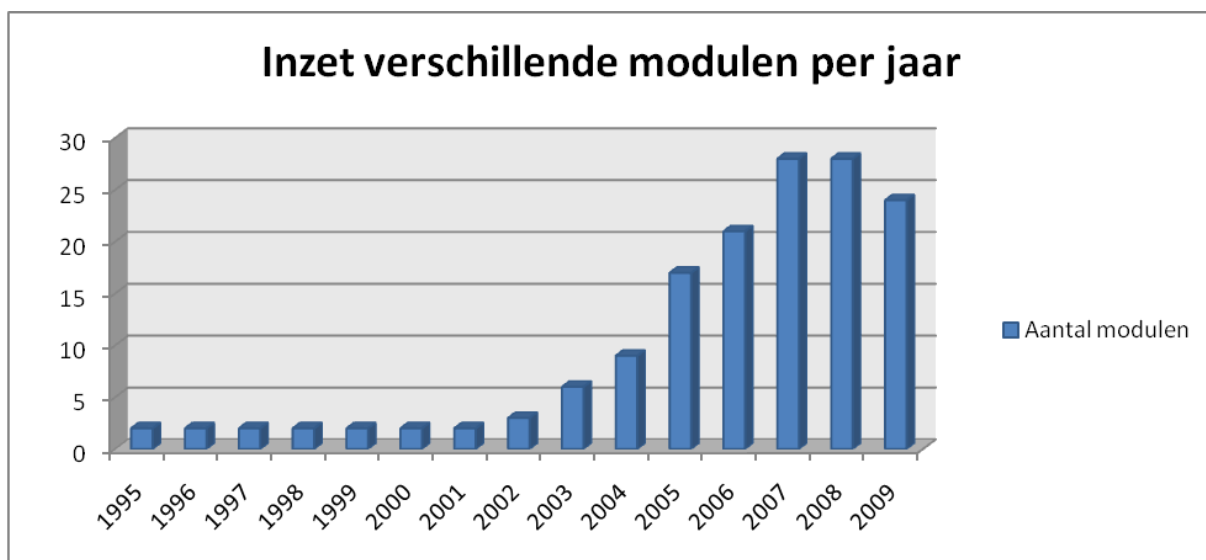
Hieruit kan worden afgeleid dat het inzetten van modules door therapeuten voornamelijk wordt bepaald door het feit of zij werkzaam zijn in de psychiatrie.

Verplicht zijn om modules in te zetten

Een aantal therapeuten moet met modules werken binnen hun werkveld, dit blijkt uit de ANOVA (zie bijlage 5). Alle beeldend therapeuten die in de psychiatrie werkzaam zijn, moeten modules inzetten. Dit is niet het geval voor therapeuten die in het speciaal onderwijs of als zelfstandig ondernemer werkzaam zijn.

Jaartal van inzetten

17 van de 31 respondenten zetten modules in. Door 16 van hen worden in totaal 41 verschillende modules ingezet. Dit komt uit op een gemiddelde van 2.6 modules per respondent. De meeste modules worden ieder jaar opnieuw ingezet. In de tabel hieronder is te zien hoeveel verschillende modules er per jaar door de respondenten ingezet zijn.



Figuur 3; Inzet verschillende modules per jaar

Ondanks dat de helft van de respondenten ruim voor 2002 is begonnen met het uitvoeren van het beroep, is vanaf dit jaar een duidelijke toename te zien van het aantal verschillende modules dat per jaar wordt ingezet. Dit om aan te geven dat de stijging zeker niet alleen afhankelijk is van het

jaartal waarin de respondenten zijn gestart. Op basis van deze gegevens constateer ik dat het aantal verschillende modules dat wordt ingezet per jaar toeneemt.

6.3 Mening over modules

De volgende deelvraag wordt in deze paragraaf beantwoord:

Hoe wordt er door beeldend therapeuten die werken met kinderen met sociaal emotionele problemen over modules gedacht?

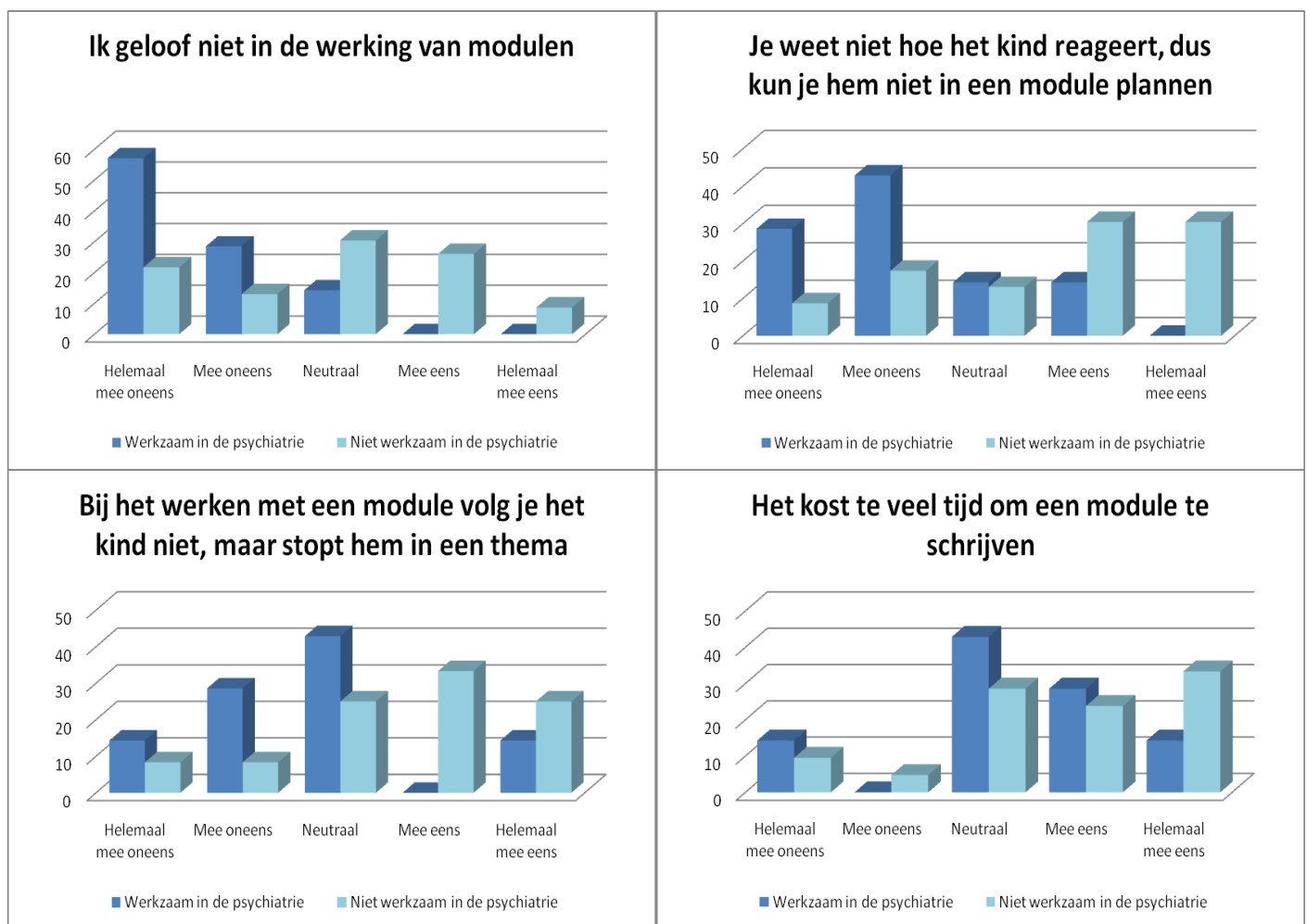
De mening van therapeuten over modules

De meningen van therapeuten over modules zijn sterk verdeeld. Het merendeel van de respondenten geeft echter in een open vraag over hun mening aan dat modules goed kunnen zijn om in te zetten, maar niet bij iedere hulpvraag, doelgroep en/of situatie. Velen gebruiken modules graag als leidraad of inspiratiebron, maar passen ze niet rigide toe. Dit komt omdat ze een voorkeur hebben voor het cliëntvolgend werken, waarbij problemen of hulpvragen die tijdens het proces naar voren komen ook behandeld worden.

Relatie tussen het moeten inzetten van modules en de mening over modules

Er lijkt een trend te zijn in de meningen over modules tussen de respondenten die in de psychiatrie werken en dus met modules moeten werken en respondenten die niet in de psychiatrie werken. De respondenten die in de psychiatrie werkzaam zijn, zijn over het algemeen genomen positiever over iedere stelling met betrekking tot het inzetten van modules.

In de grafieken hieronder zijn meningen te zien van de respondenten die in de psychiatrie (donkerblauw) en niet in de psychiatrie (lichtblauw) werken betreffende een aantal stellingen over modules. De meningen zijn verwerkt in procenten.

