

Praktijkproject

[On]Beperkt leed

Einddocumentatie



Monique Zuyderduin en Angelique Brugman
1590517 en 1571305

Opleiding: Creatieve therapie
Beoordelaren: Neel de Haan en Huub Notermans
Consulent: Jaap Driest

21-05-2013

Dit verslag bevat de einddocumentatie van het praktijkproduct [On]Beperkt leed.

www.onbeperktleed.nl

Dit is de einddocumentatie van het praktijkproject [On]Beperkt leed. [On]Beperkt leed bestaat uit twee delen, te weten:

- Website: www.onbeperktleed.nl
- Werkvormen [On]Beperkt leed

Deze twee delen zullen, samen met deze einddocumentatie, ingeleverd worden.

De volgende verslagen zijn gebundeld in de einddocumentatie:

- Het plan van aanpak
- Het vooronderzoek en oriëntatie
- Het procesverslag incl. de evaluatie bestaande uit:
 - Evaluatiegroep
 - Evaluatieprocedure
 - Resultaat van de evaluatie
 - Eigen commentaar op de evaluatie
 - Conclusie
 - Aanbevelingen

Per verslag hebben we de gebruikte bronnen en bijlagen vermeld.

Praktijkproject

[On]Beperkt leed

Procesverslag



Monique Zuyderduin en Angelique Brugman
1590517 en 1571305

Opleiding: Creatieve therapie
Beoordelaren: Neel de Haan en Huub Notermans
Consulent: Jaap Driest

21-05-2013

Dit verslag bevat de beschrijving van het proces dat we hebben doorlopen bij de totstandkoming van ons praktijkproduct [On]Beperkt leed.

INHOUD

Inleiding.....	6
1. Minor.....	6
2. Gesprek met de consulent	6
3. Onderzoeksopzet	7
4. Plan van aanpak	7
4.1 Doelgroepcheck.....	7
5. Vooronderzoek.....	7
5.1 Behoeftesonderzoek.....	8
5.1.1 Aanbeveling tot ontwikkeling	8
5.1.2 Gesprekken	8
5.1.3 Resultaten van het schriftelijke behoefteonderzoek	8
6. Website: [On]Beperkt leed, verliestaken na het oplopen van NAH.....	9
7. Werkvormen, [On]Beperkt leed	9
8. Communicatie	9
9. Evaluatieprocedure	10
9.1 Evaluatiegroep	10
9.2 Evaluatieprocedure	10
9.3 Resultaat van de evaluatie	10
9.4 Eigen commentaar op de evaluatie.....	11
9.5 Conclusie	11
10. Leerdoelen	12
10.1 Monique	12
10.1.1 Leerdoel	12
10.1.2 Reflectie	12
10.2 Angelique	13
10.2.1 Leerdoel	13
10.2.2 Reflectie	13
Conclusie	14
Aanbevelingen	14
Bijlagen.....	15
Bijlage 1	15
Bijlage 2	16
Bijlage 3	17
Bijlage 4	18
Bijlage 5	19

Bijlage 6	20
Bijlage 7	21
Bijlage 8	22
Bijlage 9	23
Bijlage 10	24
Bijlage 11	25
Bijlage 12	26
Bijlage 13	27
Bijlage 14	30

INLEIDING

In dit procesverslag geven wij weer hoe we aan het praktijkproject gewerkt hebben. Hierbij zullen we het proces beschrijven dat we doorlopen hebben en beschrijven we de keuzes die we gemaakt hebben om tot het product, [On] Beperkt leed, te komen.

1. MINOR

Al tijdens de minor 'Rouw en verlies' hadden we elkaar gesproken, over het afstuderen en met welk onderwerp ieder dat zou gaan doen. We werken allebei met dezelfde doelgroep, namelijk: Mensen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Voor het rouwproduct had Monique vanuit haar stageplaats de opdracht gekregen, om een informatiemap te maken voor hulpverleners die werken met kinderen met een NAH. Deze map was gericht op de begeleiding van de verliesverwerking. Door het maken van dit product werd al snel de conclusie getrokken dat er weinig tot niets te vinden is in de literatuur over verliesverwerking en NAH. Ook de inzet van beeldende therapie met betrekking tot deze doelgroep en deze problematiek, was er niet. Angelique wilde het product tevens richten op het verlies van een lichamelijke functie. Op haar werkplek was dit een belangrijk thema. In de laatste week van de minor hebben we met elkaar afgesproken dat we zouden gaan samenwerken. Het zou in ieder geval een product worden maar in welke vorm, dat stond nog niet vast.

Al snel kwamen we op het idee om een website te gaan bouwen. We wilden de kennis over de verliesverwerking bij NAH, die we zouden opdoen, delen met anderen. Zowel voor de doelgroep; kinderen en volwassenen met NAH, als voor hulpverleners, mantelzorgers en iedereen die geïnteresseerd is in de verliestaken van mensen na het oplopen van NAH. De werkvormen die we zouden beschrijven wilden we alleen toegankelijk maken voor vaktherapeuten. Binnen verliesbegeleiding worden creatieve werkvormen ook ingezet maar niet onderbouwd. Door deze werkvormen alleen toegankelijk te maken voor vaktherapeuten, zorgen wij ervoor dat er een onderscheid blijft tussen verliesbegeleiders en vaktherapeuten. Zodra de beoordeling van dit product bekend is willen we dit product aanbieden aan de vakvereniging. Hierdoor kunnen vaktherapeuten beeldend die geregistreerd zijn gebruik maken van ons product.

2. GESPREK MET DE CONSULENT

In de begin periode van ons praktijkproject hebben we een afspraak gemaakt met onze consulent Jaap Driest. Vooraf aan ons gesprek hadden we hem het begin van het onderzoeksopzet gemaild. In het gesprek met Jaap bleek dat we op de goede weg waren. Gedurende het gesprek heeft Jaap ons een aantal tips gegeven:

- Verzamel zoveel mogelijk kennis.
- Maak gebruik van de deskundigheid die er is.
- Bereid contacten met professionals goed voor. Wat willen we van ze weten?
- Raak de betrokkenheid van professionals, dan willen mensen vaak graag vertellen/meedenken.
- Verantwoord de deskundigheid van de evaluatiegroep, deze is van belang voor de geloofwaardigheid van het geheel.
- Het eindproduct is niet het belangrijkste. Laat vooral zien dat we het proces snappen en uit kunnen voeren.
- Houd de tijd in de gaten.
- Maak een goede taakverdeling waarbij duidelijk is wat ieder doet. Ieder moet ook individueel beoordeeld kunnen worden.

Ook attendeerde hij ons erop dat we onze doelgroep wel erg breed omschreven hadden. Dit kon in de vormgeving van ons product problemen op gaan leveren. Naar aanleiding van deze tip hebben we ervoor gekozen om de doelgroep toe te spitsen op kinderen en volwassenen met NAH. Hierdoor lieten we de mensen met een lichamelijke beperking los. Een bewuste keuze aangezien we ons op dat moment gingen beseffen hoe breed we het product aan het opzetten waren. Deze beslissing is in goed overleg gemaakt en we konden ons er allebei in vinden. In de bijlagen vind u het gehele verslag van ons gesprek met Jaap (zie bijlage 1).

3. ONDERZOEKSOPZET

Na het gesprek met Jaap hebben we dus onze doelgroep aangepast. Monique zou zich gaan richten op kinderen en de creatieve procestheorie en Angelique zou zich gaan richten op volwassenen en de kunstanaloge procesbenadering. Op die manier zorgden we ervoor dat we apart van elkaar te beoordelen zijn.

Het vormgeven van de onderzoeksopzet verliep goed. De één schreef de ander vulde aan. Hierbij hield Angelique de studiehandleiding in de gaten. Zo zorgden we ervoor dat alle informatie die erin moest komen te staan, er ook daadwerkelijk in stond. Vervolgens hebben we de onderzoeksopzet verstuurd aan Jaap en konden we aan de slag met het plan van aanpak.

Wij hebben bij de vormgeving van dit onderzoeksopzet gebruik gemaakt van literatuur en van het internet (scholar, google). Maar ook de ervaringen die we zelf hebben opgedaan in ons werkveld. Ook zijn we in gesprek gegaan met verschillende professionals die werken met deze doelgroep.

4. PLAN VAN AANPAK

Ook de vormgeving van het plan van aanpak verliep op de manier waarop de opzet voor het vooronderzoek vorm had gekregen. De één schreef de ander vulde aan. Dit ging over en weer. De ene keer Monique in de rol van schrijver en de andere keer Angelique in de rol van schrijver. Zeer prettig om elkaar op deze manier aan te vullen. Het werkte ook goed doordat we beiden open stonden voor feedback. We durfden kritisch te zijn naar elkaar en spraken naar elkaar uit, wat goed ging.

Nadat we het plan van aanpak aan onze consulent Jaap Driest hadden verstuurd gaf hij ons feedback over de tijdsindeling die we hadden gemaakt. Deze mocht specifieker en we moesten er uren in verwerken. Toen we de feedback hadden verwerkt kregen we het fiatteringsformulier toegezonden (zie bijlage 2).

Hij had ook nogmaals de opmerking dat we nog eens kritisch moesten kijken naar onze adresgroep. Hij vond dat onze adresgroep te breed was. We hebben vervolgens nogmaals kritisch naar de adresgroep gekeken en hebben besloten de adresgroep te behouden zoals die was samengesteld. Wij waren immers van mening dat we met de deskundigen die in onze adresgroep zitten alle facetten van ons praktijkproject bekleden.

Achteraf bekeken hebben we een goed plan van aanpak geschreven. Gedurende het gehele proces hebben we het plan op de voet gevolgd. We hebben in het begin voorgelopen op het plan, maar dat gaf ons in het midden van het project de tijd om een adem pauze in te lassen.

4.1 DOELGROEPCHECK

In ons plan van aanpak hebben we ook een doelgroep-check omschreven. Bij de verspreiding van deze doelgroepcheck (zie bijlage 3) kregen we echter relevante feedback vanuit het werkveld. Deze check zou een onderzoek op zich inhouden. Daardoor hebben we ervoor gekozen om deze doelgroep-check te laten vallen. We hebben ervoor gekozen om ons in de ontwikkeling van het product te richten op de professional. En de kennis die daar in de loop der jaren opgedaan is. Het samenvoegen en verspreiden van die kennis onder de behandelaren is immers het doel van ons product.

5. VOORONDERZOEK

Ook de vormgeving van het vooronderzoek verliep op de manier waarop de onderzoeksopzet en het plan van aanpak vorm hadden gekregen. De één schreef de ander vulde aan. Dit ging over en weer. Dit keer was er ook sprake van een duidelijke taakverdeling aangezien Angelique haar onderzoek toespitste op volwassenen, kunstanaloge procesbenadering, rouw en NAH. Monique richtte haar vooronderzoek op kinderen, creatieve procestheorie, rouw en NAH. Tussendoor deelden we met elkaar wat we hadden gevonden en zo ging het document waar we in werkten over en weer. Ook al werkten we deels individueel werd er wel met elkaar mee gelezen en gedacht.

Het vooronderzoek dat wij gedaan hebben bevestigde ons, in onze aannames. Er is veel kennis over NAH en rouw maar deze kennis is veelal geïsoleerd aanwezig, bij de verschillende instellingen die deze doelgroep behandelen. De kennis wordt op dit moment niet met elkaar gedeeld. De kennis met betrekking tot de doelgroep en het doorlopen van de verlietaken was in afstudeeronderzoeken al wel eens beschreven, maar niet in de literatuur opgenomen. Ook was er nog geen creatief therapeutisch aanbod ontwikkeld in de vorm van beeldende werkvormen voor onze doelgroep en problematiek. Ons product bleek een gat in de markt te zijn. Dit bleek vooral bij het doen van het behoefte onderzoek.

5.1 BEHOEFTEONDERZOEK

Ons behoefteonderzoek heeft uit drie delen bestaan. Bij het doen van ons onderzoek kwamen we een aanbeveling tegen waar wij met ons product gehoor aan gaan geven. Door deze aanbeveling bleek een behoefte te zijn naar het product dat we gaan ontwikkelen. Vervolgens hebben we gesprekken gevoerd met professionals die werkzaam met onze doelgroep. Tenslotte hebben we per mail een enquête verspreid waarbij we de behoefte naar ons product in een bredere context hebben onderzocht. Dit behoefteonderzoek is als bijlage bijgevoegd in het vooronderzoek.

5.1.1 AANBEVELING TOT ONTWIKKELING

Bij het doen van ons onderzoek stuiten we op het *‘Groot praktijk onderzoek met betrekking tot beeldende therapie als behandelvorm binnen de revalidatiecentra’* geschreven door Sandra Beuving in 2010. Haar scriptie is een groot praktijkonderzoek naar beeldende therapie bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandel aanbod van de revalidatie. Hierin schrijft ze een aanbeveling voor de beroepspraktijk vak therapie: *‘Vanuit de setting waar in het praktijkonderzoek heeft plaatsgevonden wil ik graag een aanbeveling doen voor vervolgonderzoek voor de beroepspraktijk. Dit heeft betrekking op de vraag hoe zou beeldende therapie invulling kunnen geven aan een nazorgtraject ‘vaktherapie’ na de afrondingsfase van de revalidatiebehandeling van de volwassene.’* Aan deze aanbeveling hebben wij met [On]Beperkt leed gehoor gegeven.

5.1.2 GESPREKKEN

Bij de gesprekken die we met deskundigen hebben gevoerd vulden we elkaar aan. Van te voren spraken we met elkaar af wat het doel van het gesprek was en wat we aan de persoon wilden vragen. Er was ruimte voor beiden in het gesprek. Zowel Monique als Angelique namen het woord en stelden relevante vragen aan de deskundigen. Angelique heeft ook gesprekken gevoerd met Carolin Burkard en Ank. De gegevens die deze gesprekken hebben opgeleverd heeft ze gedeeld met Monique in de overleggen. Alle gesprekken zijn in geluidsbestanden opgenomen en in de vorm van verslagen door Angelique samengevat.

Ter voorbereiding op de enquête hebben we een aantal gesprekken gevoerd. Uit deze gesprekken kwam ook al de behoefte naar een dergelijk product als dat van ons naar voren. We hebben gesproken met Carolin Burkard (vaktherapeut beeldend), Selma Hoek (maatschappelijk werkster), Ank Kempink (vaktherapeut beeldend), Theo Olling (vaktherapeut beeldend) en Coby Schoen (Clustermanager van een woonvoorziening voor mensen met NAH). In de bijlagen van het vooronderzoek hebben we de verslagen van deze gesprekken toegevoegd.

In deze gesprekken kwam naar voren dat al deze professionals, deskundig op verschillende aspecten van ons product, enthousiast werden van ons plan. Er bleek een behoefte te zijn en ze gaven allemaal aan dat ze het nut ervan in zagen. Enkele citaten uit de verschillende verslagen:

- Carolin Burkard: *‘Ik vind het onderwerp leuk, een mooi idee en er is zeker vraag naar binnen Siza.’*
- Selma Hoek ziet de meerwaarde van ons project: *‘Als het hoofd vol zit moet je met je handen bezig gaan. Op zoek naar balans. De concentratie brengen naar het hier en nu. Ons product is een mooie aanvulling in het aanbod dat er is.’*
- In het gesprek met Theo Olling en Coby Schoen kwam het belang van het uitspreken van het verlies naar voren: *‘Iets hardop zeggen van wat er gebeurd is, is belangrijk. Als iets wordt uitgebeeld in een beeld of schilderij dan beklijft het, dat is genoeg theorie. Dan komt het wel terecht en vindt er een verandering plaats. Daar gaat het om.’*

Deze gesprekken maakten ons er bewust van dat er vraag is naar ons product. Vervolgens hebben we een oproep geplaatst op LinkedIn waarbij we professionals wilden bereiken die deskundig zijn op het gebied van vaktherapie beeldend, NAH, rouw, kinderen en volwassenen. Ook hebben we een aantal deskundigen persoonlijk benaderd. Het schriftelijke behoefteonderzoek hebben we gedaan aan de hand van een enquête die we per mail hebben verspreid.

5.1.3 RESULTATEN VAN HET SCHRIFTELIJKE BEHOEFTEONDERZOEK

In totaal hebben er 18 deskundigen meegewerkt aan het behoefteonderzoek dat we hebben gehouden. Het behoefteonderzoek hebben we opgebouwd aan de hand van de volgende drie elementen; Hoe ziet de huidige situatie eruit en hoe wordt er op dit moment in de behoefte voorzien, het gemis waar sprake van is en de gewenste situatie. We hebben een bewuste keuze gemaakt bij de samenstelling van de groep deskundigen. De groep had de volgende samenstelling:

- 3 Rouwdeskundigen
- 4 Vaktherapeuten beeldend
- 11 NAH Deskundigen

Door de behoefte rond de drie aspecten van ons product te onderzoeken hebben we een zo volledig mogelijk beeld gecreëerd van het vakgebied en de behoefte die er is. Met drie aspecten bedoelen wij de doelgroep-NAH, problematiek- rouw en behandelaanbod- vaktherapie beeldend.

Naar aanleiding van de uitkomst van het schriftelijke behoefteonderzoek hebben wij geconcludeerd dat er behoefte is aan een beschrijving van de verliestaken die een volwassene en een kind doorlopen na het oplopen van NAH. Waarbij er creatieve werkvormen beschreven worden die in de verschillende fasen gebruikt kunnen worden en die vervolgens onderbouwd worden vanuit creatief therapeutische benaderingen. Door de werkvormen te bundelen kan de vaktherapeut beeldend vervolgens inspelen op het individuele proces waar de persoon mee te maken heeft. Met [On]Bepert Leed sluiten we dus aan op een behoefte uit het werkveld.

6. WEBSITE: [ON]BEPERKT LEED, VERLIESTAKEN NA HET OPLOPEN VAN NAH

Voor de vormgeving van de website hebben we hulp gehad van Sander Goos, Senior Product Innovation Specialist at Thinkwise Software, Web deskundige. Hij heeft Angelique geadviseerd en de technische opzet van de website gemaakt. Vervolgens heeft Angelique de vormgeving van de website verzorgd. De tekst op de website is het product dat is ontstaan uit het vooronderzoek. Het is de informatie met betrekking tot de verliestaken bij NAH, ontwikkelingsfasen en er wordt aandacht besteed aan beeldende therapie. De website is gericht aan behandelaren en heeft als doel om informatie te verstrekken met betrekking tot de verliestaken. Als 'finishing touch' hebben we onderaan iedere pagina een citaat toegevoegd. Hierbij hebben we gelet op de aansluiting met de tekst op de pagina. We zijn zeer tevreden met het resultaat, omdat het een overzichtelijk geheel is geworden.

7. WERKVORMEN, [ON]BEPERKT LEED

Nadat we het behoefte onderzoek hadden gedaan, hebben we de rouwdeskundigen en vaktherapeuten beeldend om werkvormen gevraagd. Hierbij hebben we gebruik gemaakt van een vragenlijst (zie bijlage 4). Op onze vraag om werkvormen kwam echter nauwelijks respons. Dit was tegenstijdig met de uitkomst van het behoefteonderzoek. Daarin hadden immers veel deskundigen aangegeven dat ze hun kennis en werkvormen met anderen wilden delen. Nu we terugkijken naar het formulier vinden we dat we de deskundigen voldoende ruimte hebben geboden om specifieke werkvormen te omschrijven. Waardoor het komt dat er geen respons is gekomen op deze vraag, is ons onduidelijk.

De werkvormen die we in ons product gebruikt hebben komen van het internet, uit eigen ervaring en uit boeken. De bronnen die we gebruikt hebben zijn in het product opgenomen in de bronnenlijst. Uiteindelijk hebben we ieder afzonderlijk de werkvormen uitgeschreven en onderbouwd. Dit was zo omdat we de werkvormen ingedeeld hadden in de twee therapeutische theorieën en we ieder een van de twee theorieën uitschreef. Ook in dit individuele deel hielden we contact. We deelden de werkvormen die toepasselijk waren voor de ander en hielden elkaar op de hoogte van de vorderingen. Door het resultaat vervolgens weer samen te voegen en kritisch naar elkaars werk te kijken, zijn we tot een mooi product gekomen.

8. COMMUNICATIE

We hebben gedurende de vormgeving van dit product op verschillende manieren onderling gecommuniceerd:

- Veel schooldagen hebben we om 9.00 uur afgesproken om het over het product te hebben.
- We zijn bij elkaar thuis geweest om samen te werken aan de vormgeving van het product.
- Veelvuldig hebben we gebruik gemaakt van mail, Whatsapp en Skype.

Met onze consultant Jaap hebben we na het gesprek vooral via de mail gecommuniceerd. Er zijn een aantal oriënterende gesprekken geweest met mensen uit het werkveld. Deze gesprekken hebben we gevoerd om informatie op te doen en om te bekijken of er een samenwerking tot stand kon komen.

Ook hebben we een oproep gedaan op LinkedIn bij de verschillende 'groepen' (zie bijlage 5). Hierop hebben verschillende deskundigen gereageerd, waardoor we een grote adresgroep hadden die aan ons behoefte onderzoek mee wilden doen. Vervolgens hebben we een aantal mensen benaderd of ze aan onze evaluatiegroep mee wilden werken. Bij de communicatie met de adresgroep en de evaluatiegroep hebben we ook veelvuldig gebruik gemaakt van de mail. Het is een handig medium om een vragenlijst te versturen naar een grote groep mensen. Zo hebben we ook de presentatie van ons product aan de adresgroep via de mail gedaan (zie bijlage 6).

9. EVALUATIEPROCEDURE

De evaluatie procedure heeft plaats gevonden van 27-04-2013 tot en met 17-05-2013.

9.1 EVALUATIEGROEP

De evaluatiegroep heeft er als volgt uit gezien:

Carolyn Burkard	Vaktherapeut beeldend werkzaam bij Siza Werkzaam met volwassenen met lichamelijke beperkingen en/of NAH Carolyn.burkard@siza.nl
Ank Kempink	Vaktherapeut beeldend werkzaam bij Siza Werkzaam op het Centrum voor Niet Aangeboren Hersenletsel Ank.kempink@siza.nl
Theo Olling	Vaktherapeut beeldend, zelfstandig info@ollingartinn.nl
Mechteld Dijkman	Klinisch psycholoog/ neuropsycholoog bij Heliomare Coördinator NAH poli volwassenen m.dijkman@heliomare.nl
Coby Schoen	Clustermanager Betsy Perk een wooncluster voor mensen met een lichamelijke beperking en/of niet-aangeboren hersenletsel en NAH deskundige Heeft niet kunnen reageren door ziekte.

We zijn van mening dat we als ieder uit deze groep vanuit zijn of haar expertise ons product evalueert, de verschillende aspecten van ons product belicht worden.

9.2 EVALUATIEPROCEDURE

We hebben ons product aan de evaluatiegroep gepresenteerd via de mail (zie bijlage 7). De mail bevatte twee bijlagen, namelijk: [On]Beperkt leed, de werkvormen en een evaluatieformulier (zie bijlage 8). Tevens bevatte de mail een link naar de website, www.onbeperktleed.nl. We hebben aan hen gevraagd of ze vanuit hun expertise het evaluatieformulier in wilden vullen en voor 10-05-2013 retour wilden sturen aan ons. Aangezien we het product op 27-04-2013 verstuurd hebben vonden we dat een redelijke termijn. De deskundigen hadden dan twee weken tot hun beschikking om de evaluatie uit te voeren. Dit bleek echter niet voor iedereen voldoende te zijn. Daarom hebben we de deskundigen de tijd gegeven om ons product alsnog te evalueren. De laatste evaluatie hadden we op 16-05-2013 binnen. De evaluaties zijn bij gevoegd in de bijlagen (zie bijlagen 8-12).

9.3 RESULTAAT VAN DE EVALUATIE

Het resultaat dat de evaluaties heeft opgeleverd is dat we de puntjes op de i hebben kunnen zetten.

De evaluaties waren complimenteus en bevatten feedback waar we ons product beter mee konden maken. Hieronder volgen de antwoorden op de evaluatievragen die we gesteld hadden.

1. De informatie met betrekking tot de verliestaken na het oplopen van NAH is relevant. Het is goed dat we een onderscheid maken in de verliestaken op zich, kinderen, complicaties en tips voor de behandelaar. Hierdoor nemen we de lezer langzaam mee in een verdieping van elke fase.
2. De verliestaken zijn duidelijk beschreven en de rubricering is helder. Door de duidelijke indeling die we bij alle verliestaken hanteren is de tekst goed te lezen en overzichtelijk. De algemene tips voor de behandelaar zijn praktisch en to the point.
3. De werkvormen zijn relevant voor de doelgroep. Er is een duidelijke en goede selectie van werkvormen, die allen aan rouw gelinkt zijn. Dit wordt door de evaluatiegroep gezien als de kern van de problematiek bij de cliënt met NAH. De werkvormen zijn bekend van andere doelgroepen, en zijn voldoende relevant gemaakt voor onze doelgroep. Het is mooi dat we de werkvormen hebben gekoppeld aan de theorie.
4. De werkvormen zijn duidelijk theoretisch onderbouwd met de creatieve procestheorie, waarbij de referentie naar de drie appèlgebied helder is. De werkvormen zijn breed inzetbaar.
5. De werkvormen zijn duidelijk onderbouwd met de kunstanaloge procesbenadering. De overeenkomsten tussen de verliestaken en de fasen van de kunstanaloge procesbenadering, zoals ze

in het schema weergegeven worden, geven een adequaat overzicht. De werkvormen zijn breed inzetbaar.

6. Het is goed dat we onderscheid maken in de twee therapeutische benaderingen. Deze keuze hebben we helder beschreven. Bij de beschrijving van de werkvormen, is er voldoende beschreven waarom zij aansluiten bij de betreffende verliestaken. De parallel met verlies en NAH geeft voldoende herkenning, ook de koppeling met de eerdere uitleg past goed en maakt het geheel makkelijk leesbaar.
7. [On]Beperkt leed, werkvormen sluit aan in de behandelsetting van de doelgroep. Sommige werkvormen zijn vooral goed bruikbaar voor cliënten met een beperkt opgelopen lichamelijke beperking na het op lopen van het hersenletsel. Sommige werkvormen lijken moeilijk uitvoerbaar als de cliënt bijvoorbeeld ook een forse lichamelijke handicap heeft opgelopen. Maar dit kan door improvisatie van de vaktherapeut opgevangen worden.
8. De website is informatief voor behandelaren. Het is helder en bondig geformuleerd. Informatief, overzichtelijk en geeft voldoende informatie. Het oogt heel professioneel en geeft waar nodig links ter verdieping.

Feedback die we verwerkt hebben om ons product beter te maken:

- We hebben ook algemene informatie over NAH in ons product toegevoegd.
- We hebben het document gecontroleerd op hij en zij gebruik en het veranderd in het gebruik maken van hij. We hebben ervoor gekozen om aan het begin te introduceren dat we het document in hij vorm schrijven. Waar hij staat kan de lezer ook zij interpreteren.
- Ook hebben we gekeken naar het gebruik van de termen cliënt, volwassene en kind. We gebruikten dat door elkaar en hebben hierin keuzes gemaakt, om het tot een duidelijker geheel te maken.
- We hebben de verliestaken bijgewerkt met de feedback die we hadden ontvangen, dit hebben we ook op de website aangepast.

Feedback die we niet gebruikt hebben

- Dat ons product meer op kinderen dan volwassenen gericht zou zijn. Hier zijn wij het niet mee eens, daarom hebben wij ervoor gekozen om deze feedback niet te verwerken.
- Het voorstel voor een benaming voor de ontwikkelingsfase van 11-14 jaar omdat we dat niet nodig vinden.
- Uit een van de evaluaties komt naar voren dat de tekst op de website bondiger zou kunnen. Dit is echter tegenstrijdig met de evaluaties van de anderen en met ons idee van de website. Daarom hebben we deze feedback niet verwerkt.

9.4 EIGEN COMMENTAAR OP DE EVALUATIE

De evaluaties die we terugkregen waren allen goed, complimenteaus en ook kritisch. Op die manier hebben we optimaal gebruik kunnen maken van de kennis, van de deskundigen. De evaluaties waren dus een goede aanvulling op het product. Daar waar inhoudelijk feedback werd gegeven en wij het eens waren met de argumenten die gegeven werden, hebben wij de punten meegenomen. De feedback die Mechteld (neuropsycholoog Heliomare) ons heeft gegeven hebben wij verwerkt in de beschrijving van de verliestaken. De beschrijving van de creatieve procestheorie en de werkvormen hebben we aangepast, zodat het duidelijk is voor welke doelgroep de werkvorm bedoeld is. De overige feedback was vooral een bevestiging dat ons product voldoet aan de kwaliteitseisen die we hadden opgesteld. [On]Beperkt leed levert een bijdrage aan het werkveld. Het is fijn om ons daar bewust van te zijn. Het ontvangen en verwerken van de evaluaties hebben wij als zeer positief ervaren.

9.5 CONCLUSIE

We voldoen aan de kwaliteitseisen die we vooraf opgesteld hadden. We concluderen dat we met [On]Beperkt leed, een product hebben ontwikkeld dat een bijdrage levert aan de kennis die nodig is, om mensen met NAH beter te begrijpen/behandelen, als het gaat over verliesverwerking. Door werkvormen te onderbouwen met twee verschillende theorieën dragen wij tevens bij aan de positionering van vaktherapie. Beeldende therapie kan een bijdrage leveren bij het doorwerken van verlieservaring bij het oplopen van een NAH. Onze aanbeveling zal dan ook zijn om hier meer onderzoek naar te laten doen om de effecten van de aangeboden werkvormen inzichtelijk te krijgen.

10. LEERDOELEN

Gedurende de vormgeving van [On]Beperkt leed hebben we gewerkt aan de leerdoelen die we voor ons zelf opgesteld hadden.

10.1 MONIQUE

10.1.1 LEERDOEL

Ik heb in de loop der jaren al veel kennis opgedaan m.b.t. rouw en verlies. Het is vanaf het begin al duidelijk geweest dat ik me wil specialiseren in rouwproblematiek. Door dit product te gaan ontwikkelen krijg ik nog meer kennis over rouw en de doelgroep. Dit product kan ik gebruiken als beeldende therapeut. Mijn leerdoelen zijn:

- behoefte onderzoek doen en filteren wat de vraag is vanuit het werkveld. Dit is nieuw voor mij.
- Het herschrijven van de rouwtaken specifiek voor kinderen met NAH of lichamelijke beperking op een dusdanige manier dat deze toepasbaar is in het werkveld.
- Creatieve werkvormen onderbouwen met theorie en koppelen aan de verschillende rouwtaken.

Alle leerdoelen die beschreven zijn in het plan van aanpak zijn door het maken van het product aan bod gekomen. Binnen het behoefte- en vooronderzoek kwam duidelijk naar boven wat de vraag m.b.t. de doelgroep en de problematiek was. Ik heb geleerd om zo helder en specifiek mogelijk vragen te formuleren.

Door het vooronderzoek en de feedback die we hebben kregen op ons product heb ik in mijn ogen een degelijk en een zo compleet mogelijk omschrijving kunnen geven op de verliestaken.

Ik vond het zeer waardevol en boeiend om de werkvormen die ik had uitgekozen voor de verliestaken te onderbouwen vanuit de creatieve procestheorie. Ik heb dit zo helder en duidelijk geprobeerd te doen. Ook hierin werd ik bevestigd door de feedback die we hebben gekregen vanuit de evaluatiegroep. Ik heb door het maken van dit product meer kennis en inzicht gekregen over verliesproblematiek bij NAH. Voor mij is het helder dat hier een gebied ligt waarin nog veel te onderzoeken is. Ook ben ik van mening dat het inzetten van beeldende therapie en verliesverwerking bij mensen met NAH een prachtige manier is om tot een mate van verwerking te komen. Door de werkvormen te onderbouwen vanuit de creatieve procestheorie heb ik veel meer kennis gekregen van deze theorie. Hierdoor kan ik als therapeut de creatieve procestheorie bewust(er) inzetten binnen de therapie die ik aanbied.