Negatieve stellingen*Figuur 4 A t/m D; Negatieve stellingen*

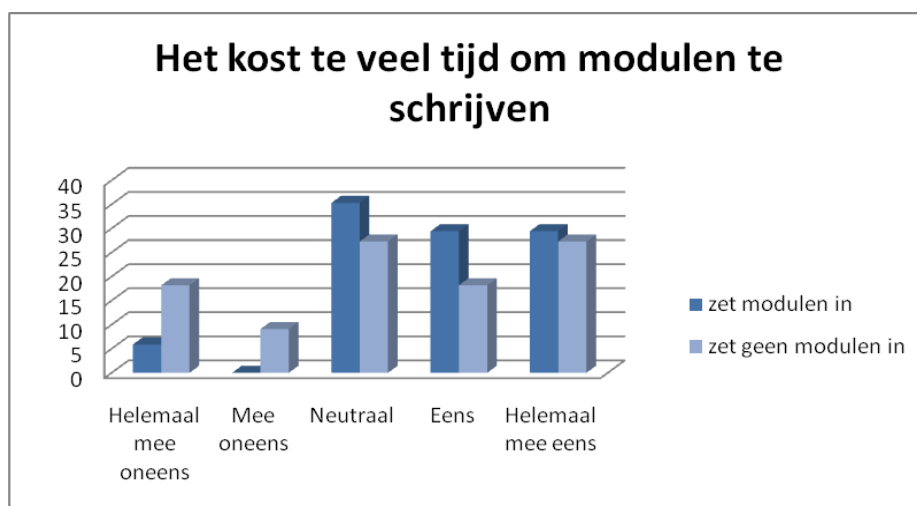
Er blijkt een significant verband te zijn tussen het werken in de psychiatrie (en dus het moeten of niet moeten inzetten van modules) en de stelling 'ik geloof niet in de werking van modules' (zie bijlage 5 & figuur 4A). De mening over deze stelling is sterk verdeeld bij de therapeuten die niet in de psychiatrie werken, terwijl iedereen die in de psychiatrie werkt het hier niet mee eens is of een neutrale mening heeft. Aangenomen kan worden dat therapeuten die in de psychiatrie werken meer vertrouwen hebben in de werking van modules dan therapeuten die niet in de psychiatrie werken.

Ook voor de stelling 'je weet niet hoe het kind reageert, dus kun je hem niet in een module plannen' is er een significant verband met betrekking tot het moeten inzetten van modules (zie bijlage 5 & figuur 4B). Bij de respondenten die niet werkzaam zijn in de psychiatrie is een voorkeur op te merken naar het eens zijn met de stelling. Terwijl er bij de respondenten die wel werkzaam zijn in de psychiatrie een voorkeur op te merken is voor het niet eens zijn met de stelling.

De meeste therapeuten die niet in de psychiatrie werkzaam zijn, kunnen zich vinden in de stelling 'bij het werken met een module volg je het kind niet meer, maar stop je hem in een thema en dat kan niet goed zijn'. Dit in tegenstelling tot de respondenten die in de psychiatrie werken, daar zijn de meeste therapeuten het niet eens met de stelling (zie figuur 4C).

De meerderheid van alle respondenten is het eens met de stelling dat het schrijven van een module te veel tijd kost (zie figuur 4D). Deze mening is het sterkst vertegenwoordigd bij de therapeuten die niet in de psychiatrie werkzaam zijn en dus niet met modules moeten werken.

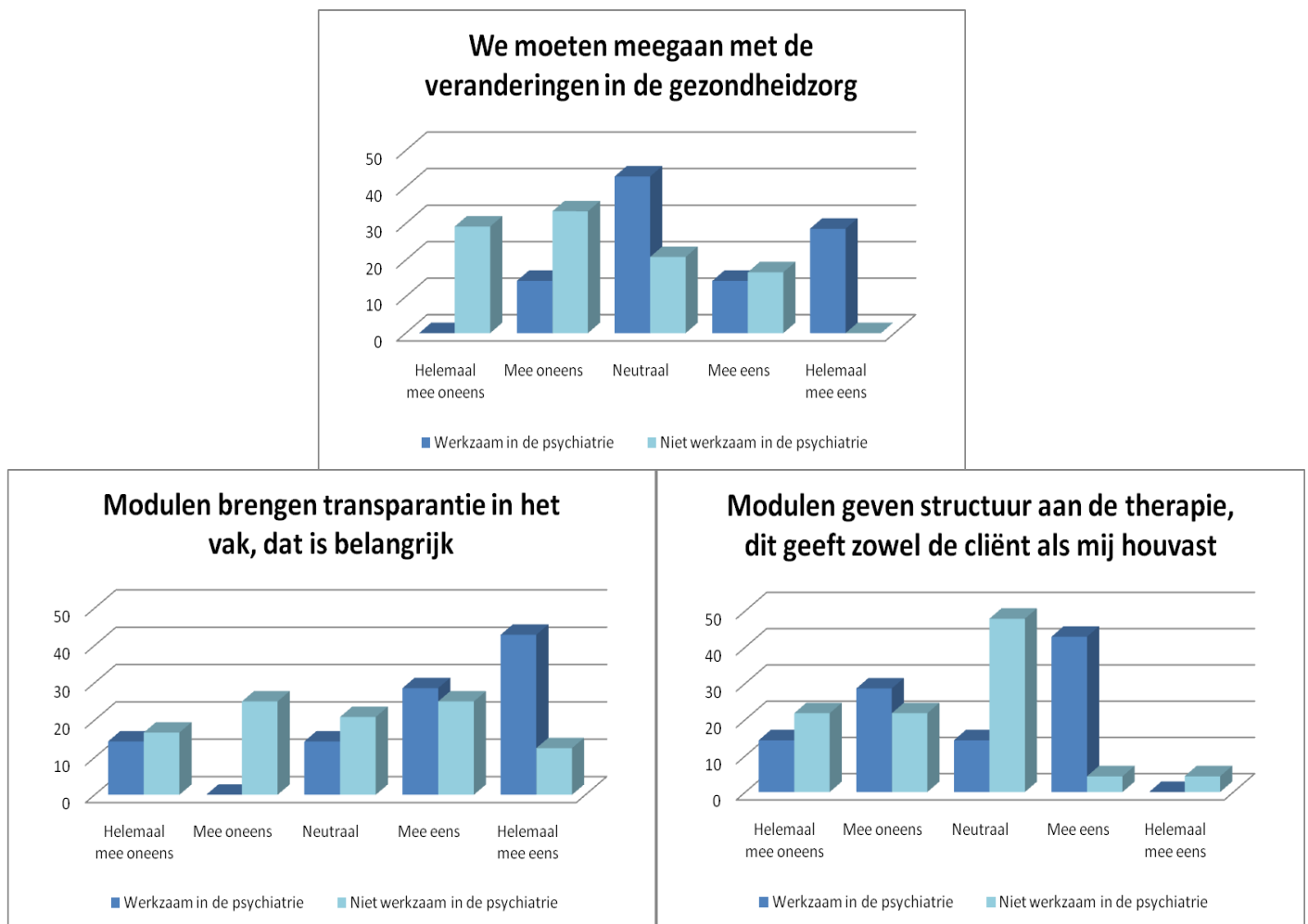
Verder is het opvallend dat de therapeuten die modules inzetten het procentueel gezien meer eens zijn met de stelling dat het te veel tijd kost om een module te schrijven dan therapeuten die geen modules inzetten (zie figuur 5) (niet significant). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat therapeuten die geen modules schrijven het werk hiervan onderschatten.



Figuur 5; kost te veel tijd om modules te schrijven

Positieve stellingen

De meer positieve stellingen met betrekking tot de mening over modules zijn hieronder te zien. Ook hier zijn de meningen van de therapeuten die in de psychiatrie werkzaam zijn en die hier niet werkzaam zijn naast elkaar geplaatst.