10.1.2 REFLECTIE

Voor mij was het helder waarin ik wilde afstuderen. De doelgroep en verliesproblematiek hebben mij altijd bezig gehouden doordat ik binnen mijn stage al beeldende therapie gericht op verliesverwerking bij kinderen met NAH aanbod. Door deze praktijkervaring wist ik ook dat er een behoefte was omtrent informatie over verliesproblematiek bij mensen met NAH. Alleen kon ik dit niet 'bewijzen', het was iets waar ik zelf tegenaan liep. Ik wist dat Angelique ook met NAH werkte en ik heb haar benaderd voor deze samenwerking. Een vruchtbare samenwerking moet ik zeggen. Het doen van het vooronderzoek bevestigde mijn vermoede van een gemis. Wat ik ervaaarde was een bepaalde positieve drive om keihard voor dit product te gaan. De laatste paar maanden heeft dan ook alleen maar in dienst gestaan van het maken van het product. Ik ben trots op de manier waarop wij de verliestaken hebben 'herschreven'. En ik ben trots op de werkvormen die onderbouwd zijn vanuit twee verschillende theorieën. Het inzetten van creatieve middelen is niet zomaar maar er zit een 'waarom het zo werkt' verklaring achter. Dit zorgt (in mijn ogen) ervoor dat de werking van creatieve werkvormen en daardoor vaktherapie, een betere positie krijgt binnen de regulieren hulpverlening.

De samenwerking met Angelique was eigenlijk perfect. We vulden elkaar aan, gaven opbouwende, kritische feedback. De taakverdeling was helder maar we namen ook de tijd om elkaars 'schrijfwerk' te lezen en van feedback te voorzien. Om eerlijk te zijn had ik een bepaald plaatje in mijn hoofd over wat er in het product moest staan en hoe geformuleerd moest worden (de rode draad). Ik vond het belangrijk dat niet alleen vaktherapeuten dit product konden begrijpen maar iedereen die dit product leest. Angelique wilde graag de lay-out en de website maken. Door dit van elkaar te accepteren hebben we gebruik kunnen maken van elkaars kracht.

10.2 ANGELIQUE

Eerst zal ik mijn leerdoel omschrijven dat ik voor mezelf geformuleerd had bij de aanvang van dit afstudeerproject. Vervolgens zal ik reflecteren op de totstandkoming van [On]Beperkt leed en het aandeel dat ik erin heb gehad.

10.2.1 LEERDOEL

Voor het leerplan voor intervisie had ik het volgende doel omschreven dat relevant is voor dit praktijkproject: Het leerdoel sluit aan op de competentie C3: De beginnend creatief therapeut verricht praktijkonderzoek. Deze beroepscompetentie had ik als doel genomen omdat ik nog niet eerder een praktijk onderzoek van deze omvang had verricht. Binnen de intervisiebijeenkomsten zag ik de mogelijkheid om advies en feedback van mijn groepsleden te ontvangen en ervaringen met betrekking tot het doen van onderzoek met elkaar kunnen delen. Ook voorzag ik dat de samenwerking met Monique een belangrijke aanvulling zou zijn, aangezien we hebben samengewerkt aan dit praktijkproject.

Hieronder zal ik het doel met betrekking tot competentie C3 SMART formuleren:

Specifiek	Door het werken aan het praktijkproject waarbij ook het doen van literatuuronderzoek en een behoefteonderzoek aan de orde komen, zal ik aan deze competentie voldoen. Hierbij zal het bespreken en delen van mijn ervaringen en die van de anderen tijdens intervisie met betrekking tot onderzoek steunend zijn.
Meetbaar	Het literatuuronderzoek en het behoefteonderzoek leveren een product op dat meetbaar is. Deze twee onderzoeken maken deel uit van mijn praktijkproject.
Acceptabel	Dit doel is acceptabel doordat het aansluit bij de opdracht vanuit de opleiding en het goed bespreekbaar is binnen de intervisie bijeenkomsten.
Realistisch	Het is realistisch doordat mijn groepsleden ook met een dergelijk onderzoek bezig zijn waardoor we elkaar tot steun kunnen zijn en we onze ervaringen met elkaar kunnen delen. Hierdoor kunnen we met elkaar mee denken en feedback aan elkaar geven.
Tijd	Dit doel zal de gehele duur van intervisie in beslag nemen aangezien het praktijkproject langer loopt dan de intervisie bijeenkomsten. De intervisie bijeenkomsten waar ik leerpunten en ervaringen zal delen zullen een keer in de twee weken gedurende zes bijeenkomsten plaats vinden. Het gehele doel is behaald als Monique en ik het praktijkproject hebben afgerond, ingeleverd en we met een voldoende beoordeeld zijn.

Bij de totstandkoming van dit product is het deelnemen aan intervisie belangrijk voor me geweest. Het structureel samenkomen en delen waar ik tegenaan liep, gedurende het proces van afstuderen, was zeer steunend. Ik vond het erg fijn om te ervaren dat we ons in elkaar herkenden, dat er een luisterend oor was, een kritische blik en dat de anderen met me meedachten. Een soort lotgenotencontact dat ik als zeer waardevol heb ervaren. Het maakte dat ik me begrepen voelde en niet alleen was gedurende dit proces. Het was mooi om te zien dat we allen een soortgelijk proces doormaakten. Ieder met zijn eigen invulling en accenten. Het afsluiten van een lange periode gevuld met opdrachten van school, presteren, contact met klasgenoten etc.. Het groeien naar zelfstandig therapeuten.

Terugkijkend op dit afstudeerproject concludeer ik dat het doen van onderzoek me goed afgaat. Gedurende het proces houd ik de hoofdlijnen goed in de gaten en ik zoek informatie op als ik de kennis niet heb, bijvoorbeeld over de verschillende manieren van onderzoek doen. Hierbij heb ik literatuur en internet gebruikt, overlegd met Monique en heb ik aan deskundigen advies gevraagd. Het heeft ons een prachtig product opgeleverd dat bestaat uit twee delen, namelijk de website www.onbeperktleed.nl en [On]Beperkt leed, een bundeling van werkvormen.

10.2.2 REFLECTIE

Wat mij opvalt, is dat ik vooral in de eerste weken veel spanning en druk heb ervaren. Wat vond ik het spannend om met het afstuderen bezig te gaan. Het gevoel werd ook deels gevoed doordat we toen het plan van aanpak aan het vormgeven waren. Een klus die inzicht geeft in de te nemen stappen. Het zou gaan werken als een blauwdruk, omdat we aan de hand daarvan ons product zouden gaan ontwikkelen. Een gedegen plan hebben we geschreven, maar dat maakte ook dat ik al het werk dat we zouden gaan verrichten, nu als een berg voor me zag staan. Een wat minder prettige bijkomstigheid. Hierdoor heb ik in de eerste weken hard gewerkt. Ik heb toen veel uren gemaakt en lange dagen gedraaid. Ik vond het moeilijk om niet tussentijds de mail te checken, ook al wist ik dat als er een mail van Monique, Jaap of een deskundige was, ik direct weer geactiveerd werd. Het project beheerste me toen helemaal. Ik stond ermee op en ging ermee naar bed.

Tijdens de uitvoering van het vooronderzoek waarbij we in gesprek gingen met deskundigen uit het werkveld werden we bevestigd in ons vermoeden. Wat was het fijn om die bevestiging te krijgen en me er bewust van te worden dat er echt een behoefte was naar ons product. Ook kreeg ik in die periode door, dat we al veel werk hadden verricht. Wat waren we al ver gevorderd. Hierdoor kon ik een stapje terug doen en op een realistischer tempo en met meer vertrouwen in ons kunnen, verder werken.

Het besluit om samen te werken met Monique heeft goed uitgepakt. We hebben echt een gezamenlijk product afgeleverd. Dit is mede mogelijk geweest door de gedeelde visie op ons product. Natuurlijk waren er wel eens kleine verschillen in denken, maar daar kwamen we steeds gezamenlijk uit. De ene keer voerden we het idee van Monique uit en de andere keer het idee van mij. Ook op de momenten, dat de een of de ander er even doorheen zat, dan waren we er voor elkaar. Zo heb ik het werken aan dit afstudeerproject echt als een gezamenlijk project ervaren.

Het doen van de eindredactie en het ervoor zorgen dat alles in dezelfde opmaak staat, vind ik een leuk karwei. Het is fijn dat ik daarvoor van Monique de vrije hand heb gekregen. Het aanbrenge van structuur en alles in een overzichtelijke context plaatsen doet me goed. Het maakt dat ik het geheel af kan ronden. Dat zijn voor mij de puntjes op de i.

Vol verbazing was ik afgelopen week toen ik mijn urenstaat op telde. Ik kwam zonder dat ik me bewust bezig had gehouden met het aantal gemaakte uren iets boven de 420 uren uit. Nogmaals een bewijs dat ik het werken aan dergelijk project goed aan kan. In de bijlagen voeg ik de urenstaat bij van het totaal aantal gemaakte uren gedurende dit afstudeerproject.

CONCLUSIE

In deze conclusie kijken we terug op het proces dat we hebben doorlopen omdat we de inhoudelijke conclusie al in het vooronderzoek beschreven hebben.

Terugkijkend op de totstandkoming van het product [On]Beperkt leed concluderen wij dat het een goed lopend proces is geweest. Een proces waarbij we elkaar hebben gemotiveerd en gestimuleerd tot het maken van een mooi product. Het enthousiasme waarmee er gewerkt is werkte aanstekelijk en maakte dat er in een hoog tempo gewerkt is. Op gelijkwaardig niveau hebben we in een prettige samenwerking aan het product gewerkt, waarbij we kunnen concluderen dat we van ieders kwaliteiten gebruik hebben gemaakt. Doordat we elkaar van opbouwende feedback voorzagen en het naar elkaar uitspraken als iets goed verliep, was het prettig om samen te werken. We concluderen dat we met [On]Beperkt leed, een product hebben ontwikkeld dat een gedeelte van een gat in de markt dicht, zoals we bij de uitkomst van het behoefteonderzoek al beschreven hebben.

AANBEVELINGEN

Aanbevelingen die wij doen naar aanleiding van alle gegevens die we verzameld hebben zijn:

- Het houden van een praktijkonderzoek waarbij de toepasbaarheid en de effecten die behaald worden met de werkvormen van [On]Beperkt leed worden onderzocht.
- De ontwikkeling van een creatief therapeutisch aanbod voor mensen met een verworven lichamelijke beperkingen.
- Uit ervaringsverhalen van ouders wordt duidelijk dat er nog weinig psychologische hulp is binnen de regulieren gezondheidszorg. In de Richtlijnen (Vilans, kenniscentrum voor langdurende zorg, 2012) komt letterlijk naar voren dat de zorg van kinderen en jongeren met NAH nog in de kinderschoenen staat. Onze aanbeveling houdt in dat de kennis en ervaringen rondom NAH en rouw in zijn algemeenheid beter gedocumenteerd zou moeten worden. Hierdoor kan er beter aangesloten worden binnen het regulieren gezondheidszorg op deze doelgroep. Nu blijft nog veel kennis en expertise 'verborgen' binnen de instellingen die werken met deze doelgroep. Terwijl deze doelgroep naar verwachting zal gaan toenemen in de toekomst. Gezien de huidige bezuinigingen in de gezondheidszorg zullen hierdoor veel meer mensen met NAH thuis wonen.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Gesprek met Jaap Driest (consulent)
Monique Zuyderduin en Angelique Brugman
12-02-2013

Gedurende het gesprek heeft Jaap ons een aantal tips gegeven:

- Verzamel zoveel mogelijk kennis.
- Maak gebruik van de deskundigheid die er is.
- Bereid contacten met professionals goed voor. Wat willen we van ze weten?
- Raak de betrokkenheid van professionals, dan willen mensen vaak graag vertellen/meedenken.
- Verantwoord de deskundigheid van de evaluatiegroep, deze is van belang voor de geloofwaardigheid van het geheel.
- Het eindproduct is niet het belangrijkste. Laat vooral zien dat we het proces snappen en uit kunnen voeren.
- Houd de tijd in de gaten.
- Maak een goede taakverdeling waarbij duidelijk is wat ieder doet. Ieder moet ook individueel beoordeeld kunnen worden.

Schrijf een plan van aanpak waarbij we ons aan de criteria van school houden. Stel hierbij ook criteria op die ook voor ons van belang zijn. Waar willen wij dat het product op beoordeeld wordt.

We hebben gesproken over de nadruk in ons product, willen we ons richten op de verschillende methodieken gekoppeld aan de verschillende rouwfasen. Of willen we het gebruik van rituelen en symbolen onderbouwen en hierbij de koppeling maken met de beeldende therapie.

Het advies van Jaap is om beiden te gaan doen omdat we met zijn tweeën zijn.

Hierbij kunnen we van de hulpvraag vanuit de cliënt uit gaan waarbij we de koppeling maken met beeldende therapie en onderbouwen waarom het werkt. Hierbij maken we de koppeling met de symbolen en rituelen die ook door rouwtherapeuten gebruikt worden. Vervolgens beschrijven we de verschillende methoden die zijn gekoppeld aan de rouwfasen en de doelgroepen die wij gekozen hebben.

Dit product willen we maken omdat er al veel kennis is, maar nog niks beschreven. Dat zullen we verder moeten verantwoorden.

We kiezen voor een website dat zullen we moeten verantwoorden. Jaap is hier niet enthousiast over, waarom geen boek? We zullen ons ook moeten verdiepen in de vormgeving en de eisen die aan websites worden gesteld.

Jaap geeft aan dat we ons daadkrachtig presenteren en we spreken af dat we het plan van aanpak op 26-02-2013 aan hem mailen.

BIJLAGE 2

Fiattingeringsformulier Oriëntatie en Vooronderzoek en Plan van Aanpak ingevuld door Jaap Driest

Fiattingeringsformulier Oriëntatie en Vooronderzoek en Plan van aanpak	
Praktijkproject Fase I A en I B 2012-2013	
Naam Student	Monique Zuyderduin, Angelique Brugman
Studentnummer	
Onderwerp praktijkproject	(ON)beperkt leed
Naam consulent	Jaap Driest
Datum fiattingering	10 maart 2013
Fiat consulentdocent	JA
Handtekening consulentdocent	

Oriëntatie en Vooronderzoek	
Praktijkproject Fase I A 2011-2012	
Er is een relevante verkenning gedaan van bestaande vergelijkbare producten	JA
Er is een relevante literatuur en bronnenstudie gedaan ten aanzien van doelgroep en de relatie tot het product	JA
Er is een relevante verkenning gedaan naar de behoefte aan het product in de praktijk	JA
De gekozen deskundigen zijn bekwaam ten aanzien van de relatie tussen product en context	JA
De resultaten zijn helder beschreven en sturend voor de productontwikkeling	JA /
De literatuur/bronnenlijst is toegevoegd en conform de richtlijnen	JA
Commentaar	
Handtekening consulentdocent	

BIJLAGE 3

Doelgroepcheck

Wat fijn dat u mee wil werken aan de vormgeving van ons product.

Hierna volgt de omschrijving van de rouw taken bij iemand met NAH zoals wij het gebruiken bij de vormgeving van ons product.

Taak 1: De realiteit van het verlies aanvaarden:

De persoon zal door NAH verlies ervaren van het vertrouwde bestaansleven. Er is een verstoring in de identiteit (fysiek, sociaal en normatief) en daarmee het zelfbeeld, het lichaamsbeeld, de relatie met de omgeving, de autonomie en het toekomstperspectief. In deze fase zal de persoon het feitelijke verlies, de betekenis van het verlies en de onomkeerbaarheid van het verlies moeten erkennen en accepteren.