Figuur 6 A t/m C; Positieve stellingen

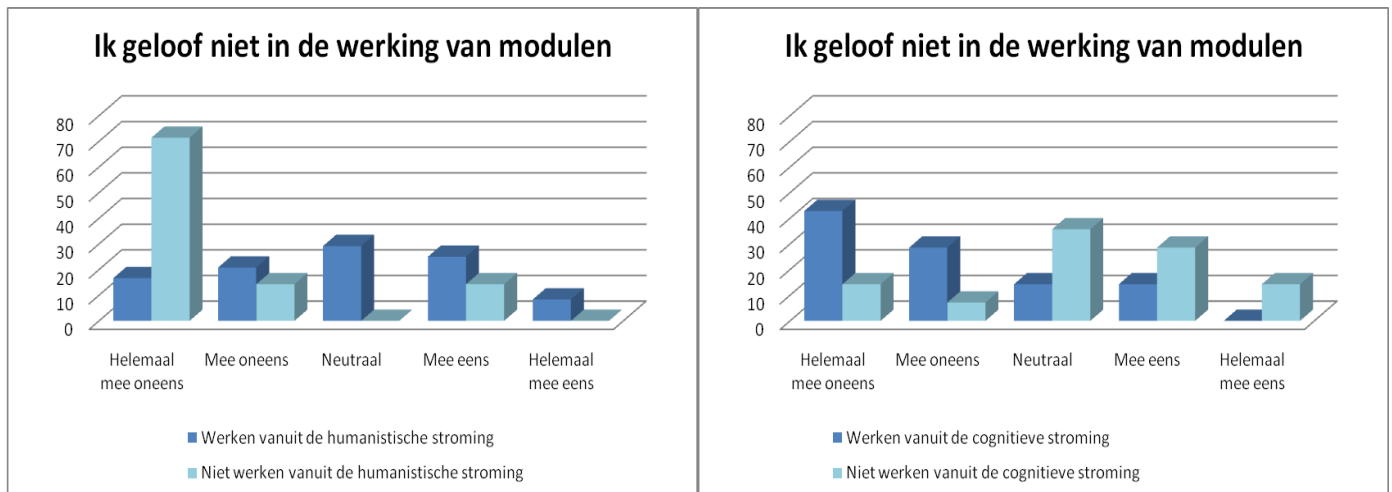
Er is een significant verband tussen de stelling dat we mee moeten gaan met de veranderingen in de gezondheidszorg en daarom modules in moeten zetten en het wel of niet werkzaam zijn in de psychiatrie (zie bijlage 5). De therapeuten die modules in moeten zetten zijn het hier over het algemeen mee eens, terwijl de therapeuten die niet in de psychiatrie werkzaam zijn het voornamelijk niet eens zijn met deze stelling (zie figuur 6A).

Het merendeel van de therapeuten die in de psychiatrie werkzaam zijn, is het eens met de stelling dat modules transparantie brengen in het vak. De mening van de therapeuten die niet werkzaam zijn in de psychiatrie liggen bij deze stelling verspreid (zie figuur 6B).

Alle therapeuten zijn het veelal niet eens met de stelling dat modules structuur bieden aan de therapie en dat dit houvast geeft aan de cliënt en de therapeut. Deze mening is het sterkst vertegenwoordigd bij de therapeuten die niet werkzaam zijn in de psychiatrie (zie figuur 6C).

Voorkeur stroming en mening modules

Uit de ANOVA blijkt dat er een significant verband bestaat tussen de stelling 'ik geloof niet in de werking van modules' en het werken vanuit de *humanistische therapie* (zie bijlage 5). Bovendien bestaat er een significant verband tussen de stelling 'ik geloof niet in de werking van modules' en het werken vanuit de *cognitieve therapie* (zie bijlage 5).



Figuur 7A & B; Geloven in de werking van modules

In figuur 7A&B is te zien dat therapeuten die niet vanuit de humanistische benadering werken en therapeuten die vanuit de cognitieve benadering werken meer vertrouwen hebben in de werking van modules dan de therapeuten die vanuit de humanistische benadering werken en therapeuten die niet vanuit de cognitieve benadering werken.

Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de therapeutische aanpak bij modules van tevoren grotendeels is ingevuld, waardoor er beperkt ruimte is om spontaan therapeutische zijstraatjes in te slaan (Pioch & Drieschner, 2001). Dit strookt niet altijd met de ideeën uit de humanistische therapie. Daarom zou het kunnen zijn dat therapeuten die niet werken volgens de humanistische benadering meer geloven in de werking van (recht toe, recht aan) modules.

Voor de overige stromingen uit de psychologie blijkt er geen significant verband te bestaan met de stelling 'ik geloof niet in de werking van modules'.

6.4 Bij welke problematiek worden modules ingezet?

De volgende deelvraag wordt in deze paragraaf beantwoord:

Bij welke problematiek bij kinderen met sociaal emotionele problemen worden modules ingezet door beeldend therapeuten?

17 van de 31 respondenten gaven aan dat ze modules inzetten. 16 hiervan hebben aangegeven wat voor soort modules ze wel eens inzetten, of ingezet hebben. De meeste modules zijn gericht op het versterken van de sociale vaardigheden, 8 respondenten van de 16 hebben aangegeven hiermee te werken. Verder wordt er vaak (7) een module ingezet gericht op het zelfvertrouwen en/of egoversterking. 4 van de 16 respondenten zetten een module in als observatiemiddel. Modules gericht op (faal)angst en/of dwang, modules gericht op ouders en/of hulpverleners en modules gericht op emotieregulatie worden door 3 respondenten ingezet. Daarnaast is er nog een aantal modules dat door 1 of 2 respondenten worden ingezet. De verwerking van deze gegevens is in de tabel hieronder weergegeven.

Problematiek	Overige opmerkingen	Aantal respondenten
Gebrek aan sociale vaardigheden	Sociale vaardigheidstraining	8
Weinig zelfvertrouwen	Module gericht op zelfvertrouwen en/of egoversterking.	7
Observatie	Observatie module	4
Angsten	Module gericht op angsten en/of faalangst en/of dwang.	3
Omgang met kinderen	Module gericht op ouders en/of hulpverleners	3
Emotieproblematiek	Gericht op emotieregulatie	3
Autisme	Module gericht op educatie en vaardigheden (excl. sociale vaardigheidstraining)	2
ADHD		2
Seksueel misbruikte kinderen		2
Eetstoornis	Waarvan 2 gericht op lichaamsbeleving	2
Lichaamsbeleving		1
Hechtingsproblematiek		1
Problemen met de integratie van sociale, emotionele en cognitieve intelligentie	Integratie sociale, emotionele en cognitieve intelligentie	1
Borderline	Dialectische gedragstherapie	1

Figuur 8; Soorten modules

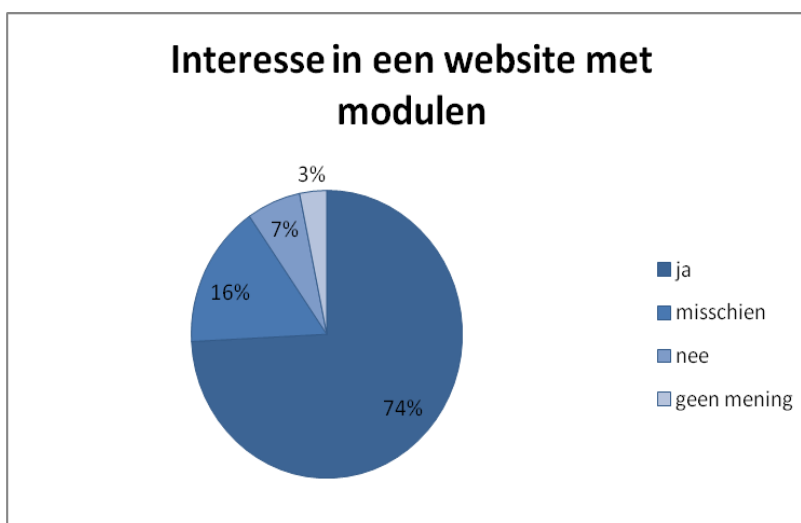
6.5 Ontwikkelen en delen van modules

De volgende deelvraag wordt in deze paragraaf beantwoord:

Hoe is de houding van beeldend therapeuten die werken met kinderen met sociaal emotionele problemen tegenover informatie-uitwisseling betreffende modules?

Het merendeel van de therapeuten hebben de module die ze gebruiken samen met een collega ontwikkeld (46,7%), het komt ook vaak voor dat de therapeut de module zelf ontwikkeld (33,3%). Verder krijgen therapeuten af en toe een module van een collega of bemachtigen ze er één via een workshop. Over het algemeen weten de therapeuten niet waar ze modules kunnen vinden.

Er is interesse om modules in te zien die door vakgenoten geschreven zijn. Dit vooral als kennisvergroting en inspiratiebron, maar niet om ze zelf rigide toe te passen (zie paragraaf 4.3 ‘mening over modules’). Bijna alle respondenten zien het zitten om een speciale website te hebben waar modules gepubliceerd worden (zie figuur 9).



Figuur 9; Interesse in een website met modules

Het merendeel van de respondenten die modules inzetten willen hun module ook daadwerkelijk delen met andere creatief therapeuten (87,5%). Sommigen willen hun module graag delen, anderen willen er iets voor terug omdat er veel tijd in gestoken is.

Conclusie

Het merendeel (93,5%) van de beeldend therapeuten die werken met kinderen met sociaal emotionele problemen heeft gehoord van modules. De kennis over het bestaan van modules wordt bepaald door het ergens anders werkzaam zijn dan in het speciaal onderwijs in combinatie met het zijn begonnen met het uitvoeren van het beroep in of na 2000.