Taak 2: De pijn en het verdriet doorleven van het verlies:

Wanneer de persoon pijn en verdriet doorleeft kan de realiteit pas echt aanvaard worden. Door een veranderd lichaam en/of verandering in geestelijk functioneren kan de persoon een scala van hevige gevoelens ervaren. Ook kan men zich schamen en een hekel krijgen aan het lichaam en zichzelf, waardoor er neiging is tot terugtrekgedrag. In deze fase is het van belang dat de persoon de verschillende emoties erkend, ze uit te spreken en de emoties te doorleven.

Taak 3: Zich aanpassen in een nieuwe situatie en aan een nieuw leven:

Binnen deze taak is het belangrijk voor de persoon om het verlies in te passen in het dagelijks leven. Dit betekent dat het verlies geïntegreerd moet worden in het bestaan en er betekenis aan toegekend wordt.

Taak 4: Het verlies emotioneel een plaats geven en de draad van het leven weer oppakken:

De persoon zal zich emotioneel terugtrekken van het verlies. Dit houdt in dat de emoties nog wel aanwezig zijn maar in heftigheid zullen afnemen. Hierdoor ontstaat er ruimte om de emotionele energie te gebruiken voor het oppakken van (nieuwe) activiteiten. De relatie met het verleden van de persoon zal veranderen. Het verlies en de emoties krijgen een plaats. Dit maakt het mogelijk om door te leven met een nieuwe identiteit in plaats van te blijven vasthouden aan het verleden.

Onze vraag aan de persoon met NAH:

Wat is uw geboortedatum?

Sinds welke datum heeft u NAH?

Herkent u uw proces in de rouw taken zoals die hier beschreven staan?

Heeft u al deze taken doorlopen?

Wat mist er in deze taken?

Alvast bedankt voor uw deelname aan ons onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Monique Zuyderduin en Angelique Brugman

moniquezuyderduin@gmail.com en angelique.brugman@student.hu.nl

BIJLAGE 4

Vragenlijst werkvormen

Hierbij vragen wij aan u of u de werkvormen wilt delen die u inzet bij de behandeling van rouw. De voorkeur heeft hierbij de behandeling van rouw na het oplopen van Niet-aangeboren Hersenletsel.

- Van welke creatieve/beeldende werkvormen maakt u gebruik?
- Van welke creatieve/beeldende materialen maakt u gebruik?
- Met welk doel zet u deze werkvormen in?
- Met welke doelen zet u deze materialen in?
- Bij welke rouw taak sluit de gebruikte werkvorm aan?
- Kunt u uw keuze onderbouwen vanuit de kunstanaloge benadering of vanuit de creatieve procestheorie?

Hierna volgt de omschrijving van de rouw taken bij iemand met NAH zoals wij het gebruiken bij de vormgeving van ons product.

Taak 1: De realiteit van het verlies aanvaarden:

De persoon zal door NAH verlies ervaren van het vertrouwde bestaansleven. Er is een verstoring in de identiteit (fysiek, sociaal en normatief) en daarmee het zelfbeeld, het lichaamsbeeld, de relatie met de omgeving, de autonomie en het toekomstperspectief. In deze fase zal de persoon het feitelijke verlies, de betekenis van het verlies en de onomkeerbaarheid van het verlies moeten erkennen en accepteren.

Taak 2: De pijn en het verdriet doorleven van het verlies:

Wanneer de persoon pijn en verdriet doorleefd kan de realiteit pas echt aanvaard worden. Door een veranderd lichaam en/of verandering in geestelijk functioneren, kan de persoon een scala van hevige gevoelens ervaren. In deze fase is het van belang dat de persoon de verschillende emoties erkend, ze uit te spreken en de emoties te doorleven.

Taak 3: Zich aanpassen in een nieuwe situatie en aan een nieuw leven:

Binnen deze taak is het belangrijk voor de persoon om het verlies in te passen in het dagelijks leven. Dit betekent dat het verlies geïntegreerd moet worden in het bestaan en er betekenis aan toegekend wordt.

Taak 4: Het verlies emotioneel een plaats geven en de draad van het leven weer oppakken:

De persoon zal zich emotioneel terugtrekken van het verlies. Dit houdt in dat de emoties nog wel aanwezig zijn maar in heftigheid zullen afnemen. Hierdoor ontstaat er ruimte om de emotionele energie te gebruiken voor het oppakken van (nieuwe) activiteiten. De relatie met het verleden van de persoon zal veranderen. Het verlies en de emoties krijgen een plaats. Dit maakt het mogelijk om door te leven met een nieuwe identiteit in plaats van te blijven vasthouden aan het verleden.

Alvast bedankt voor uw deelname aan ons onderzoek.

Met vriendelijke groet,

Monique Zuyderduin en Angelique Brugman
moniquezuyderduin@gmail.com en angelique.brugman@student.hu.nl

BIJLAGE 5

Oproep op LinkedIn

Gezocht! Mensen die mee willen denken!

Wij Monique en Angelique(twee beeldende therapeuten) zijn voor ons afstudeerproduct op zoek naar professionals die werken met mensen met een lichamelijke beperking of een niet-aangeboren hersenletsel die te kampen hebben met verliesverwerking en het leuk vinden om met ons mee te denken.

Ons product bestaat uit twee onderdelen. Wij gaan de rouwtaken specifiek beschrijven voor mensen met een Niet-aangeboren hersenletsel en voor mensen met een lichamelijke beperking. Zowel voor kinderen als voor volwassenen. Hiervoor zijn wij op zoek naar deskundigen die ervaring hebben met deze doelgroep en ons van feedback willen voorzien.

Vervolgens zijn wij op zoek naar creatieve werkvormen die gebruikt worden binnen rouw en verliesbegeleiding/beeldende therapie en gebruikt worden binnen rouw. Deze willen wij gaan koppelen aan de rouwtaken die specifiek beschreven zijn voor de doelgroep(zie hierboven) en onderbouwen met theorie zodat deze werkvormen een basis krijgen van practice based evidence.

Vind je het onderwerp, net zoals wij, ontzettend interessant? En zou je daar een bijdrage aan willen leveren, neem dan contact met ons op.

moniquezuyderduin.ct@gmail.com en angelique.brugman@student.hu.nl

BIJLAGE 6

Productpresentatie
Hallo allemaal,

Wat fijn dat jullie hebben meegewerkt aan ons afstudeerproject.

Hierbij presenteren we jullie ons product: [On]Beperkt leed. Het bestaat uit twee delen, te weten:

- Website: <http://www.onbeperktleed.nl>
- Werkvormen [On]Beperkt leed

In de komende weken vindt de evaluatie procedure plaats, waarna we op 21 mei definitief ons product in zullen leveren. Mochten jullie aan- of opmerkingen hebben dan horen we het graag.

Met vriendelijke groet,

Monique Zuyderduin en Angelique Brugman

BIJLAGE 7

Evaluatie mail

Hallo Coby, Ank, Carolin, Theo, en Mechteld,

Wat fijn dat jullie mee willen werken aan de evaluatieprocedure van ons afstudeerproject.
Hierbij sturen we jullie ons product: [On]Beperkt leed. Het bestaat uit twee delen, te weten:

- Website: <http://www.onbeperktleed.nl>
- Werkvormen [On]Beperkt leed

Tevens voegen we het evaluatieformulier bij.

Wij zien het ingevulde evaluatieformulier graag retour voor 10-05-2013.

Met vriendelijke groet,

Monique Zuyderduin en Angelique Brugman

BIJLAGE 8

Evaluatieformulier '[On]Beperkt leed'

Hierbij presenteren we aan u ons praktijk product '[On]Beperkt leed'.

Gedurende de ontwikkeling van '[On]Beperkt leed' hebben we vooronderzoek gedaan. Op basis van de gegevens die dit heeft opgeleverd zijn er twee producten tot stand gekomen. De website '[On]Beperkt leed, Verliestaken na het oplopen van NAH' en '[On]Beperkt leed, werkvormen'. Nu we in de laatste fase zijn aangekomen willen we graag van u, aan de hand van uw expertise, een evaluatie ontvangen. De evaluatie zullen we aan het procesverslag toevoegen en met de gegevens die deze procedure oplevert kunnen we het product verbeteren, voordat we het definitief inleveren.

Te evalueren producten:

Website www.onbeperktleed.nl

'[On]Beperkt leed, werkvormen'

Hierbij vragen we aan u of u de volgende vragen wilt beantwoorden:

1. Is de informatie met betrekking tot de verliestaken na het oplopen van NAH, relevant?
2. Zijn de verliestaken duidelijk beschreven?
3. Zijn de werkvormen relevant voor de doelgroep?
4. Zijn de werkvormen duidelijk omschreven?
5. Zijn de werkvormen duidelijk onderbouwd met de creatieve procestheorie?
6. Zijn de werkvormen duidelijk onderbouwd met de kunstanaloge procesbenadering?
7. Is er in de beschrijving van de werkvormen voldoende beschreven waarom zij aansluiten bij de betreffende verliestaak?
8. Sluit '[On]Beperkt leed, werkvormen' aan in de behandelsetting van de doelgroep?
9. Is de website informatief voor behandelaren?

Alvast hartelijk dank voor het invullen van dit evaluatieformulier! We zien het ingevulde evaluatieformulier graag voor 10-05-2013 retour, zodat we de gegevens kunnen verwerken.

Met vriendelijke groet,
Monique Zuyderduin en Angelique Brugman

moniquezuyderduin@gmail.com
angelique.brugman@gmail.com

BIJLAGE 9

Evaluatieformulier Ank Kempink, Vaktherapeut beeldend, Centrum voor niet-aangeboren hersenletsel van Siza

1. Is de informatie met betrekking tot de verliestaken na het oplopen van NAH, relevant?
In het algemeen ontbreekt de uitleg/invloed van het aangedane deel in de hersenen.
(Op de website wordt er meer aandacht in algemene informatie over NAH gegeven.)
Theoretische onderbouwing. Wellicht een bewuste keuze.
De verschillende fases met betrekking tot de verliestaken is verhelderend.
Maakt inzichtelijk in welke fase de cliënt zich mogelijk bevind.
2. Zijn de verliestaken duidelijk beschreven?
De rubricering is helder. Overzichtelijk beschreven.
De algemene tips voor de behandelaar zijn praktisch en to the point.
3. Zijn de werkvormen relevant voor de doelgroep?
Duidelijke en goede selectie van werkvormen,
Waarbij ik opmerk dat deze allen ook aan rouw gelinkt zijn.
Dat is veelal de kern van de problematiek van de cliënt met NAH.
NAH en rouwen gaan ahw "hand in hand".
4. Zijn de werkvormen duidelijk omschreven?
Gerubriceerd en helder.
5. Zijn de werkvormen duidelijk onderbouwd met de creatieve procestheorie?
Duidelijke theoretische onderbouwing.
De referentie naar de drie appèlgebieden is helder.
De werkvormen zijn procesgericht.
De werkvormen zijn ook breed inzetbaar.
Er wordt veel appel gedaan op de hersenen.
Een positieve insteek die regelmatig een barrière zal blijken te zijn.
Overvragen van de cliënt ligt op de loer.
6. Zijn de werkvormen duidelijk onderbouwd met de kunstanaloge procesbenadering?
De overeenkomsten in het geplaatste schema geven een adequaat overzicht.
Hoofd en hersenen worden ahw losgekoppeld.
Het gevoel, het onbewuste wordt aangesproken.
De werkvormvoorbeelden zijn ook hier breed inzetbaar.
Niet specifiek voor NAH?
7. Is er in de beschrijving van de werkvormen voldoende beschreven waarom zij aansluiten bij de betreffende verliestaat?
De parallel met verlies en NAH geeft voldoende herkenning.
Sluit aan bij de verliestaat.
8. Sluit '[On]Beperkt leed, werkvormen' aan in de behandelsetting van de doelgroep?
Zeker wanneer je NAH en rouwen als inwisselbare begrippen ziet.
9. Is de website informatief voor behandelaren?
De website is helder en bondig.

*Met veel plezier heb ik jullie praktijkproduct "(On) Beperkt Leed" gelezen. NAH en rouwen lijken/blijken synoniem te zijn. Jullie doen de doelgroep recht met jullie product. In de praktijk zal ik zeker enkele van jullie werkvormen toetsen/toepassen. Persoonlijke voetnoot bij de website: De foto van Monique heeft een zeer "kille" achtergrond. Vriendelijke groeten en succes met het aanpunten van jullie product!

BIJLAGE 10

Evaluatieformulier Carolin Burkard, Vaktherapeut beeldend, Siza

Ten eerste mijn complimenten voor dit mooie verslag/website! Keurig en uitgebreid beschreven maar toch een heel overzichtelijk layout en makkelijk te lezen. Ik kon helaas (door tijdgebrek) niet alles tot in het detail doornemen, maar vind het een prachtig resultaat.

Als jullie nog vragen en/of hulp nodig hebben, hoor ik het graag.

1. Is de informatie met betrekking tot de verliestaken na het oplopen van NAH, relevant?
Ja en goed dat jullie onderscheid maken in de verliestaak op zich, bij kinderen, gevoelens, complicaties en tips voor de behandelaar. Hierdoor nemen jullie de lezer langzaam mee in een verdieping van elke fase.
2. Zijn de verliestaken duidelijk beschreven?
Door de duidelijke indeling die jullie bij alle verliestaken hanteren is de tekst goed te lezen en overzichtelijk. Een tip: jullie hanteren “hij” en “hij of zij” door elkaar. Jullie kunnen ook ervoor kiezen om aan het begin te zeggen dat hij en zij door elkaar (of jullie kiezen voor een) gebruikt worden.
Ook fijn dat jullie voorzichtig zijn met het begrip “acceptatie” en hiervoor evenwicht noemen.
(Over het uitleg van de ontwikkelingsfasen bij kinderen: Jullie gebruiken bij elke fase een benaming, behalve bij 11-14 jaar. Misschien een oplossing: Jongere 11-14 jaar, Jong Volwassen 14-18 jaar)
3. Zijn de werkvormen relevant voor de doelgroep?
4. Zijn de werkvormen duidelijk omschreven?
Bij de creatieve procestheorie – thema weerstand: “niet op gang komen” vind ik een brede uitspraak. Weerstand kan onderdeel van de hulpvraag zijn of dat de therapeut te snel wil of dat therapie niet aansluit bij behoefte van de cliënt. Weerstand is op zich een belangrijk onderdeel van de therapie omdat de cliënt dan laat merken “ik neem een positie in/ik wil iets (of juist niet)”. Daarnaast staat bij de werkvormen soms kind, soms cliënt. Dit kan suggereren dat de werkvorm niet voor volwassene geschikt is. Er zijn ook volwassene met NAH die sociaal-emotioneel op een kinderlijk niveau functioneren. Door expliciet onderscheid te maken tussen kind of volwassene is voor de lezer niet inzichtelijk dat de werkvormen bij allebei de doelgroepen ingezet kunnen worden, zoals jullie in begin aangeven “Dit is een lijst waarin allerlei behoeften en gevoelens vermeld staan, die corresponderen met behoeftes uit bepaalde fasen uit de vroegkinderlijke ontwikkeling”. Het switchen tussen cliënt en kind en volwassene maakt het soms wat moeilijk leesbaar.
Verder prima beschrijving en overzichtelijk. Mooi ook dat jullie de werkvorm nog koppelen aan de theorie!
Goed dat jullie bij de tekenbewegingsmethode melden dat er een cursus (en boek) te volgen is. Want er zit nog iets meer achter deze werkvormen. Prima.
5. Zijn de werkvormen duidelijk onderbouwd met de creatieve procestheorie?
Ja
6. Zijn de werkvormen duidelijk onderbouwd met de kunstanaloge procesbenadering?
Ja, goed dat jullie hier onderscheid in maken!
7. Is er in de beschrijving van de werkvormen voldoende beschreven waarom zij aansluiten bij de betreffende verliestaak?
Ja, ook de koppeling met jullie eerder uitleg past goed en maakt het makkelijk leesbaar.
8. Sluit ‘[On]Beperkt leed, werkvormen’ aan in de behandelsetting van de doelgroep?
Sommige werkvormen lijken me moeilijk uitvoerbaar als je bv. ook lichamelijk handicap op hebt gelopen. Maar dit kan door improvisatie van de therapeut opgevangen worden. Veel werkvormen zijn cognitief, dit kan een keuze zijn, in de gehandicaptenzorg soms wat moeilijk toe te passen. Ik werk zelf meer vanuit het ervaren (mediumgericht) en minder vanuit een opdracht.
9. Is de website informatief voor behandelaren?
Informatief, overzichtelijk, voldoende informatie en waar nodig links ter verdieping, oogt heel professioneel. Goed gedaan!
Hartelijke groet, Carolin

BIJLAGE 11

Evaluatieformulier Theo Olling, vaktherapeut beeldend en Coby Schoen, NAH deskundige

Hier helaas mijn beknopte bijdrage; te weinig tijd kunnen vinden ivm werk en B&B gasten, Coby heeft niets kunnen bijdragen door ziekte! Vind het stuk goed in elkaar zitten, mooi product geworden, waar jullie trots op kunnen zijn en wat zeker kan bijdragen aan de verwerking bij NAH cliënten.

1. Is de informatie met betrekking tot de verliestaken na het oplopen van NAH, relevant?
1.4 het herhalen van informatie is belangrijk voor het eigen maken van de boodschap. (de boodschap in beelden zelf laten maken kun daarbij helpen gezien deze beter onthouden wordt.)
2. Zijn de verliestaken duidelijk beschreven?
erkennen van verlies, (goed omschreven)
3. Zijn de werkvormen relevant voor de doelgroep?
De gekozen werkvormen zijn werkvormen die voor veel verschillende doelgroepen worden gebruikt, maar ook voldoende relevant voor de doelgroep NAH denk ik
4. Zijn de werkvormen duidelijk omschreven?
Ja redelijk goed, persoonlijk zou ik er ook nog evaluatie vragen aan toe voegen. Dit om dat wat er beleefd is tijdens het proces nog meer bewust te laten worden.
5. Zijn de werkvormen duidelijk onderbouwd met de creatieve procestheorie?
ja.
6. Zijn de werkvormen duidelijk onderbouwd met de kunstanaloge procesbenadering?
ja ook prima
7. Is er in de beschrijving van de werkvormen voldoende beschreven waarom zij aansluiten bij de betreffende verliestaat?
is helder beschreven
8. Sluit '[On]Beperkt leed, werkvormen' aan in de behandelsetting van de doelgroep?
De gekozen werkvormen zijn wel werkvormen die voor veel soorten problematiek worden gebruikt maar vind ik niet altijd voldoende rekening houden met gevolgen voor functioneren door NAH. Opdrachten houden mogelijk onvoldoende rekening met lichamelijke beperkingen die veel cliënten met NAH hebben (bijv. verlamming in hand/arm, spasme en dus lastig uit te voeren zullen zijn). Vind sommige opdrachten ook veel, misschien te veel vragen van cliënten met NAH waarbij sprake is van slecht geheugen, slechte concentratie. Zijn wel bruikbaar voor de cliënten met mindere zware gevolgen.
9. Is de website informatief voor behandelaren?
Onderaan een link naar de volgende pagina zou kunnen. Inhoudelijk is het goed alleen mag tekst korter en beknopter.

Met vriendelijke groeten,

Theo Olling

BIJLAGE 12

Evaluatie Mechteld Dijkman, Klinisch psycholoog, Heliomare

Helaas kom ik er niet toe om het goed te beoordelen, vanwege tijdgebrek (ik ga ook donderdag met vakantie, met alle drukte van dien). Ik heb wel geprobeerd er naar te kijken, zoals je ziet op zondag! (vooral het stuk over de verwerking), dus kijk ook met dat oog naar mijn commentaar! Ik heb daarom ook even niet jullie evaluatieformulier gebruikt, want dat kost even teveel tijd.

De site ziet er prachtig uit! Heldere informatie, goed verdeeld etc. Mooi werk!

Wat opmerkingen bij het pdf-bestand:

- het is in het algemeen duidelijk meer op kinderen gericht dan op volwassenen, misschien wel handig om te vermelden.
- Soms worden zaken naar mijn idee wat te stellig gebracht als het gaat om hoe mensen zaken verwerken, terwijl jullie ook melden dat iedereen het op zijn eigen manier doet. Zo is het de vraag of je alles moet doorleven, om een nieuw (goed) evenwicht te bereiken (in hfst. 2), het klinkt wat normatief. De vraag is of het later altijd boven komt als je het niet 'goed zou hebben verwerkt'. Bij 2.2 staat dat er vaak een periode van woede optreedt, klinkt ook wat te stellig, is niet mijn ervaring met volwassenen, mogelijk wel met kinderen (heb ik geen ervaring mee)?
- Par.1.2 over gevoelens: naar mijn idee gebruiken jullie hier directe en indirecte gevolgen van het nah door elkaar: ontkenning en dwanglachen zijn vaak NAH-veroorzaakt en geen onderdeel van de verwerking. Je doet iemand tekort als je het omschrijft als fase binnen de verwerking.
- Zelfde paragraaf: iemand kan ook zonder vertrouwensrelatie naar de volgende verwerkingsfase, hangt niet alleen af van de behandelaar.
- Par. 1.4 Korte termijngeheugen: bedoelen jullie hiermee niet eigenlijk het geheugen na het NAH? Dat is niet hetzelfde! Veel patienten halen dit door elkaar: het korte termijngeheugen staat voor wat je ca. 10-15min. vast moet houden, het lange termijn alles wat je langer moet vasthouden.
- Par. 1.4: bolletje 6: zin is onduidelijk
- Par. 2.4: dwanghuilen/lachen is geen motorische stoornis, maar een ontremming
- Par. 4.3: de zinnen over de relatie met ernst van NAH en verwerking is naar mijn idee te stellig: het hangt ook erg af van de plaats van letsel en niet alleen mate van uitvalsverschijnselen.
- Par. 4.4: de zin bij bolletje 3 klopt niet (taalkundig)

Ik hoop dat jullie hier nog iets mee kunnen en succes met het vervolg!

Met vriendelijke groet,

Mechteld Dijkman

BIJLAGE 13

Urenstaat Angelique

Datum	Tijd in uren	Werkzaamheden
21-01-2013	3.00	Telefonisch contact met Monique Studie handleiding bestuderen
22-01-2013	1.00	Overleg met Monique
24-01-2013	3.00	Gesprek met Carolin Burkard inclusief voorbereiden en reis tijd
25-01-2013	1.00	Verslag schrijven en mailen aan Monique Maken van een overleg afspraak
26-01-2013	3.00	Connecties aan gaan op LinkedIn met rouwtherapeuten waar we vanuit de minor les van hadden gehad.
29-01-2013	2.00	Overleg met Monique via Skype en mail verstuurd naar Monique
04-02-2013	8.00	Literatuuronderzoek en mail checken en versturen
06-02-2013	8.00	Literatuuronderzoek en opzet vooronderzoek
07-02-2013	1.00	Mail kenniscirkel, ethisch begeleider en Carolin van Siza
10-02-2013	8.00	Literatuuronderzoek
12-02-2013	3.00	Gesprek Jaap en overleg met Monique en informatie verzamelen in de mediatheek
13-02-2013	1.00	Mail kenniscirkel beantwoorden en doorsturen. Mail verstuurd naar Ank BT Siza
14-02-2013	2.00	Inbreng van ons afstudeerproject in mijn team op Balders-Heof Siza
18-02-2013	13.00	Verslag gesprek Jaap en schrijven van plan van aanpak Mail verstuurd naar Mariska van den Heuvel rituelen en kunst.nl Skype overleg met Monique, voorbereiding gesprek Selma
19-02-2013	12.00	Gesprek Selma Hoek in Arnhem Werken aan het plan van aanpak samen met Monique in Zutphen. Later zelfstandig verder gewerkt
20-02-2013	5.00	Zoeken naar informatie over Kenniscirkels Siza op intranet Verslag maken van ons gesprek met Selma Tijdspad plan van aanpak verder uitgewerkt
21-02-2013	8.00	Al mijn eigen boeken met betrekking tot rouw, lichamelijke beperking en NAH doorzocht en gesorteerd
22-02-2013	6.00	Plan van aanpak onderbouwen met bronnen In opmaak zetten en mailen aan Monique
23-02-2013	8.00	Onderzoek lichamelijke beperking/verlies
24-02-2013	12.00	Onderzoek naar wat er al ontwikkeld voor de doelgroep Opmaak Plan van aanpak herstellen en mailen naar Jaap Tekst plaatsen op LinkedIn, mails versturen Denken over de te nemen stappen
25-02-2013	10.00	Gesprek Ank, verslaglegging Mailen alle leden kenniskring Skype Monique Onderzoek kunst analoge benadering Mail beantwoorden
26-02-2013	1.00	Mail versturen, oproep op Yammer op het werk
27-02-2013	5.00	Mail beantwoorden Literatuur onderzoek
28-02-2013	8.00	Skype met Monique Mail beantwoorden Literatuuronderzoek
01-03-2013	4.00	Literatuuronderzoek
03-03-2013	8.00	Literatuuronderzoek

04-03-2013	14.00	Overleg met Monique in Beverwijk Feedback van Jaap bekijken Beslissen NAH Gesprek Theo en Coby Versturen behoefte onderzoek
06-03-2013	8.00	Feedback van Jaap verwerken Plan van aanpak aanvullen en versturen
08-03-2013	5.00	Opslaan behoefte onderzoeken en bundelen Verslaglegging van het gesprek met Theo en Coby
09-03-2013	10.00	Behoeftte onderzoeken lezen Vooronderzoek aanvullen
10-03-2013	10.00	Vooronderzoek aanvullen In opmaak zetten Bronnenlijst maken
11-03-2013	10.00	Skype met Monique Plan van aanpak Vooronderzoek verder uitwerken
12-03-2013	5.00	Overleggen met Monique op school
13-03-2013	2.00	Gesprek Carolin Verslaglegging van het gesprek
14-03-2013	8.00	Vooronderzoek doorlezen Behoeftte onderzoeken samenbrengen Mailen naar Monique
18-03-2013	10.00	Vooronderzoek bijwerken Mailen Monique Werkvormen verzamelen Brief schrijven met betrekking tot werkvormen die veel gebruikt worden. Evaluatieprocedure voorbereiden
19-03-2013	5.00	Overleggen met Monique op school Mediatheek
21-03-2013	8.00	Behoeftte onderzoek samenvoegen en ondersteunen met grafieken. Conclusies uit trekken en het geheel verwerken in het vooronderzoek
24-03-2013	8.00	Opstellen vragen doelgroep-check Opstellen vragenlijst werkvormen Schrijven van de conclusie van het vooronderzoek Overleggen met Monique aan de telefoon
25-03-2013	10.00	Plan van aanpak bijwerken
26-03-2013	2.00	Overleggen met Monique
03-04-2012	2.00	Mailen Jaap, Neel, Han, Huub en Conny met betrekking tot beoordelaren Vooronderzoek mailen
04-04-2013	8.00	Verliestaken product beschrijven Bellen met Monique
05-04-2013	8.00	Opzet werkvormen maken Werkvormen beschrijven
08-04-2013	10.00	Werkvormen beschrijven Mailen met Monique
11-04-2013	8.00	Tekst website Werkvormen onderbouwen
12-04-2013	8.00	Tekst website Overleggen met webdeskundige over de website Template website uitzoeken
13-04-2013	10.00	Werken aan website Werkvormen onderbouwen
14-04-2013	5.00	Werken aan website
15-04-2013	10.00	Werken aan website Skype met Monique

		Vooronderzoek checken op spelfouten
16-04-2013	8.00	Werken aan website
17-04-2013	5.00	Werken aan website
18-04-2013	5.00	Werken aan website Werkvormen onderbouwen
20-04-2013	10.00	Werken aan website Werkvormen onderbouwen
21-04-2-13	5.00	Werken aan website Werkvormen onderbouwen Vooronderzoek checken op spelfouten
22-04-2013	10.00	Werkvormen onderbouwen Vooronderzoek checken op spelfouten
23-04-2013	8.00	Werkvormen onderbouwen Vooronderzoek checken op spelfouten Voorblad maken Werkvormen delen met Monique
24-04-2013	6.00	Werkvormen onderbouwen
25-04-2013	8.00	Mailen Monique Evaluatieformulier aanvullen/bijwerken Werkvormen Monique in opmaak zetten Het gehele document checken op opmaak
26-04-2013	4.00	Website checken op spelfouten
27-04-2013	5.00	Evaluatieprocedure starten
29-04-2013	4.00	Presentatie voorbereiden en versturen
09-05-2013	1.00	Herinneringsmail sturen aan de evaluatiegroep
12-05-2013	2.00	Evaluaties bundelen
13-05-2013	3.00	Evaluaties doornemen met Monique Punten uit de evaluaties verwerken in het product
15-05-2013	2.00	Procesverslag bijwerken
16-05-2013	10.00	Evaluatie Coby en Theo verwerken Procesverslag bijwerken Spellingscontrole
17-05-2013	4.00	Alles in opmaak zetten en als PDF aan Monique versturen
18-05-2013	2.00	Cd hoes maken Cd rom branden
Totaal	430.00	

BIJLAGE 14

Urenstaat Monique

Datum	Tijd in uren	Werkzaamheden
21-01-2013	3.00	Telefonisch contact met Angelique Studie handleiding bestuderen
22-01-2013	1.00	Overleg met Angelique
25-01-2013	1.00	Mailen en overleg afspraak Angelique
26-01-2013	3.00	Connecties aan gaan op LinkedIn met rouwtherapeuten waar we vanuit de minor les van hadden gehad.
29-01-2013	2.00	Overleg met Angelique via Skype en gemaild
04-02-2013	8.00	Literatuuronderzoek en mail checken en versturen
06-02-2013	8.00	Literatuuronderzoek en opzet vooronderzoek
07-02-2013	1.00	Mail vaktherapie, Heliomare
10-02-2013	8.00	Literatuuronderzoek
12-02-2013	3.00	Gesprek Jaap en overleg met Monique en informatie verzamelen in de mediatheek
13-02-2013	1.00	Mail met Heliomare (Carla Hendriks, Observatieklas)
14-02-2013	2.00	Op internet zoeken naar contacten voor het product.
15-02-2013	4.00	Begin met het schrijven van plan van aanpak. Lezen van de studiehandleiding
16-02-2013	4.00	Opzet plan van aanpak
18-02-2013	5.00	Verslag gesprek Jaap lezen en schrijven van plan van aanpak. Mail beantwoorden. Skype overleg met Angelique, voorbereiding gesprek Selma
19-02-2013	16.00	Gesprek Selma Hoek in Arnhem Werken aan het plan van aanpak samen met Angelique in Zutphen. (inclusief reistijd) Later zelfstandig verder gewerkt
20-02-2013	5.00	Plan van aanpak afronden. Mail beantwoorden. Informatie gezocht op het internet rouw en NAH en kinderen
21-02-2013	8.00	Onderzoek rouw en NAH en kinderen
22-02-2013	6.00	Plan van aanpak van feedback voorzien. Mail beantwoord, onderzoek gedaan m.b.t. rouw, NAH en kinderen
23-02-2013	8.00	Onderzoek gedaan m.b.t. creatieve werkvormen kinderen. Nadenken hoe alles een vorm moet gaan krijgen. Wat moet er gebeuren, wat zijn de logische stappen.
24-02-2013	9.00	Globale opzet doen van het vooronderzoek. Lezen van de studiehandleiding. Onderzoek doen creatieve werkvormen kinderen. Mail beantwoorden
25-02-2013	10.00	Skype Angelique. Nadenken over de inhoud van het product. Onderzoek creatieve procestheorie Mail beantwoorden
26-02-2013	3.00	Zoeken in de mediatheek naar boeken over de creatieve procestheorie. Mail beantwoorden.
27-02-2013	5.00	Mail beantwoorden Opzet behoefte onderzoek gemaakt.
28-02-2013	8.00	Skype met Angelique Mail beantwoorden Literatuuronderzoek
01-03-2013	4.00	Literatuuronderzoek
03-03-2013	8.00	Literatuuronderzoek