Ongeveer de helft (54,8%) van de beeldend therapeuten zet modules in. Iedereen die in de psychiatrie werkt, zet modules in. Zij zijn dit overigens ook verplicht. Minder dan de helft van de therapeuten die alleen als zelfstandig ondernemer werkzaam zijn, zet modules in, zij hoeven geen modules in te zetten. Ook de therapeuten die in het speciaal onderwijs werkzaam zijn hoeven geen modules in te zetten. Hier zijn geen therapeuten die modules inzetten. Verder neemt het aantal verschillende modules dat wordt ingezet per jaar toe.

De meningen van therapeuten over modules zijn sterk verdeeld. Het merendeel van de therapeuten geeft aan dat modules goed kunnen zijn om in te zetten, maar niet bij iedere hulpvraag, doelgroep en/of situatie. Velen gebruiken modules graag als leidraad of inspiratiebron, maar passen ze niet rigide toe. Dit komt omdat ze een voorkeur hebben voor het cliëntvolgend werken, waarbij problemen of hulpvragen die tijdens het proces naar voren komen ook behandeld worden.

Creatief therapeuten die in de psychiatrie werken zijn over het algemeen positiever over modules dan creatief therapeuten die niet in de psychiatrie werken (en dus niet met modules hoeven te werken). Zij hebben meer vertrouwen in de werking van modules. Bovendien vinden zij in tegenstelling tot de therapeuten die niet in de psychiatrie werken dat er mee gegaan moet worden met de veranderingen in de gezondheidszorg en dat er daarom modules ingezet moeten worden. Zij vinden ook dat het werken met modules transparantie brengt in het vak, therapeuten die niet in de psychiatrie werken hebben hier een verdeelde mening over. Met de stelling dat er niet met modules gewerkt moet worden omdat het kind niet meer gevolgd wordt en dat je niet weet hoe het kind op de behandeling reageert, zijn de therapeuten die niet in de psychiatrie werken het over het algemeen eens, dit in tegenstelling met de therapeuten die wel in de psychiatrie werken.

Alle therapeuten vinden dat het schrijven van modules te veel tijd kost. Deze mening wordt het meest vertegenwoordigd bij therapeuten die modules inzetten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat therapeuten die geen modules schrijven het werk hiervan onderschatten.

Therapeuten die niet vanuit de humanistische benadering werken en therapeuten die vanuit de cognitieve benadering werken hebben meer vertrouwen in de werking van modules dan de therapeuten die vanuit de humanistische benadering werken en therapeuten die niet vanuit de cognitieve benadering werken. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de therapeutische aanpak bij modules van tevoren grotendeels is ingevuld, waardoor er beperkt ruimte is om spontaan therapeutische zijstraatjes in te slaan. Dit strookt niet altijd met de ideeën uit de humanistische therapie. Daarom zou het kunnen zijn dat therapeuten die niet werken volgens de humanistische benadering meer geloven in de werking van (recht toe, recht aan) modules.

De meeste modules zijn gericht op het versterken van de sociale vaardigheden. Verder wordt er vaak een module ingezet gericht op het zelfvertrouwen en/of egooversterking. Modules als observatiemiddel komen ook veelvuldig voor.

De therapeuten ontwikkelen hun module voornamelijk zelf of samen met een collega. Over het algemeen weten ze niet waar ze modules kunnen vinden. Er is echter wel interesse in het bekijken van modules die door vakgenoten geschreven zijn, dit vooral ter kennisvergroting en inspiratie. De meeste therapeuten zijn bereid om modules te delen.

Wanneer de resultaten en conclusies van de verschillende deelvragen het van het onderzoek samen worden bekeken, blijkt dat modules vooral in de psychiatrie een sterke positie hebben. Meninge over modules zijn daar vooral positief en iedereen die in de psychiatrie werkt, zet modules in. Het is echter ook alleen in dit werkveld dat het werken met modules verplicht wordt gesteld. Dit in tegenstelling tot het speciaal onderwijs en eigen praktijken. Daar is het werken met modules ook minder populair en sommigen hebben zelfs nog nooit gehoord van modules. Van de zelfstandig ondernemers zet minder dan de helft modules in en de therapeuten uit het speciaal onderwijs werken niet met modules.

Er is veel interesse naar modules. Dit echter vooral ter inspiratie en kennisverbreding. Velen willen modules niet rigide toepassen, omdat dit het individuele proces in de weg kan zitten. Andere problemen dan beschreven in de module die in het proces naar voren komen kunnen namelijk niet behandeld worden wanneer men de module te rigide toepast.

Het werken met modules wordt steeds populairder. Het aantal verschillende modules dat wordt ingezet neemt per jaar toe. Vanaf 2002 is een sterke stijging waar te nemen. Veel modules zijn gericht op sociale vaardigheidstraining en versterking van het zelfbeeld. Ook modules ter observatie worden veelvuldig ingezet.

Discussiepunten

Er is een aantal aspecten dat mogelijk een negatieve invloed hebben uitgeoefend op de *validiteit* en *betrouwbaarheid* van het onderzoek. Deze bespreek ik in dit hoofdstuk. Tevens geef ik een aantal aanbevelingen voor mogelijk vervolgonderzoek.

Validiteit en betrouwbaarheid

Het onderzoek richtte zich op beeldend therapeuten die met kinderen werken. Er is veelvuldig onderzocht of bepaalde aspecten verband hadden met het werkveld waarin de therapeut werkzaam was (de psychiatrie, speciaal onderwijs en eigen praktijk). De samenstelling van de onderzoeksgroep op dit gebied is echter waarschijnlijk niet representatief voor de gehele beroepsgroep. Reden hiervoor is dat zelfstandig ondernemers gemakkelijker te vinden zijn dan creatief therapeuten die in de psychiatrie werkzaam zijn, en in het bijzonder de creatief therapeuten die in het speciaal onderwijs werken. Een onderzoek naar de verdeling waarbinnen de doelgroep werkzaam is, zou deze tekortkoming op het *externe validiteitsniveau* hebben voorkomen.

De techniek die gebruikt is om de gegevens te verzamelen is niet geheel consequent geweest. Er is gebruik gemaakt van een internetenquête waarbij de respondent niet vooraf konden zien welke vragen zouden komen en er is gebruik gemaakt van dezelfde enquête, verstuurd via de mail, waarbij de respondent wel kon zien uit welke vragen de enquête bestond. Het was noodzakelijk om dit te doen, omdat het bleek dat de internetenquête vaak problemen veroorzaakte bij het inloggen. Hierdoor is echter de *interne betrouwbaarheid* van het onderzoek iets verminderd.

Bij de verwerking van de open vragen uit de enquête maakte ik gebruik van de techniek ‘*coderen*’. Bij herhaling van het onderzoek zou men mogelijk tot andere uitkomsten komen, omdat er mogelijk andere labels gebruikt worden. Wanneer er meer onderzoekers geweest waren om de gegevens uit de open vragen te coderen en te verwerken, zou deze *externe betrouwbaarheid* enigszins zijn verhoogd.

Aanbevelingen

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek zijn natuurlijk gericht op de bovenstaande punten. Bij vervolgonderzoek op dit gebied is het aan te bevelen een representatieve samenstelling tussen respondenten die als zelfstandig ondernemer werkzaam zijn, werken in de psychiatrie en het

speciaal onderwijs toe te passen. Bovendien moet consequent gebruik gemaakt worden van één onderzoekstechniek en de open vragen zouden door meer onderzoekers verwerkt moeten worden om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten.

In dit onderzoek is gemeten welke positie modules innemen binnen de behandeling van kinderen. Het is interessant om uit te zoeken of deze positie verschilt bij andere doelgroepen en welke verschillen er aanwezig zijn. Verder is het interessant om te onderzoeken of modules binnen het medium muziek en drama een andere positie innemen en waar dit mee te maken heeft.

Het onderzoek kan na een paar jaar herhaald worden, om na te gaan of er veranderingen zijn opgetreden. Dit is aannemelijk, omdat het werken met modules nog maar kort in de aandacht staat (sinds 2000) en er vanuit de Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen veel wordt gedaan om de inzet hiervan te stimuleren. Bovendien staat het werken met modules ook in de aandacht binnen het onderwijs van creatieve therapie.

Uit het onderzoek bleek dat therapeuten een verschillende mening hebben over de werking van modules. Tevens wordt er vaak aangegeven dat modules effectief kunnen zijn, maar niet voor iedere doelgroep en hulpvraag. Het is interessant om hier een vervolgonderzoek naar te doen; bij welke soort doelgroepen en soort hulpvragen is het effectief om een module in te zetten?