04-03-2013	14.00	Overleg met Angelique in Beverwijk Feedback van Jaap bekijken Beslissen NAH Gesprek Theo en Coby Versturen behoefte onderzoek
06-03-2013	8.00	Feedback in plan van aanpak toevoegen, over en weer gemaild met Angelique.
07-03-2013	8.00	Mail lezen, beantwoorden. Info over symbolen opgezocht in de literatuur.
09-03-2013	10.00	Behoeftte onderzoeken lezen Vooronderzoek aanvullen
10-03-2013	6.00	Vooronderzoek aanvullen
11-03-2013	10.00	Skype met Angelique Plan van aanpak en vooronderzoek verder uitwerken
12-03-2013	5.00	Overleggen met Angelique op school
13-03-2013	3.00	Vooronderzoek verder uitwerken
14-03-2013	6.00	Vooronderzoek doorlezen Mailen naar Angelique
18-03-2013	10.00	Vooronderzoek bijwerken Mailen Angelique Werkvormen verzamelen
19-03-2013	5.00	Overleggen met Angelique op school Mediatheek
21-03-2013	8.00	Nadenken over verliestaken beschrijving. Opzet maken. Vooronderzoek nachecken.
24-03-2013	8.00	Feedback geven over doelgroep-check en mailen naar Heliomare. Feedback geven over werkvorm vragen en mailen. Feedback geven over het vooronderzoek Overleggen met Angelique aan de telefoon
25-03-2013	10.00	Plan van aanpak bijwerken
26-03-2013	2.00	Overleg met Angelique op HU
04-04-2013	4.00	Verliestaken product beschrijven
03-04-2013	8.00	Mail lezen. Literatuurstudie verlies bij kinderen Opzet verliestaken naar Angelique mailen
04-04-2013	8.00	Verliestaken product beschrijven Bellen met Angelique
05-04-2013	8.00	Verliestaken kinderen beschrijven
08-04-2013	10.00	Verliestaken kinderen beschrijven Mailen met Angelique
09-04-2013	4.00	Mediatheek, werkvormen en de creatieve procestheorie
11-04-2013	8.00	Algemene tips behandelaar beschrijven
12-04-2013	8.00	Algemene tips behandelaar beschrijven
14-04-2013	5.00	Creatieve procestheorie lezen en beschrijven
15-04-2013	10.00	Skype met Angelique Vooronderzoek checken op spelfouten
16-04-2013	8.00	Beschrijven van de creatieve procestheorie
17-04-2013	6.00	Werkvormen koppelen aan de verliestaken en onderbouwen
18-04-2013	5.00	Werkvormen koppelen aan de verliestaken en onderbouwen
20-04-2013	10.00	Werkvormen onderbouwen
21-04-2-13	8.00	Werkvormen onderbouwen
22-04-2013	10.00	Werkvormen onderbouwen Website van feedback voorzien Product checken op spelfouten
23-04-2013	8.00	Werkvormen onderbouwen Inleiding schrijven van het product Werkvormen delen met Angelique

24-04-2013	6.00	Product kritisch bekijken en bijwerken
25-04-2013	1.00	Mailen Angelique
27-04-2013	5.00	Evaluatieprocedure starten
29-04-2013	4.00	Presentatie voorbereiden en versturen
09-05-2013	1.00	Herinneringsmail sturen aan de evaluatiegroep
12-05-2013	2.00	Mail lezen, etc.
13-05-2013	5.00	Evaluaties doornemen met Angelique Punten uit de evaluaties verwerken in het product
15-05-2013	5.00	Feedback verwerken in het product
16-05-2013	10.00	Evaluatie Coby en Theo verwerken Proces verslag bijwerken. Skype met Angelique Spellingscontrole. Mail lezen. Laatste toevoegingen procesverslag.
18-05-2013	2.00	Product laten inbinden en kopiëren
Totaal	420 uur	

Praktijkproject

[On]Beperkt leed

Vooronderzoek en oriëntatie



Monique Zuyderduin en Angelique Brugman
1590517 en 1571305

Opleiding: Creatieve therapie
Beoordelaren: Neel de Haan en Huub Notermans
Consulent: Jaap Driest

21-05-2013

Dit verslag bevat het resultaat van de verkenning van bestaande producten en literatuur met betrekking tot rouw na het oplopen van NAH, bij kinderen en volwassenen. Ook hebben we een verkenning gedaan naar modules die ontwikkeld zijn met betrekking tot de doelgroep en vaktherapie beeldend. Door middel van de resultaten van het behoefteonderzoek in de praktijk zullen we verantwoorden waarom het product relevant is voor de praktijk. In dit verslag laten we zien hoe we het vooronderzoek van ons praktijkproduct '[On]Beperkt leed' hebben aangepakt en wat het aan informatie heeft opgeleverd.

INHOUD

Inleiding.....	37
1. Motivatie	37
1.1 Monique	37
1.2 Angelique	38
2. Literatuurverkenning rouw	38
2.1 Rouw	38
2.1.1 Rouwtakenmodel van Worden	39
2.1.2 Fasen-theorie van Kübler-Ross.....	39
2.2 Kinderen en rouw	40
3. Literatuurverkenning NAH	41
3.1 NAH	42
3.1.1 Traumatisch hersenletsel	42
3.1.2 Niet- traumatisch hersenletsel.....	42
3.1.3 De drie fasen	43
3.1.4 De onzichtbare gevolgen van NAH	43
3.2 Communicatie bij hersenletsel.....	44
3.3 Leven met gemis	45
4. Literatuurverkenning rouw en NAH	45
4.1 Locomotief	45
4.2 Heb ik een probleem dan?	47
4.3 Samenvatting	47
5. Literatuurverkenning kinderen	47
5.1 De Richtlijn	47
5.2 Fasen van herstel	48
5.3 Wie begrijpt mijn NAH kind?	48
5.4 Samenvatting	49
6. Literatuurverkenning volwassenen	49
6.1 Greep op het leven.....	49
6.2 Verlieskunde.....	49
6.3 Zingevingstherapie	50
6.4 Samenvatting	51
7. Literatuurverkenning kinderen en volwassenen.....	51
7.1 Hersenletsel, achtergronden en aanpak	51
7.2 Maar anders?	52

7.3 Samenvatting	52
8. Literatuurverkenning creatief therapeutische benaderingen	53
8.1 Verlieskunde	53
8.2 Kinderen helpen na een schokkende gebeurtenis	53
8.3 Ruimte voor verdriet	53
8.4 Handboek beeldende therapie	54
8.5 Niet uitleven maar beleven	54
8.6 Rituelen en symbolen	54
8.7 Kunstanaloge procesbenadering	55
8.7.1 Kunstanaloge procesbenadering	55
8.7.2 De kunsten van het leven	55
8.8 Creatieve procestheorie	56
8.8.1 Kliphuis	56
8.9 Samenvatting	57
9. Producten die al ontwikkeld zijn voor kinderen	57
10. Producten die ontwikkeld zijn voor volwassenen	58
10.1 Verlies verwerking PMT	58
10.2 Beeldend aanbod voor mantelzorgers van mensen met NAH	59
10.3 Beeldende werkvormen bij rouw	59
10.4 Rouw, verlies van functies bij dwarslaesie en NAH	59
10.5 Trauma behandelen met beeldende therapie	60
10.6 Leven met een chronische ziekte	60
10.7 Samenvatting	60
11. Behoefteteonderzoek	61
11.1 Aanbeveling tot ontwikkeling	61
11.2 Gesprekken	61
11.3 Resultaten van het schriftelijke behoefteteonderzoek	62
Conclusie	63
Rouw	64
NAH	64
Vaktherapie beeldend	64
Attitude	65
Bronnen	66
Literatuur	66
Gebruikte zoekmachines	68
Websites	69
Brochures	69

Bijlagen.....	70
Bijlage 1 Gesprek met Carolin Burkard	70
Bijlage 2 Gesprek met Ank Kempink	71
Bijlage 3 Gesprek met Selma Hoek	72
Bijlage 4 Gesprek met Theo Olling en Coby Schoen.....	74
Bijlage 5 De adresgroep die heeft meegewerkt aan ons behoefteonderzoek.....	76
5.1 Rouwdeskundigen	76
5.2 Vaktherapeuten beeldend	76
5.3 NAH	76
5.4 Geen reactie	77
Bijlage 6 Behoeftesonderzoeken	78

INLEIDING

Dit is het verslag van het vooronderzoek dat Monique Zuyderduin en Angelique Brugman hebben verricht aan de hand van het afstudeerproject voor de opleiding: Creatieve therapie aan de HU in Amersfoort.

In dit vooronderzoek zullen we het volgende beschrijven:

- Literatuurverkenning met betrekking tot de kennis die er al is over: de ontwikkelingsfasen bij kinderen, volwassenen, NAH, rouw, methodieken, modules etc.
- Wat is er al ontwikkeld met betrekking tot: NAH, rouw, kinderen, volwassenen en vaktherapie beeldend.
- Behoeftedonderzoek met betrekking tot de koppeling van de rouwtaken met kinderen en volwassenen met NAH.

Monique heeft het onderzoek naar kinderen en de creatieve procestheorie verricht. Angelique heeft het onderzoek naar volwassenen en de kunstanaloge procesbenadering voor haar rekening genomen. De algemene omschrijvingen zijn gezamenlijk tot stand gekomen.

We hebben bij het doen van ons onderzoek gebruik gemaakt van verschillende bronnen, zoals: internet, databases, HBO kennisbank, literatuur en de mediatheek. Zoektermen die we hierbij gebruikt hebben, zijn: verlies, rouw, NAH, vaktherapie beeldend, werkvormen, methodieken, verliesverwerking, zingeving, volwassenen, kinderen etc.

We sluiten af met de conclusies die we hebben getrokken uit het vooronderzoek, dat we hebben gehouden. Dit zijn de gegevens waarmee we ons product [On]Beperkt leed zullen ontwikkelen.

1. MOTIVATIE

Voordat we de producten en de literatuur beschrijven, die we bij het doen van ons onderzoek hebben gevonden, zullen we eerst onze motivatie omschrijven.

1.1 MONIQUE

Tijdens het volgen van de opleiding creatieve therapie en voor de minor rouw en verliesbegeleiding heeft Monique als beginnend vaktherapeut beeldend stagegelopen bij Heliomare en was ze onder andere gekoppeld aan de Observatieklas. *‘Heliomare ondersteunt kinderen, jongeren en volwassenen met een dreigende of aanwezige handicap door het apart of in samenhang verlenen van diensten op het gebied van revalidatie, speciaal onderwijs, arbeidsintegratie, wonen, woontraining, tijdelijke opvang, dagbesteding en sport/fitness. Heliomare onderwijs en revalidatie zijn een aantal jaar geleden een nieuw project gestart; de Observatieklas. De Observatieklas is bedoeld voor leerlingen van 6 tot 20 jaar, bij wie een acute breuk is ontstaan in hun schoolloopbaan. Bij de start van de Observatieklas is gekozen voor één diagnosegroep: leerlingen met niet-aangeboren hersenletsel. Want wat bleek, regelmatig belandt een leerling in een neerwaartse spiraal van vastlopen, opnieuw beginnen, weer vastlopen en verder gedemotiveerd raken. Soms stopt de leerling zelfs helemaal met het volgen van onderwijs’.*¹ De Observatieklas is opgezet om te voorkomen dat leerlingen in deze neerwaartse spiraal belanden of om hen er zo snel mogelijk uit te halen. Rouw is een thema die bij deze doelgroep regelmatig voor komt. Aan Monique werd de vraag gesteld of ze een informatiemap wilde samenstellen voor nieuwe medewerkers waarin werd beschreven wat de algemene informatie van rouw en kinderen met NAH was. Dit was tevens een opdracht vanuit de minor; het ontwikkelen van een rouwproduct.

Geen gemakkelijke opdracht, want NAH is gecompliceerd als het gaat over het doorlopen van de rouwtaken. Bijvoorbeeld: soms is juist dat gedeelte van de hersens beschadigd waardoor iemand de taken niet volledig kan doorlopen, denk aan afasie, of ontregelde emoties. Het verbaasde haar dat er nog geen beschrijving was van het verloop van de rouwtaken met betrekking tot verlies omdat er zoveel mensen NAH oplopen. Uit cijfers van Nationaal Kompas Volksgezondheid blijkt: *‘Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is de verwachting dat het absoluut aantal personen met beroerte tussen 2010 en 2025 met 40% zal stijgen’.*² Dit zijn alleen nog maar verwachtingen van mensen met een beroerte en dekt niet de hele lading wat valt onder NAH. Is er geen behoefte binnen de zorg aan een beschrijving van het verloop van de rouwtaken van mensen met NAH, zodat de hulpverlening hierop kan aansluiten? Of is deze kennis wel aanwezig maar te verspreidt? Moet dit gebundeld worden?

¹ www.heliomareonderwijs.heliomare.nl

² www.nationaalkompas.nl

Door de ervaring van Monique met het werken met deze doelgroep als vaktherapeut beeldend werd het haar ook duidelijk, dat sommige cliënten door beeldende therapie beter bij hun gevoel van onmacht, woede en verdriet konden komen, waardoor er (naar haar idee) een verdieping ontstond van het doormaken van de rouwtaken. Maar welke materialen, thema's, methode kun je hiervoor inzetten gekoppeld aan de rouwtaken? En hoe kunnen we aantonen dat vaktherapie beeldend bij deze doelgroep en met deze problematiek van meerwaarde is, naast de cognitieve therapie die vaak gegeven wordt bij behandeling?

1.2 ANGELIQUE

Angelique heeft ervaring opgedaan vanuit haar rol als activiteitenbegeleider (7jaar) en vaktherapeut beeldend in opleiding binnen Siza. Hier is zij werkzaam geweest op verschillende vestigingen. Op iedere vestiging werkte ze wel met dezelfde doelgroep: mensen met een lichamelijke beperking en/of NAH. Op al deze plekken was de verwerking van lichamelijke verliezen een belangrijk thema. Naar aanleiding van deze gegevens werd haar interesse gewekt. Vanuit de werkplek heeft ze verschillende cursussen mogen volgen. Een daarvan was: 'Heb ik een probleem dan?' gegeven door Arno Prinsen. Ook heeft ze gedurende de jaren vele boeken gelezen met betrekking tot hersenletsel. Denk hierbij aan de boeken van Jenny Palm: 'Omgaan met Hersenletsel', 'Portemonnee in de Diepvries'. Ook boeken van andere schrijvers als 'Ze zeggen dat ik zo veranderd ben'. De verschillende volwassenen met NAH werden regelmatig besproken in de verschillende overleggen en waar het gewenst was heeft ze de gedragskundige ingeschakeld. De gedragskundige voorziet een team van advies en heeft veel kennis met betrekking tot gedrag en NAH.

Gedurende de opleiding tot vaktherapeut beeldend heeft Angelique de verschillende opdrachten gebruikt om zich te specialiseren in de behandeling van deze doelgroep. Ook de minor verlieskunde sloot aan op de doelgroep en haar interesse. Het maakte haar er bewust van dat er nog weinig ontwikkeld was voor volwassenen met NAH en beeldende therapie met betrekking tot rouw. In gesprek met Carolin Burkard, de vaktherapeut beeldend van Siza, werd ze in haar vermoeden bevestigd. Er is behoefte aan informatie en behandeling voor mensen met NAH waarbij ingegaan wordt op de verwerking van het lichamelijke verlies.