Voor de psychomotorische therapie zijn er meer modules te vinden dan voor de creatieve therapie. Hieruit kan aangenomen worden dat de psychomotorische therapeut vaker modules inzet dan de creatieve therapeut. Er kan onderzocht worden wat hier de oorzaak van is (hangt dit af van stimulatie binnen de vereniging, van de instelling/ideeën van de psychomotorische therapeut of mogelijk lenen modules zich beter voor psychomotorische therapie dan voor creatieve therapie).

Kortom er is nog veel te onderzoeken met betrekking tot het onderwerp 'modules'.

Begrippenlijst

ANOVA:

‘Analysis of Variance’. Functie in *SPSS* om de *significantiewaarde* te bepalen

Betrouwbaarheid:

De mate waarin het onderzoek, indien herhaald, dezelfde uitkomsten oplevert (Verhoeven, 2008).

Coderen:

Belangrijk hulpmiddel bij de analyse van kwalitatieve gegevens, waarbij de onderzoeker thema's of categorieën in onderzoeksgegevens onderscheidt en deze benoemt met een code (Boeije, 2005).

Cognitieve therapie:

Een benadering uit de psychologie waarbij men ervan uitgaat dat het niet de gebeurtenissen zelf zijn die een mens negatieve gevoelens bezorgen en daardoor een bepaald gedragspatroon, maar de gekleurde bril waardoor hij de dingen ziet (Wikipedia, 2009).

Commissie product- en moduleontwikkeling:

Commissie bestaande uit leden van verschillende vakverenigingen, gericht op het stimuleren van de ontwikkeling en het schrijven van producten en modules voor creatieve therapie en psychomotorische therapie, zodat men tot een eenduidige taal voor vaktherapeuten, verwijzers en zorgverzekeraars komt (Klopper, 2009).

Dichotoom antwoord:

Type antwoordmogelijkheid waarbij de respondent slechts uit twee antwoorden kan kiezen (Verhoeven, 2008).

Directief klachtgericht:

Behandelvorm gericht op klachtenreductie en heeft meestal een kortdurend karakter. Vaak wordt hierbij gewerkt met protocollen (Schweizer, 2009).

Evaluerend vraagtype:

Type hoofdvraag waarbij de mening van respondenten over een onderwerp wordt onderzocht. Methoden als open interviews, enquêtes en groepsgesprekken zijn geschikt om dit type hoofdvraag te beantwoorden (Verhoeven, 2008).

Externe betrouwbaarheid:

De mate waarin onafhankelijke onderzoekers het onderzoek in gelijkwaardige omstandigheden kunnen repliceren.

Externe validiteit:

De mate waarin de conclusies ook van toepassing zijn op de gehele populatie.

Factoriële ANOVA:

Functie in *SPSS* om te onderzoeken of er factoren zijn die op zichzelf geen significante verschillen veroorzaken, maar in combinatie met anderen wel.

Filtervraag:

Vraag binnen een enquête die het mogelijk maakt om komende vragen over te slaan die niet van toepassing zijn bij de respondent, om ergernis te voorkomen (Verhoeven, 2008).

Focaal inzichtgevend:

Behandelvorm waarbij wordt gewerkt met een focus en begrensde mogelijkheden in de tijd. Doel is inzicht en verwerking van een specifiek probleem (Schweizer, 2009).

FVB:

‘Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen’. Een overkoepelende organisatie van de Nederlandse Verenigingen voor Beeldende Therapie, Danstherapie, Dramatherapie, Muziektherapie en Psychomotorische Therapie. De FVB geeft richting aan de kwaliteitsbevordering van de vaktherapeutische beroepen en maakt zich sterk voor een goede positionering van deze beroepen binnen de verschillende werkvelden (FVB, 2009).

Halfgestructureerd interview:

Type interview waarbij gebruik gemaakt wordt van een vragenlijst of een lijst met onderwerpen. Er is echter ruimte voor de eigen inbreng van de respondenten. De onderzoeker stelt zich flexibel op en speelt in op de situatie (Verhoeven, 2008).

Humanistische therapie:

Een benadering uit de psychologie waarbij de focus wordt gelegd op de gehele en unieke mens, in plaats van bepaalde onderdelen daarvan. De psychologie moet mensen helpen zichzelf te ontplooien (Wikipedia, 2009).

Interne betrouwbaarheid:

De mate waarin de gegevensverzameling, data-analyse en de conclusies binnen het onderzoek zelf consistent zijn.

Interne validiteit:

De mate waarin de conclusies van het onderzoek geldig zijn voor de onderzoeksgroep.

Inzichtgevend plus:

Behandelvorm waarbij de cliënt zijn eigen tempo en thema's bepaalt, met als doel dat inzicht in de aard en oorzaken van de problematiek ontstaat waardoor geleidelijk een persoonlijkheidstransformatie kan optreden (Schweizer, 2009).

Likertschaal:

Een lijst met vragen (of beweringen, items) die met elkaar samenhangen (die over één onderwerp gaan) en waar de respondent telkens in oplopende graad (van bijvoorbeeld 'helemaal mee oneens' tot 'helemaal mee eens') op kan antwoorden (Verhoeven, 2008).

Meerpuntsschaal:

Type antwoordmogelijkheid binnen een enquête waarbij gebruik gemaakt wordt van een schaal met een beperkt aantal antwoordmogelijkheden in een bepaalde volgorde (Verhoeven, 2008).

Module:

Een therapie-eenheid voor een gespecificeerde doelgroep, met een van tevoren vastgestelde doelstelling, een overzichtelijke duur en een min of meer gestandaardiseerde inhoud (Pioch & Drieschner, 2001).

NVCT:

'Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie'. Beroepsvereniging die in 2006 een samenwerkingsverband is aangegaan met de *NVPMT*, en heet nu de *FVB* (FVB, 2009).

NVPMT:

'Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie'. Beroepsvereniging die in 2006 een samenwerkingsverband is aangegaan met de *NVCT*, en heet nu de *FVB* (FVB, 2009).

Pragmatisch structurerend:

Behandelvorm gericht op herstel van evenwicht en het beperken van de invaliderende gevolgen van de stoornis. Rekening houdend met de beperkte tijd en mogelijkheden van de cliënt (Schweizer, 2009).

Product:

Een vraag- aanbodcombinatie, het geeft een overzicht van het specifieke aanbod bij een specifieke groep cliënten. Hierbij past een beschrijving van de hulpvraag en van het passende aanbod (van Hattum & Hutschemaekers, 2000).

Protocol:

Samenhangend geheel van gestandaardiseerde richtlijnen voor de aanpak van een welomschreven probleem bij een welomschreven cliëntenpopulatie (Eurelings-Bontekoe, 1995).

Significantieniveau:

Grenswaarde die door de onderzoeker wordt vastgesteld (vaak 95%), welke bepaald dat de resultaten niet op toeval berusten. Dit wordt berekend met behulp van formules (Verhoeven, 2008).

Sneeuwbalmethode:

Methode om via een kleine kring van respondenten aan meer namen en adressen te komen, door na afloop van het interview of enquête te vragen of zij mensen kennen die ook aan het onderzoek mee zouden willen doen (Verhoeven, 2008).

SPSS:

'Statistical Package for the Social Sciences'. Een computerprogramma dat wordt gebruikt voor statistische doeleinden.

Steunend:

Behandelvorm gericht op het creëren van ontspanning en veiligheid en op het handhaven van evenwicht. Het doel is niet direct therapeutisch, wel worden therapeutische technieken gebruikt (Schweizer, 2009).

Survey onderzoek:

Onderzoeksmethode om meningen, opinies, houdingen en kennis bij grote groepen personen te meten. De antwoorden van de ondervraagden vormen de basis voor de dataset die de onderzoeker gebruikt in de (voornamelijk) kwantitatieve analyse (Verhoeven 2008).

Validiteit:

De mate waarin een onderzoek vrij is van systematische meetfouten, zowel wat betreft het meetinstrument als de onderzoeksgroep (Verhoeven, 2008).

Zorgprogramma:

Het totale zorgaanbod voor een gespecificeerde doelgroep (Berman, e.a., 2000).

Bronvermelding

- Berman, A. (1998). *Perspectief voor creatieve therapie; Trends en ontwikkelingen in de gezondheidszorg*. Uit: Tijdschrift voor Creatieve Therapie 1998/2, pp 20-23.
- Berman, A., Leeuwen, C van, Os, C van, Schoonheim, I., Straaten, G van & Veldhuizen, R. (2000). *Handleiding module- ontwikkeling voor creatieve therapie*. Utrecht: NVCT.
- Boeije, H. R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek; denken en doen*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Buuren, J van. (2001). *Modulen voor de vaktherapieën op Mediant*. Uit: Tijdschrift voor Creatieve Therapie, 2001/4, pp 23-24.
- Cleven, G. (2001). *Met schrijven zichtbaar in beeld; over het belang van het ontwikkelen en schrijven van modulen en producten*. Uit: Tijdschrift voor Creatieve Therapie, 2001/4, pp 32-34.
- Cleven, G. (2001). *Van kunst naar kunde; op weg naar een module schrijven*. Uit: Tijdschrift voor Creatieve therapie 2001/2, pp. 9-11
- Cleven, G. (2002). *De routeplanner voor producten en modulen*. Uit: Tijdschrift voor Creatieve Therapie, 2002/3. pp 16-18
- Eurelings-Bontekoe, E. H. M. (1995). *Protocollen: Keurslijf of Maatpak? Over diagnostiek en behandeling aan de hand van protocollen*. Uitgave: NIP-sectie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.
- FVB. (2009). *Federatie Vaktherapeutische Beroepen*. Geraadpleegd in juli 2009, <http://www.vaktherapie.nl>.
- Hattum, M van, Hutschemaekers, G. (2000). *Vakwerk; Producttyperingen van vaktherapeuten voor het programma stemmingsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kruijf, C de. (2004). *Inspelen op verandering; Eindrapport van de visitatiecommissie creatieve therapie*. Uit: Tijdschrift voor Creatieve Therapie, 2004/3, pp. 32.

Obbink, R. (2001). *Schaadt het niet..*. Uit: Tijdschrift voor Creatieve Therapie, 2001/4. pp 24

Pioch, A., Drieschner, K. (2001). *Een pragmatische benadering ter ontwikkeling van modules*. Uit: Tijdschrift voor Creatieve Therapie 2001/4, pp 7-10.

Rauh, W. (2001). *Schrijven in een module-ontwikkelingsgroep*. Uit: Tijdschrift voor Creatieve Therapie, 2001/4, pp. 29-31.

Schweizer, C. (1999). *Methodisch handelen, methodisch denken*. Uit: Tijdschrift voor Creatieve Therapie 1999/3, pp 8-11

Schweizer, C. (2009). *Handboek beeldende therapie; uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Straaten, G., Lintelo, A te. (2001). *Modules, een vloek of een zegen?* Uit: Tijdschrift voor Creatieve Therapie 2001/4, pp. 15-16.

Verburgt, J. (2000). *Over vaktherapeuten en protocollen*. Uit: Tijdschrift voor Creatieve Therapie 2000/2, pp 25-26.

Verhoeven, N. (2008). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Uitgeverij: Boom Onderwijs.

Wiersma, D. (2001). *Verslag van de plenaire bijeenkomst module ontwikkeling op 9 april 2001*. Uit: Tijdschrift voor Creatieve Therapie 2001/2. pp 11.

Wikipedia. (2009). *Wikipedia, de vrije encyclopedie*. Geraadpleegd in juli 2009, <http://nl.wikipedia.org>.

Bijlagen

Bijlage 1; Interview met Indra Klopper	46
Bijlage 2; Interview met Gorrry Cleven	49
Bijlage 3; Enquête, Inzet van modulen in de praktijk	51
Bijlage 4; SPSS.....	57
Bijlage 5; Significante verbanden.....	58

Bijlage 1; Interview met Indra Klopper

Indra Klopper is als beeldend therapeut twee jaar betrokken bij de commissie product en moduleontwikkeling. Deze commissie bestaat uit leden van verschillende vakverenigingen. Indra heeft mij veel verteld over producten en modules en heeft mij meer informatie gegeven over de commissie.

Het ontstaan van de commissie product en moduleontwikkeling

In het kader van onderzoek in samenwerking van de NVCT met het Trimbos-instituut en de NVPMT werd een model ontwikkeld ter beschrijving van producten. Deze handleiding is gebaseerd op de uitgave Vakwerk, de studiedag n.a.v. dit onderzoek gehouden 3 november 2000 te Zwolle en de ontwikkelingen sindsdien. Hierna is de Landelijke Commissie voor Productontwikkeling samengesteld nu overgegaan in Commissie Product- en Moduleontwikkeling.

Producten en modules

Producten

Een product is een vraag aanbodcombinatie en geeft een overzicht van het specifieke aanbod bij een specifieke groep cliënten. Hierbij past een beschrijving van de hulpvraag en van het passende aanbod (Hattum & Hutschemaekers, 2000). Voor de indeling van het product wordt de indeling gehanteerd zoals te vinden is in 'Vakwerk, Producttyperingen van vaktherapeuten voor het programma stemmingsstoornissen' (Hattum & Hutschemaekers, 2000).

Relatie tussen producten en modules

Het verschil tussen modules en producten is dat een module meer gedetailleerd is beschreven. Een product is meer algemeen beschreven en kan als het ware gezien worden als een kapstok voor de module. De producten zijn meer beschreven voor verwijzers en de modules meer voor vakgenoten. De producten zijn settingoverstijgend beschreven, dus alle informatie die contextafhankelijk is betreffende de instelling/setting staat daarin niet vermeld, terwijl deze informatie wel in de module staat.

De ervaren therapeut beschrijft in een product wat zijn behandelaanbod is. In sommige gevallen heeft hij dit ook uitgeschreven in een module maar dat hoeft natuurlijk niet. En andersom ook, een therapeut kan een module van zijn behandelaanbod hebben beschreven en dit niet hebben gedaan in de vorm van een product. Het is niet zo dat elk product uitgewerkt hoeft te zijn in een module. Wel kan je uit elke module een product destilleren. In een module is namelijk meer gestandaardiseerd en interventies zijn meer vastgelegd.

Mening in de praktijk over modules

Er moet binnen modules ruimte zijn voor flexibiliteit in de behandeling, mensen zijn immers niet standaard. Interventies en alle stappen moeten daarom niet tot in detail beschreven zijn. Hierover is veel te doen: de spanning tussen beschrijven van de stappen en de flexibiliteit en competenties

van de vaktherapeut. In oude nummers van het tijdschrift voor creatieve therapie is hier veel over geschreven (2002/1, 2002/3, 2004/1, 2005/1). Wel heeft het standaardiseren ook voordelen want je weet wat effectief is.

De commissie product- en moduleontwikkeling

Doelen

Het doel van de commissie is het stimuleren van het schrijven van producten en modules voor de verschillende vaktherapieën en hiermee komen tot een eenduidige taal voor vaktherapeuten, verwijzers en zorgverzekeraars. Tevens is het doel om derden inzicht te geven in wat vaktherapeuten kunnen betekenen/doen bij een bepaalde doelgroep met een specifieke hulpvraag.

Activiteiten van de commissie:

- Stimuleren: o.a. door het geven van workshops op studiedagen of gastcolleges op de diverse opleidingen.
- Aanbrengen van kaders/richtlijnen; Het beschrijven van richtlijnen en aandachtspunten voor de ontwikkeling van producten en modules zodat er uniformiteit ontstaat
- Accorderen: Als een product of module is geschreven volgens de richtlijnen en er consensus bestaat over de inhoud kan deze worden geaccordeerd en vervolgens worden gepubliceerd / uitgebracht.
- Publiceren van producten/ uitbrengen van modules: Producten worden doorgaans bij het vakblad toegevoegd en modules worden uitgebracht in modules readers. Beide in de huisstijlvorm van de federatie (voorheen was dit in de huisstijl van de verschillende beroepsverenigingen). In de toekomst zullen producten (en misschien ook modules) ook digitaal beschikbaar zijn op website www.vaktherapie.nl.

De bedoeling is in kaart brengen van specifiek aanbod, een product, voor een specifiek doelgroep en of problematiek. Doordat zeer ervaren therapeuten hun behandelaanbod bij een bepaalde problematiek in producten gaan vatten komt er zo een neerslag van ervaringskennis. Deze kennis kan als tweede stap, doordat het in een product opgeschreven staat, door een groep andere zeer ervaren vaktherapeuten op waarde bekeken/onderzocht worden en evt. verder onderbouwd worden. Zo kan hierdoor op den duur een 'consensus based product' ontstaan. Dit is een mogelijke bijdrage voor de zorgprogramma's, de richtlijnen, enzovoorts. Vanuit de consensus based producten kan op den duur een onderzoek gedaan worden. Zo werk je dus 'van onderaf' naar meer evidence.

Op dit moment is de commissie voornamelijk bezig met het accorderen van producten. Ze willen kijken om deze inhoudelijk ook te laten lezen door vaktherapeuten die kennis en ervaring hebben m.b.t. de inhoud van de geschreven producten. Mogelijk dat dit in de toekomst ook gedaan zal worden met modules.

Modules

De NVPMT heeft als eerste richtlijnen voor het schrijven van een module geschreven, waarna ook de NVCT dit heeft gedaan. Deze twee verschillende richtlijnen overlappen elkaar gedeeltelijk,

maar zijn op ander punten verschillend. Momenteel is de commissie product- en moduleontwikkeling bezig met het herschrijven van de handleiding. De richtlijnen sluiten namelijk niet aan op de richtlijnen van het product, dit is wel belangrijk voor uniformiteit en het goed op elkaar aansluiten van het product en de daaruit voortvloeiende module.