We hebben allebei dus veel ervaring met de NAH en de problematiek waar we ons product voor gaan ontwikkelen, rouw. Hierdoor hebben we al de nodige kennis opgedaan die we ook zullen gebruiken. Gedurende de opleiding liepen we er tegenaan dat er op dit vlak nog weinig is onderzocht of ontwikkeld. Dit blijkt ook uit het afstudeerscriptie van Sandra Beuving (2010). Haar scriptie is een groot praktijkonderzoek naar vaktherapie beeldend bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandel aanbod van de revalidatie. Hierin schrijft ze een aanbeveling voor de beroepspraktijk vak therapie: *'Vanuit de setting waar in het praktijkonderzoek heeft plaatsgevonden wil ik graag een aanbeveling doen voor vervolgonderzoek voor de beroepspraktijk. Dit heeft betrekking op de vraag hoe zou beeldende therapie invulling kunnen geven aan een nazorgtraject 'vaktherapie' na de afrondingsfase van de revalidatiebehandeling van de volwassene.'* De kennis is van belang voor de doelgroep en voor de professionals die met de doelgroep werkzaam zijn. Veel kennis is er al, maar er is met betrekking tot vaktherapie beeldend nog weinig opgeschreven. Hierdoor wordt er steeds het wiel opnieuw uitgevonden. Door de kennis op schrift te stellen en met elkaar te delen wordt het geheel professioneler. De doelgroep kan adequater geholpen worden en kan zelf ook de informatie vinden, gebruiken en eventueel zelfonderzoek starten.

Vanuit deze voorkennis ontstond het idee voor ons gezamenlijk praktijkproduct: [On]Beperkt leed.

2. LITERATUURVERKENNING ROUW

Voordat we onze literatuurverkenning beschrijven zullen we eerst ingaan op wat er onder rouw wordt verstaan.

2.1 Rouw

Definitie rouw: *'Rouw is een emotionele reactie als gevolg van een verlies, in het bijzonder het verlies van een naaste. Normaal gesproken zal de intensiteit van de reactie in de loop van de tijd afnemen, de rouw kan echter zo heftig zijn, dat de levenslust verloren gaat.'*³

³ www.wikipedia.nl

Rouw wordt in de 'Landelijke richtlijn Rouw' gedefinieerd als het geheel van lichamelijke, emotionele, cognitieve en gedragsmatige reacties, die optreden na het verlies van een persoon met wie een betekenisvolle relatie bestond.⁴ Hoewel het overlijden van een belangrijk persoon iemand kwetsbaar kan maken, is rouwen een normale reactie op verlies. In het verleden werd veelal gedacht dat mensen een serie van opeenvolgende rouwfasen moesten doorlopen om een verlies te kunnen verwerken. Wanneer mensen deze fasen niet of niet in de goede volgorde doorliepen, werd gedacht dat zij onvoldoende konden rouwen, wat weer negatieve gevolgen zou hebben voor het toekomstig welbevinden.⁵ Het idee van opeenvolgende fasen wordt steeds meer bestreden. De heersende opvatting is nu dat er grote verschillen zijn in de tijd die mensen nodig hebben om een 'normaal' rouwproces te doorlopen.^{6 7} Er moet namelijk ook rekening gehouden worden met wat de relatie was met het verlies, de omstandigheden rond het verlies, maar ook met de persoonskenmerken van de rouwende en de sociale positie die hij of zij inneemt in de maatschappij.⁸

Voor ons product maken wij gebruik van het rouwtakenmodel van Worden en de fasen-theorie van Kübler-Ross. We hebben gekozen voor deze modellen omdat deze het meest gebruikt worden binnen rouw en verlies. Bij het rouwtakenmodel van Worden, worden de taken die mensen doorlopen in kaart gebracht. Bij de fasen-theorie van Kübler-Ross worden de emoties die bij rouw en verlies horen beschreven. Hierdoor ontstaat er een mooie samenkomst van taken die iemand te volbrengen heeft en emoties die daarbij komen kijken. Hieronder zullen we de twee theorieën omschrijven.

2.1.1 ROUWTAKENMODEL VAN WORDEN

*'In dit model wordt verliesverwerking gezien als een dynamisch proces waarin nabestaanden een aantal taken hebben. Deze taken kunnen gepaard gaan met verschillende emotionele reacties en in wisselende volgorde volbracht worden. Wanneer het doorlopen van de taken stagneert, kan problematische rouw ontstaan.'*⁹

Bij volwassenen worden over het algemeen vier rouwtaken onderscheiden:

1. *'Het aanvaarden van de realiteit van het verlies*
2. *Het doorleven van de pijn en het verdriet*
3. *Het aanpassen aan een nieuw leven waarin de overledene niet meer aanwezig is*
4. *De overledene emotioneel een plaats geven en het oppakken van de draad van het leven'*¹⁰

2.1.2 FASEN-THEORIE VAN KÜBLER-ROSS

Kübler-Ross heeft aangetoond dat er herkenbare emoties zijn in een rouwperiode. Dit werd de fasen-theorie genoemd, waardoor Kübler-Ross grote bekendheid kreeg. Als rouwende heeft men als taak het verlies bewust te aanvaarden, bewust afscheid te nemen van de dierbare persoon en tenslotte bewust een nieuw levenshoofdstuk op te bouwen. Deze taken zijn algemeen omschreven en in de praktijk verloopt dat niet zo puntsgewijs. Allerlei gevoelens en reacties zijn ermee verbonden. Kübler-Ross noemt een aantal reacties op verdriet. Zij geeft aan dat binnen een rouwproces de volgende vijf fasen of stadia te onderscheiden zijn:

1. *'Ontkenning en isolering*
Wanneer een dierbaar persoon overlijdt, is de eerste reactie meestal die van ontkenning. Verwarring, ongeloof en uitingen van 'nee toch' of 'het is niet waar' zijn dan aan de orde. Kübler-Ross noemt dit (tijdelijke) zelfbescherming, het biedt de mogelijkheid om de gebeurtenis als het ware gedoseerd binnen te laten komen.
2. *Woede en protest*
In deze fase is iemand vaak moeilijk te bereiken. Je kunt boosheid en woede ontwikkelen en veel 'waarom vragen' stellen.
3. *Marchanderen*
Wanneer iemand beseft dat boosheid niet helpt, ontwikkelt zich deze fase. Een ander woord voor marchanderen is onderhandelen. Hierin probeer je met het verlies om te gaan door doelen te stellen of jezelf iets te beloven. De fase van onderhandelen wordt vooral ingevuld vanuit het terrein van de hoop.
4. *Depressie*

⁴ Prins & Kuyper, 2006

⁵ Harrington & Harrison, 1999

⁶ Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008; Spuij, Stikkelbroek, Goudena & Boelen, 2008

⁷ Foolen, van Rooijen, 2010

⁸ www.psychischegezondheid.nl/rouw

⁹ Spuij, 2008

Als al het (onder)handelen niets heeft opgeleverd, kan een machteloos gevoel optreden. Het verdriet valt niet langer te ontkennen. Het kan voorkomen dat iemand nauwelijks meer te bereiken is. Soms komt het voor dat verdriet zo intens wordt dat men in een depressie belandt.

5. Aanvaarding

In deze fase ontstaat de mogelijkheid het verdriet te accepteren. Er komt een zekere mate van berusting, je kunt een en ander steeds beter loslaten. Je geeft het verlies als het ware een plek en dat biedt de mogelijkheid weer om vooruit te kijken.¹⁰

2.2 KINDEREN EN ROUW

Ook kinderen rouwen om verlies, belangrijk is dat er ruimte is voor het verdriet en dat we weten hoe kinderen omgaan met verliessituaties. Dit heeft raakvlakken met volwassenen, maar er zijn ook zeker verschillen. *‘Kinderen kunnen rouwen om een verlies. Rouwen is de emotionele reacties op het definitieve verlies van een dierbaar iemand, iemand of iets waaraan een kind zich heeft gehecht. Het is de prijs die een kind betaald door van iemand te houden. Rouwen is het proces van het zich aanpassen aan de nieuwe situatie, het is voor een kind als ware zich onthechten. Een pasgeborene heeft zich nog niet aan iemand gehecht, waardoor er ook geen rouwreacties zijn als die persoon verdwijnt. Er zijn belangrijke verschillen qua hechting en verlies afhankelijk van de ontwikkelingsleeftijd van het kind.’¹¹*

Hieronder is de ontwikkeling van het kind weergegeven in een schema volgens het trekmodel¹². Volgens dit model wordt de ontwikkeling bepaald door individuele karakteristieken. Dit model houdt geen rekening met de effecten van de omgeving van het kind.

Tabel 1.1	Kenmerkende gedragingen gekoppeld aan leeftijdsfasen en ontwikkelingstaken		
Leeftijd	Wat het kind moet leren	Kenmerkende gedragingen	Reactie op rouw ¹³
0-2 jaar	• Gebruik zintuigen en spieren, lichaamsbeheersing. • Aanpassing aan dag/nachtritme en voedingspatronen. • Differentiatie van personen, hechting aan moeder, vader, broertjes en zusjes. Overwinning scheidingsangst. • Exploreren omgeving/voorwerpen.	• Zuigen, sabbelen op alles, graaien, kwijlen, voedsel uitspugen. Kruipen, te lang staan, zich vastklampen, vallen, omgooien. • Slecht inslapen, veel wakker worden, huilen, hoofbonzen, schommelen. Voedsel weigeren, spugen volproppen, knoeien met eten. • Lachen, geluidjes herhalen, ‘kleven’, zich afwenden van derden. Huilen, klampen, duimen, rituelen, knuffelbeest/lapje, nachtelijke angsten, paniek en apathie bij scheiding. • Graaien, sabbelen, bijten, vernielen, smeren, klieren.	Hele kleine kinderen tot ongeveer drie jaar, hebben geen echt besef van de dood. Ze kennen nog geen onderscheid tussen levende en niet-levende dingen. Kinderen op deze leeftijd reageren vanuit hun behoeften.
2-6 jaar	• Van aanhankelijkheid naar zelfstandig gedrag. • Via experimenteren omgaan met eigen temperament; eigen gedragsstijl ontwikkelen. • Plaats delen met anderen; minder egocentrisch, socialer gedrag.	• Imiteren, ook in spel, nalopen, willen zijn als moeder/vader, daarna juist niet. • Koppigheid, alles zelf willen doen, driftbuien, grenzen testen, angst bij onvermogen, soms regressie, magische rituelen. • Ruziën en rivaliseren met broertjes en zusjes, soms terugtrekken en regressie naar afhankelijker gedrag.	Kinderen van deze leeftijd kennen het verschil tussen leven en dood, maar ze weten niet precies wat dood inhoudt. Hier proberen ze achter te komen door vragen te stellen. Kinderen op deze leeftijd missen nog de capaciteit hun gedachten, gevoelens en herinneringen in woorden uit te drukken. Typerend voor jonge kinderen is ook het magische denken. Het kind beschouwt zichzelf als middelpunt van alles en denkt dat zijn gedachten, wensen en daden direct in verband staan met alles wat zichzelf en anderen

¹⁰ Dekker en Dros, 2012

¹¹ Verliefde, 2005

¹² Molen, 2007

¹³ Keirse, 2000; Fiddelaers-Jaspers, 1998; De Bruijn, 2000

	Naar school gaan (eerste schooljaar.)	Trots, soms weer hevige separatieangst, nachtmerries, lichamelijke klachten.	overkomt
6-11 jaar	- Aanpassing aan leeftijdsgenootjes, vorming van sociaal invoelingsvermogen en omgaan met grotere sociale omgeving. - School en leerstof (concentratie, discipline.) - Vorming van eigen normen en waarden.	- Spel initiatieven nemen, vriendschappen sluiten, in groepjes functioneren, rivaliseren, sociale angst, zich terugtrekken. - Leren presteren, interesses opbouwen. Soms school fobische klachten, soms leerstoornis. - Minder af- en afhankelijk gedrag, zelfstandiger, gewetensvoller.	Bij kinderen van zes tot en met acht jaar begint het besef te komen dat de dood/verlies onomkeerbaar, onherroepelijk en definitief is. Wat een definitief einde nou precies inhoudt, de onvermijdelijkheid ervan en het besef dat het iedereen overkomt, begrijpen ze nog niet. Kinderen op deze leeftijd zijn zeer kwetsbaar omdat ze het begrijpen, maar nog niet de mogelijkheid hebben om hiermee om te gaan. Kinderen 9 tot en met 11 jaar Kinderen op deze leeftijd weten dat mensen, dieren en planten leven en dat wat leeft ook doodgaat. Als oorzaak van de dood noemen ze voornamelijk fysieke oorzaken, zoals kanker, ouderdom, hartaanval, etc. Ze zijn minder afhankelijk van volwassenen, maar hun onafhankelijkheid is nog zeer fragiel. Het sterven van een ouder roept hun kinderlijke gevoelens weer op, maar er is een sterke neiging om deze te verbergen en een façade van onafhankelijkheid op te bouwen.
12-15 jaar	- Omgaan met verandering in het lichaam. - Verdere afwegingen van normen en waarden; opbouw eigen referentiekader/ identiteit. - Vaardiger omgaan met leeftijdsgenoten en anderen.	- Lichamelijke klachten (pijn, eten en slapen onregelmatig), hormonale problemen. - Debatteren, ruziën, selftalk, dagboeken, schuldgevoelens, rationaliseren, fantaseren, zich afzetten tegen ouders, idolenverheerlijking. - Probleem oplossen, vriend- en vijandschappen, soms sociale angst, zich terugtrekken, apathie, depressie.	Kinderen vanaf 12 jaar zien de dood als het onvermijdelijke einde van het leven. Dit komt doordat hun intellectuele vaardigheden zijn ontwikkeld. De persoonlijk-emotionele afstand is echter nog groot: het kan iedereen overkomen behalve mensen in jouw omgeving. Dit verandert drastisch als jonge mensen te maken krijgen met de dood van iemand in hun naaste omgeving.
15-20 jaar	- Verder onafhankelijk worden van feedback van ouders/leraren e.a. - Kiezen voor eigen strategieën en ideeën, ontwikkelen, steviger gevoel van eigenwaarde. - Verdere verwerving van sociale en beroepsvaardigheden. - Zich losmaken van ouders en 'nest'; plaats bepaling. Oplossen van loyaliteitsconflicten; verwerking van verlies en afscheid.	- Experimenteren met extreme gedragsalternatieven, debatteren, grenzen testen. - Zichzelf over- en onderschatten/afkeuren; depressieve buien, soms angst, rationaliseren, intellectualiseren. - Stapsgewijs, maar ongelijkmatig soms provocerend verminderen van afhankelijk gedrag. - Gedrag, samenhangend met gevoelens van angst, agressie, schuld en verdriet, die kenmerken zijn voor de verwerkingsstadia rond verlies van de ouders als identificatiefiguren en de geborgen plaats in het gezin.	De confrontatie met de dood maakt dat de vragen en soms ook de verwarring van de jongere rondom leven en dood toenemen. Pubers willen een eigen manier vinden om te rouwen. Ze zoeken daarvoor ook hun eigen mensen. Op deze leeftijd is dat ook soms eerder met vrienden en vriendinnen, dan directe familieleden. Weerstand om met volwassenen te communiceren is er al, en verdriet verergert het alleen maar. Hierdoor kunnen ze heel eenzaam zijn in hun verdriet, en zich terugtrekken.

3. LITERATUURVERKENNING NAH

Voordat we onze literatuurverkenning beschrijven, zullen we eerst ingaan op waar de afkorting NAH voor staat. NAH is de afkorting voor Niet Aangeboren Hersenletsel. In de volgende paragrafen zullen we omschrijven wat dat inhoudt.

3.1 NAH

De definitie van NAH zoals geformuleerd door het Landelijk Coördinatiepunt. Niet Aangeboren Hersenletsel: *‘Hersenletsel ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan rond of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot het aangewezen zijn op hulpverlening.’* NAH is schade aan de hersenen, ontstaan in de loop van het leven en is in te delen in twee soorten:

- Traumatisch hersenletsel
- Niet-traumatisch hersenletsel

In de volgende sub paragrafen zullen we deze termen verder toelichten.

3.1.1 TRAUMATISCH HERSENLETSEL

Bij traumatisch hersenletsel is het letsel ontstaan door een oorzaak buiten het lichaam, door bijvoorbeeld een val van een trap of een botsing in het verkeer. Voorbeelden hiervan zijn een hersenschudding of een hersenkneuzing. De oorzaken kunnen als volgt worden ingedeeld:

Zonder schedelletsel:

- Ongeval
- Val
- Zwaar voorwerp tegen het hoofd
- Klap tegen het hoofd
- Shaken baby-syndroom

Met schedelletsel:

- Binnendringen van botgedeeltes als gevolg van schedelbreuk.
- Binnendringen van een voorwerp, zoals een kogel, steekwapen of ijzeren voorwerp.