Voor de beeldende therapie zijn er tot op heden geen modules toegezonden. Indra denkt echter wel dat deze in het werkveld aanwezig zijn, maar dat ze nog niet bij de commissie terecht komen voor accreditatie. Voor PMT zijn deze er echter wel. Mogelijk heeft dit ermee te maken dat de NVPMT zich meer heeft toegespitst op het schrijven van modules. De NVCT heeft zich voornamelijk gericht op de ontwikkeling van producten. Indra hoopt dat modules wel toe worden gezonden wanneer de nieuwe handleiding voor het schrijven van modules op de website geplaatst wordt.

Bereikbaar maken van modules/producten

De commissie product- en moduleontwikkeling zal een aantal veranderingen doorvoeren met betrekking tot de bereikbaarheid van modules/producten:

- Producten op de site: Publicatie van producten gebeurt momenteel in een 'boekje' dat wordt meegezonden met het vakblad. Nu is het de bedoeling om de producten op de site voor vaktherapie te zetten.
- Module handleiding op de site: Er wordt een nieuwe handleiding voor moduleontwikkeling geschreven. Het is de bedoeling deze op de site voor vaktherapie te zetten.

Bijlage 2; Interview met Gorry Cleven

Gorry Cleven kwam in 1997 in het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie. Door ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg besloot het bestuur zich te richten op modules. In 1998 tot en met 2001 is Gorry Cleven het coördinatiepunt van modules geweest. Zij werkte destijds als dramatherapeute in de forensische psychiatrie, momenteel werkt zij als instellingssupervisor en heeft zij een eigen bureau voor supervisie, coaching, teamontwikkeling en vaktherapie.

Gorry vertelt dat de Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie (NVCT) graag de positie van creatieve therapie wilde versterken, onder andere door middel van modules en producten. Er waren, en zijn nog steeds, ontwikkelingen gaande binnen de gezondheidszorg, waarin de creatieve therapie mee moest gaan. Het betrof hier met name meer keuze voor de cliënt en werken op basis van evidence. Binnen deze ontwikkelingen werden de 'multidisciplinaire richtlijnen' geïntroduceerd. Dit zijn richtlijnen ontwikkeld door alle betrokken beroepsgroepen in de GGZ, waarin per zorgprogramma, lees problematiek van een doelgroep, beschreven staat welk soort behandeling effectief is en in welke fase aangewend kan worden, en dus vergoed wordt door de zorgverzekering. Om hierin een plaats te krijgen is het noodzakelijk om een op evidence gebaseerde behandeling aan te kunnen bieden. Aanvankelijk had de creatieve therapie binnen deze richtlijnen slechts een kleine plaats.

Er moest door de beroepsgroep consensus bereikt worden over effectieve behandelmethoden. Dit werd gedaan door de behandelmethoden van verschillende therapeuten te vergelijken en hieruit producten te ontwikkelen. De NVCT ontwikkelde een handleiding voor modules, om de creatief therapeuten richtlijnen te bieden hoe de modules geschreven konden worden. Daarnaast ontwikkelde de vereniging een format om producten te beschrijven, deze konden opgestuurd worden naar de NVCT. De werkgroep binnen de organisatie beoordeelt vervolgens of de producten goed in elkaar zitten; kloppen de beweringen, kloppen de eindtermen, enzovoorts. De inhoudelijke toets, blijft altijd bij de schrijfgroep (de therapeuten die de modules opsturen). Vervolgens worden deze gepubliceerd in het tijdschrift voor Creatieve Therapie. De NVCT bracht nog geen modules uit toen Gorry in het bestuur zat, dit in tegenstelling tot de PMT. Mogelijk is dit de rede waarom er in die beroepsgroep meer met modules gewerkt wordt. In 2003 telde de

NVCT ongeveer 80 producten. Deze werden opgeslagen in een databestand. Drama modules namen de voorhand, beeldende modules bleven wat achter.

Gorrry is zelf een voorstander van het beschrijven van producten en modules. Ze vertelt dat ze zelf altijd met modules werkt. Soms gebruikt ze een module die al bestaat en soms maakt ze een module op het moment zelf. Gorrry denkt dat therapeuten tegen modules kunnen zijn wegens angst voor het verlies van de kwaliteit van de behandeling. Er is een angst dat de afstemming op de cliënt verdwijnt. Ook werken veel therapeuten volgend, maar door modules worden ze genoodzaakt doelgerichter te werken en te benoemen wat er beoogd wordt in een therapie.

Gorrry geeft aan dat het werken met producten en modules positief is voor verschillende doeleinden. Zo is het voor de collega's goed om te weten waar de creatief therapeut over praat en om een afstemming met elkaar te kunnen maken tussen de werkwijze die gebruikt gaat worden. Voor de cliënt is het goed om te weten wat er gedaan wordt en de overige hulpverleners, de managers, de zorgverzekeraar weet wat de effecten van de therapie zijn en hoe lang de behandeling duurt.

Bijlage 3; Enquête, Inzet van modulen in de praktijk

De positionering van modulen binnen de beeldend therapeutische behandeling van kinderen met sociaal emotionele problemen.

Wat is uw naam?

Aan welke hogeschool bent u afgestudeerd?

In welk jaar bent u begonnen als creatief therapeut?

In welke instelling bent u werkzaam? (zet een kruisje achter het goede antwoord)

☐ Ik ben zelfstandig ondernemer

☐ Ik ben werkzaam in het speciaal onderwijs

☐ Ik ben werkzaam in de psychiatrie

☐ Anders, namelijk:

Welke stroming in de psychologie spreekt u het meest aan? (meerder antwoorden mogelijk)

De biologische benadering

De behavioristische benadering

De cognitieve benadering

De psychodynamische benadering

De humanistische benadering

Anders, namelijk:

Hebt u wel eens van 'modulen' gehoord?

Zo ja; kunt u een eigen beschrijving geven van een module?

Een module is een therapie- of behandelprogramma die vooraf is opgesteld voor een bepaalde doelgroep, met een van tevoren vastgestelde doelstelling, een vaststaande duur en een min of meer gestandaardiseerde inhoud (activiteiten, materiaalgebruik, thema's staan vast per sessie).

Het belangrijkste kenmerk van een module is dat hij vaker ingezet wordt bij eenzelfde doelgroep.

Wat is uw mening over modules?

--

Kunt u aangeven in hoeverre de volgende uitspraken aansluiten bij uw mening over modules?

	Oneens	Eens
Ik heb er wel eens aan gedacht een module in te zetten		
Ik weet hoe ik een module moet schrijven		
Het kost te veel tijd om een module te schrijven		
Ik geloof niet in de werking van modules		
Bij het werken met een module volg je het kind niet meer, maar stop je hem in een thema (dat kan niet goed zijn)		
Je kunt niet weten hoe het kind reageert op een behandeling, daarom kun je iemand niet inplannen in een module		

We moeten meegaan met de veranderingen in de gezondheidszorg, dus is het belangrijk om met modules te werken	Oneens Eens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Binnen de organisatie waar ik werkzaam ben wordt er van mij verlangd modules in te zetten	Oneens Eens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Modules brengen transparantie in het vak (collega's, cliënten en verwijzers weten wat we doen), dat is erg belangrijk	Oneens Eens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Modules geven structuur aan de therapie, dat geeft zowel de cliënt als mij houvast	Oneens Eens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Ik weet waar ik bestaande modules kan vinden	Oneens Eens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Als er een boek zou zijn waar modules in beschreven staan, zou ik deze kopen	Oneens Eens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Als er een internet-site zou bestaan waar modules op gepresenteerd worden, zou ik deze bekijken	Oneens Eens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Als er geld wordt gevraagd voor een bestaande module, zou ik dit ervoor geven	Oneens Eens ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ik zou een eigen ontwikkelde module willen delen met andere creatief therapeuten	Oneens	Eens				
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					

Zet u wel eens een module in?

--

Verhouding tussen werken met een module en werken zonder module.

	Ik werk nooit met modules	Ik werk altijd met modules										
Kunt u aangeven wat de verhouding binnen uw therapieaanbod is tussen het werken met een module en het werken zonder module?	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>											
Als u bijvoorbeeld van de 10 therapiebehandelingen 1x gebruik maakt van een module, vinkt u het tweede hokje aan												

Als u wel eens een module inzet: Kunt u aangeven welke modules u van wanneer tot wanneer heeft ingezet en hoe vaak u deze heeft ingezet?

Bijvoorbeeld:

2004-heden, een sociale vaardigheidstraining, 4 keer ingezet.

2007-heden, module voor kinderen met faalangst, 2 keer ingezet

Voor mijn afstudeerproduct wil ik graag een website maken waar creatief therapeuten modules kunnen vinden en kunnen plaatsen.

Bovendien kan er via een forum gepraat worden over de geplaatste modules, zodat deze eventueel aangepast kunnen worden.

Wat vindt u van dit idee?

Zou u op de site kijken welke modules aangeboden worden, en deze eventueel inzetten in uw therapie?

Zou u een eigen module willen plaatsen op de site? Waarom wel/waarom niet?

Bedankt voor het invullen van deze enquête!

Bijlage 4; SPSS

Hier is te zien welke gegevens ik heb ingevoerd in het programma SPSS.

*gegevens.sav [DataSet1] - SPSS Statistics Data Editor										
	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure
1	Proefpersoon	Numeric	8	0		None	None	8	Right	Scale
2	Type	Numeric	8	0	In welke instelli...	{1, psychiat...	None	6	Right	Nominal
3	Specifiekeke...	Numeric	8	0		{0, niet}...	None	8	Right	Nominal
4	Zelfstandigo...	Numeric	8	0		{0, niet}...	None	8	Right	Nominal
5	Speciaalond...	Numeric	8	0		{0, niet}...	None	8	Right	Nominal
6	psychiatrie	Numeric	8	0		{0, niet}...	None	8	Right	Nominal
7	alleenso	Numeric	8	0	alleen werkzaa...	{0, nee}...	None	8	Right	Nominal
8	alleenzelfst...	Numeric	8	0	alleen werkzaa...	{0, nee}...	None	8	Right	Nominal
9	alleenpsy	Numeric	8	0	alleen werkzaa...	{0, nee}...	None	8	Right	Nominal
10	Zetmodulesin	Numeric	8	0	Zet u modules in?	{0, nee}...	None	8	Right	Nominal
11	gehoordmod...	Numeric	8	0	Hebt u van mod...	{0, nee}...	None	8	Right	Nominal
12	Opleiding	Numeric	8	0	Welke opleidin...	{1, Hogesch...	None	8	Right	Nominal
13	StartCT	Numeric	8	0	In welk jaar beg...	None	None	8	Right	Scale
14	StartCT1999	Numeric	8	0	Boven 1999	{0, niet}...	None	8	Right	Nominal
15	Stroming	Numeric	8	0		{1, Biologis...	99	8	Right	Nominal
16	Biologisch	Numeric	8	0		{0, niet}...	99	8	Right	Nominal
17	Behaviorisme	Numeric	8	0		{0, niet}...	99	8	Right	Nominal
18	Psychoanal...	Numeric	8	0		{0, niet}...	99	8	Right	Nominal
19	Humanisme	Numeric	8	0		{0, niet}...	99	8	Right	Nominal
20	Cognitief	Numeric	8	0		{0, niet}...	99	8	Right	Nominal
21	Mening	Numeric	8	0		{1, heel erg ...	None	8	Right	Nominal
22	Vraag1	Numeric	8	0	Wel eens aan g...	{1, Helemaa...	99	8	Right	Scale
23	Vraag2	Numeric	8	0	Weet hoe ik he...	{1, Helemaa...	99	8	Right	Scale
24	Vraag3	Numeric	8	0	Kost te veel tijd	{1, Helemaa...	99	8	Right	Scale
25	Vraag4	Numeric	8	0	Geloof er niet in	{1, Helemaa...	99	8	Right	Scale
26	Vraag5	Numeric	8	0	Stopt het kind i...	{1, Helemaa...	99	8	Right	Scale
27	Vraag6	Numeric	8	0	Weet niet hoe ...	{1, Helemaa...	99	8	Right	Scale
28	Vraag7	Numeric	8	0	Meegaan met v...	{1, Helemaa...	99	8	Right	Scale
29	Vraag8	Numeric	8	0	Ik moet werken...	{1, Helemaa...	99	8	Right	Scale
30	Vraag9	Numeric	8	0	Brengt transpar...	{1, Helemaa...	99	8	Right	Scale
31	Vraag10	Numeric	8	0	Structuur, geeft...	{1, Helemaa...	99	8	Right	Scale
32	Vraag11	Numeric	8	0	Weet waar ik z...	{1, Helemaa...	99	8	Right	Scale
33	Vraag12	Numeric	8	0	Boek kopen	{1, Helemaa...	99	8	Right	Scale
34	Vraag13	Numeric	8	0	Site bekijken	{1, Helemaa...	99	8	Right	Scale
35	Vraag14	Numeric	8	0	Geld geven	{1, Helemaa...	99	8	Right	Scale
36	Vraag15	Numeric	8	0	Ik wil mijn mod...	{1, Helemaa...	99	8	Right	Scale

Bijlage 5; Significante verbanden

In deze bijlage zijn de uitkomsten te vinden van de (factoriële) anova's die uitgevoerd zijn met behulp van het programma SPSS. Alleen de uitkomsten van (factoriële) anova's met een significant verschil zijn toegevoegd.

Hebt u van modules gehoord?

Er is een significant verband met het type instelling:

ANOVA

Hebt u van modules gehoord?

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,204	7	,172	5,935	,000
Within Groups	,667	23	,029		
Total	1,871	30			

Er is geen significant verband met het jaartal van afstuderen:

ANOVA

Hebt u van modules gehoord?

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,157	1	,157	2,651	,114
Within Groups	1,714	29	,059		
Total	1,871	30			

Er is een significant verband wanneer het werkzaam zijn in het speciaal onderwijs en het jaartal waarin de respondent startte met het uitvoeren van het beroep samen genomen worden:

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Hebt u van modules gehoord?

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1,871 ^a	13	,144	1,496E32	,000
Intercept	18,894	1	18,894	1,964E34	,000
StartCT1999	,112	1	,112	1,162E32	,000
Type	,595	6	,099	1,030E32	,000
StartCT1999 * Type	,595	6	,099	1,030E32	,000
Error	1,635E-32	17	9,619E-34		
Total	29,000	31			
Corrected Total	1,871	30			

a. R Squared = 1,000 (Adjusted R Squared = 1,000)

Bij de factor 'psychologische stroming' is er geen significant verband.

Inzetten van modules

Er is een significant verband met het werkzaam zijn in de psychiatrie

ANOVA

Zet u modules in?

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,844	1	1,844	9,168	,005
Within Groups	5,833	29	,201		
Total	7,677	30			

Er is een significant verband met het alleen werkzaam zijn in het speciaal onderwijs

ANOVA

Zet u modules in?

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,999	1	,999	4,337	,046
Within Groups	6,679	29	,230		
Total	7,677	30			

Verplicht zijn modules in te zetten

Er is een significant verband met het werkveld waarin de therapeut werkzaam is

ANOVA

Ik moet werken met modules

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	43,277	6	7,213	11,592	,000
Within Groups	13,689	22	,622		
Total	56,966	28			

Mening over modules

Er is een significant verband met betrekking tot het moeten inzetten van modules en de stellingen:

- Ik geloof niet in modules
- Je weet niet hoe het kind reageert, dus kun je hem niet in een module plannen
- We moeten meegaan met de veranderingen in de gezondheidszorg, dus is het belangrijk om met modules te werken

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Kost te veel tijd	Between Groups	,762	1	,762	,471	,499
	Within Groups	42,095	26	1,619		
	Total	42,857	27			
Geloof er niet in	Between Groups	9,044	1	9,044	6,280	,018
	Within Groups	40,323	28	1,440		
	Total	49,367	29			
Stopt het kind in een thema	Between Groups	4,093	1	4,093	2,744	,108
	Within Groups	43,262	29	1,492		
	Total	47,355	30			
Weet niet hoe het kind reageert	Between Groups	10,857	1	10,857	6,536	,016
	Within Groups	46,509	28	1,661		
	Total	57,367	29			
Meegaan met veranderingen	Between Groups	9,463	1	9,463	8,021	,008
	Within Groups	34,214	29	1,180		
	Total	43,677	30			
Brengt transparantie in het vak	Between Groups	4,793	1	4,793	2,638	,115
	Within Groups	52,690	29	1,817		
	Total	57,484	30			

Structuur, geeft houvast	Between Groups	,770	1	,770	,662	,423
	Within Groups	32,596	28	1,164		
	Total	33,367	29			

Er is een significant verband tussen de stelling 'ik geloof niet in de werking van modules' en het werken vanuit de cognitieve stroming.

ANOVA

Geloof er niet in

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	10,321	1	10,321	7,381	,012
Within Groups	36,357	26	1,398		
Total	46,679	27			

Er is een significant verband tussen de stelling 'ik geloof niet in de werking van modules' en het werken vanuit de humanistische stroming.

ANOVA

Geloof er niet in

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6,754	1	6,754	4,399	,046
Within Groups	39,924	26	1,536		
Total	46,679	27			

Er blijkt geen significant verband te zijn voor het werken vanuit een andere psychologische stroming.