3.1.2 NIET- TRAUMATISCH HERSENLETSEL

Niet traumatisch hersenletsel ontstaat door een proces in het lichaam. Voorbeelden van niet-traumatisch hersenletsel zijn:

- Beroerte/Cerebro Vasculair Accident (CVA)
 - Herseninfarct
 - Hersenbloeding
- Infectie
 - Hersenen
 - Hersenvliezen
- Zuurstofgebrek, ten gevolge van:
 - Harstilstand
 - Bijna-verdrinking
 - Afsluiting luchtpijp
 - Rookvergiftiging
 - Epilepsie
- Gezwel/tumor
- Vergiftiging (drugs, alcohol)
- Waterhoofd/hydrocefalus
- Stofwisselingsaandoeningen

De volgende degeneratieve ziekten kunnen ook als NAH worden geclassificeerd, maar worden in de zorg niet onder NAH genoemd, omdat de behandeling, zorg en gevolgen van deze aandoeningen zeer verschilt van de andere vormen van NAH:

- Multiple Sclerose
- Parkinson
- Alzheimer
- Ziekte van Huntington ¹⁴

¹⁴ www.hersenstichting.nl

3.1.3 DE DRIE FASEN

Drie fasen van herstel bij NAH			
Acute fase Spoedeisend of Ziekenhuis (1 à 2 weken)	Revalidatie fase Revalidatiecentrum, thuis of verpleeghuis (1 à 2 kwartalen)	Chronische fase thuis of woonvoorziening	
		Re-integratie fase (tenminste 2 tot 3 jaar)	Stabilisatie fase (levenslang) ¹⁵

Na het oplopen van NAH is er sprake van drie fasen. Dit zijn de acute fase waarin medische zorg plaatsvindt, een revalidatiefase gericht op praktisch herstel en tot slot de chronische fase. Vooral de eerste twee tot drie jaren na een verblijf in een ziekenhuis of revalidatiecentrum, als de persoon maximaal hersteld lijkt, kan nog veel veranderen in zijn situatie. Nieuwe klachten of beperkingen komen aan het licht nu men het leven weer probeert op te pakken. De chronische fase is daardoor bekend als een fase met een grillig verloop. Het is een levenslange fase waarin de persoon die maximaal hersteld is, leert vorm geven aan zijn leven na het ontstaan van hersenletsel.

Wij richten ons met het product op de mensen in de revalidatie fase en de chronische fase. Dit doen wij omdat de persoon zolang hij of zij in de acute fase zit nog aan lichamelijk en medische groei werkt en er daardoor vaak geen ruimte is voor het emotioneel herstel. Hier zullen we in de komende paragrafen dieper op in gaan.

3.1.4 DE ONZICHTBARE GEVOLGEN VAN NAH

Naast zichtbare gevolgen is er vaak ook sprake van onzichtbare gevolgen. Deze gevolgen zijn vaak later pas zichtbaar en/ of merkbaar. Deze onzichtbare gevolgen kunnen per persoon sterk verschillen en worden voor een groot deel bepaald door de grootte, maar ook de plek van het hersenletsel. De hersenen bestaan uit twee helften. Globaal gezien bevindt zich in de linkerhelft het taalcentrum. De rechter hersenhelft is meer betrokken bij emoties, concentratie, aandacht en ruimtelijke oriëntatie. Hieronder volgt een lijst met cognitieve beperkingen die op kunnen treden na een hersenletsel.

- Het geheugen: Niet goed kunnen onthouden op korte of lange termijn, moeite met het ophalen van informatie. Afspraken vergeten, dingen kwijt zijn, steeds hetzelfde zeggen. Niet meer leerbaar zijn.
- Amnesie: Stukken voor of na de gebeurtenis waar hersenletsel ontstond, zijn weg.
- Oriëntatie: Niet goed weten waar je bent, welke tijd het is, hoe je van A naar B moet komen. Hierdoor kan dwaalgedrag ontstaan.
- Concentratie/aandacht: Bijvoorbeeld: iemand kan op zich wel koken, maar er moeten niet te veel prikkels bij elkaar komen, zoals muziekgeluiden, telefoon, een vuil aanrecht enz. Dan kan het ineens mis gaan en lukt het koken niet meer. Twee dingen tegelijk doen is vaak moeilijk omdat er bij nagedacht moet worden en dingen niet meer automatisch gaan; De combinatie van lopen en praten, kan bijvoorbeeld al moeilijk zijn.
- Agnosie: Het niet meer herkennen van voorwerpen. Een handschoen zie je bijvoorbeeld als een ding met 5 uitstulpingen waar je iets in kan stoppen, maar kan je het voorwerp niet meer benoemen als handschoen.
- Apraxie: Onvermogen tot doelgericht handelen, zonder dat dit door een motorische beperking komt.
- Afasie: Moeite met het uiten en begrijpen van taal.
- Vertraagde informatieverwerking: Wat men ziet en hoort wordt langzamer opgeslagen en verwerkt.
- Geen ziekte-inzicht: Als er sprake is van een letsel in de rechter hersenhelft en er is geen ziekte-inzicht, dan is het beter de getroffene er niet mee te confronteren omdat deze geen inzicht zal krijgen. Net na het oplopen van het letsel is er vaak in het geheel geen ziekte-inzicht. Dit is normaal. Men kan niet in één keer bevatten wat er gebeurd is.
- Verlies van reuk en smaak waardoor het eten vaak als minder leuk wordt ervaren.
- Sensibiliteitsstoornissen: Geen gevoel meer hebben in arm of been.
- Executief/uitvoerende functies:
 - Het plannen is moeilijk, geen overzicht in wat eerst moet. Bijvoorbeeld bij het koffie zetten, eerst het koffiefilter erin doen en dan pas de koffie.

¹⁵ www.siza.nl

- Het nemen van initiatief (Mensen met een niet aangeboren hersenletsel nemen soms minder initiatieven door hun letsel).
- Impulsief en onttremd gedrag komt zeer regelmatig voor (bijvoorbeeld onttremd in het eten, minder fatsoen hanteren, niet gepaste grapjes maken, seksueel onttremd zijn).
- Weinig flexibel in denken en doen.
- Problemen met generaliseren.

Ook kan er sprake zijn van persoonlijkheidsveranderingen, verandering in het gedrag en emoties. Het karakter van vroeger wordt versterkt óf de persoon krijgt juist een heel ander karakter. Hieronder volgen een aantal mogelijke veranderingen op dat gebied:

- De persoon is snel emotioneel, er kan sprake zijn van dwang huilen, men kan snel boos of geprikkeld zijn.
- Er kan sprake zijn van sterke wisselende stemmingen of juist een heel vlakke emotie, weinig interesse tonend naar omgeving.
- Gemis aan sociale vaardigheden, niet in kunnen leven, egocentrisch, dwangmatig of juist impulsief zijn.
- Er kan sprake zijn van decorumverlies, zich kinderlijk uiten.
- Vaak is men ook snel vermoeid.

Het is belangrijk om met deze onzichtbare gevolgen rekening te houden en hier als therapeut op in te spelen om een aantal redenen:

- Je kunt de getroffenene beter leren begrijpen als iets niet lukt; dit kan het risico van overvraging voorkomen.
- Je weet wat er aan de hand is; dat geeft mogelijkheden om er mee om te leren gaan.
- Te weten wat er gebeurd is en waar gedrag uit voortkomt; dit om te voorkomen dat de directe omgeving het op zichzelf gaat betrekken en zich onterecht schuldig gaat voelen.¹⁶

Volgens de hersenstichting krijgt één op de vier mensen ooit in zijn leven te maken met een vorm van hersenletsel. *'Jaarlijks worden ongeveer 16.000 mensen met de diagnose 'traumatisch hersenletsel' uit het ziekenhuis ontslagen. Het werkelijke aantal mensen dat traumatisch hersenletsel oploopt, ligt echter naar schatting veel hoger, zo rond de 85.000. Mensen die niet in het ziekenhuis worden opgenomen, worden namelijk niet geregistreerd. Het merendeel gaat dus alleen naar de huisarts of de Spoedeisende hulp, of zoekt zelfs helemaal geen hulp. Bij 80-85% van deze mensen gaat het om licht traumatisch hersenletsel, een hersenschudding. Dit overkomt jaarlijks meer dan 7.000 jonge kinderen. Met name bij kinderen is het vaak moeilijk de symptomen van een hersenschudding te herkennen.'*¹⁷

3.2 COMMUNICATIE BIJ HERSENLETSEL

Het boek 'Communicatie bij hersenletsel'¹⁸ heeft drie centrale thema's, namelijk communicatie, herstel, en herstelondersteuning bij mensen met NAH. De nadruk hierbij ligt in dit boek op de communicatie met de persoon, de professional en de mantelzorger die zorg draagt voor de persoon met NAH bij het doorlopen van het een langdurig rouw en herstelproces.

In dit boek komen ook de unieke persoonlijke processen naar voren waar sprake van is bij herstel na NAH, de vijf factoren die het meest van belang zijn in relatie tot herstel bij NAH. Hieronder voegen we ze puntsgewijs bij:

- Een doel in het leven hebben
- Zelfvertrouwen hebben
- Jezelf waarderen om wie je bent
- Rust en veiligheid ervaren in je woning
- Het hebben van vrienden

Bijkomende zaken die in het boek genoemd worden die eveneens van belang zijn:

¹⁶ Visser- van Dijk, 2008

¹⁷ www.loketnah.nl

¹⁸ Witteveen, 2010

- Weten waar je geen invloed op hebt
- Wet en regelgeving kennen
- Weten wat je niet meer kunt
- Boosheid zien als bron van kracht
- Het accepteren van de ziekte¹⁹

Zoals je uit deze rijtjes op kan maken begint het herstel bij de basis, zoals het hebben van een doel in je leven en zelfvertrouwen hebben. Er is dus veel werk te verzetten om na het oplopen van NAH te herstellen. Dat is al een hele kluit als je geen NAH hebt opgelopen en je alle functies inzetten kan. Bij mensen met NAH is dat complexer door het verlies van functies. Dan is er vaak sprake van dat mensen dit proces niet zelfstandig kunnen doorleven. Hieronder voegen wij een citaat bij uit dit boek dat daar op ingaat: *'De gevolgen van hersenletsel brengen specifieke kwetsbaarheden met zich mee, die ertoe leiden dat het eigen herstelproces ter hand nemen en de controle op het eigen leven en herstelproces vinden en behouden van buitengewoon lastig is. Veel mensen met hersenletsel hebben daarbij anderen naast zich nodig, in de privésfeer maar meestal ook in de vorm van professionele ondersteuning.'* (p 37) Dit geeft de afhankelijkheidspositie weer waar veel mensen met NAH in verkeren. Door de levensbreuk zijn ze niet langer de persoon die ze voorheen waren en/of kunnen ze niet meer doen wat ze voorheen wel konden. Daarom vinden wij de punten die hierboven puntsgewijs genoemd zijn zeer relevant. Beginnen bij de basis en van daaruit weer verder groeien met de (professionele) hulp die de persoon nodig heeft.

3.3 LEVEN MET GEMIS

Het boek 'Leven met gemis'²⁰ is een bundeling van verschillende artikelen met betrekking tot rouw. Het geeft weer dat het werken aan de hand van de rouwtaken niet een statisch geheel is. Ieder mens beleeft rouw anders en doorloopt de verschillende fasen anders. Een citaat dat in gaat op het rouwproces dat een mens doorloopt: *'Rouw is een uniek en pluriform proces, dat niet lineair verloopt, eerder grillig. Er is geen enkele wetenschappelijke grond gevonden voor een fasegewijze rouwverwerking. Er is geen universeel patroon en geen normatief verloop van rouw waarop men kan bouwen. Het beeld van rouw als een vingerafdruk geeft dit unieke proces weer.'*²¹ *Geen twee mensen ervaren dezelfde rouw, ook niet in antwoord op hetzelfde verlies. Terzelfder tijd herkennen we ook een vingerafdruk als iets fundamenteel menselijk; het is herkenbaar, er zit een patroon in en een samenhang. Een rouwmodel kan iets van die samenhang laten zien, beschrijvend, maar nooit voorschrijvend.'* (p 19)

Dit is belangrijk voor ons om mee te nemen in ons product. Dit doen we al door niet een vaste module te schrijven met betrekking tot rouw na het oplopen van NAH, maar een bundeling van werkvormen. De vaktherapeut beeldend zal vervolgens de inschatting maken met welke rouwtaak de persoon bezig is en welke werkvorm daarop aansluit. Op deze manier sluiten we aan op het feit dat ieder proces van rouw anders verloopt en ieder persoon gedurende de verschillende rouwtaken verschillende behoeften heeft.

4. LITERATUURVERKENNING ROUW EN NAH

In dit hoofdstuk zullen we een omschrijving geven van de literatuurverkenning die we hebben gedaan met betrekking tot rouw en NAH.

4.1 LOCOMOTIEF

Tijdens het zoeken naar informatie naar rouw en NAH, kwamen wij het volgende artikel tegen. 'Psychologische patiëntenzorg na een hersenletsel: de locomotief voor en de locomotief achter'.²² Christophe Lafosse is doctor in de psychologie. Hij is als klinisch neuropsycholoog en diensthoofd psychologie en logopedie verbonden aan het Revalidatieziekenhuis Hof ter Schelde te Antwerpen. Hij doceert klinische neuropsychologie aan de Katholieke Universiteit Leuven en gedragsneurowetenschappen aan de Lessius Hogeschool te Antwerpen. Hij is medeoprichter en -coördinator van de Interuniversitaire Postacademische Vorming Klinische Neuropsychologie en voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Neuropsychologie. Hierin beschrijft hij duidelijk en helder

¹⁹ Boevink, 2006, 2008

²⁰ Maes, 2009

²¹ Keirse, 1998

²² Lafosse, 2009

waarom het voor mensen met NAH moeilijk is om tot de rouwtaken te komen. Vervolgens concludeert hij dat binnen de psychologische begeleiding een aantal knelpunten zitten en doet hij aanbevelingen op dit gebied.

In zijn artikel zegt hij: *‘Mensen die geconfronteerd worden met NAH, maken een ernstig ingrijpen op hun gezondheid en hun normale functioneren mee’*²³. *Dit ingrijpen, is wel echt van ingrijpende aard, zowel lichamelijk als psychisch, en treft uiteindelijk het hele zijn van een persoon.*²⁴ *Bovendien betreft NAH doorgaans een acuut gebeuren, dat van het ene op het andere moment, onverwacht en dus onvoorbereid, het leven van de persoon en zijn nabije omgeving in kwestie drastisch kan veranderen, met grote vragen voor de toekomst. Vele vragen dringen zich op, zoals ‘Wat nu? Hoe moet het nu verder met mij/ons?’ en niet zelden dreigt er een blijvende afhankelijkheid van anderen, ook na een intensieve revalidatie. Mogelijk dreigt ook de noodzaak om het zelfstandige leven in de eigen woning op te geven, om naar een andere locatie te verhuizen. Het is niet eenvoudig om in algemene termen te spreken over emotionele reacties bij het ervaren van de beperkingen. Zowel de patiënt als de familie ervaart hevige emotionele reacties gaande van ontkenning, ontreddering en desorganisatie, boosheid, woede, jaloezie, wrok, gekwetstheid, frustratie, schuldgevoelens, gevoelens van verlies en verlatenheid, tot een depressie’*²⁵. *Deze emoties vormen echter geen min of meer afgerond geheel dat na verloop van tijd afgewerkt is.*²⁶ *Vooruitgang of het uitblijven ervan brengt telkens weer een eigen reactiepatroon met zich mee. Er is sprake van een cyclisch reactiepatroon gedurende de verschillende herstelfasen. In iedere nieuwe fase doen zich opnieuw elementen in het verwerkingsproces voor. Welke elementen dat zijn, is afhankelijk van de concrete problematiek, de vooruitgang en de prognose van de patiënt.’* Vervolgens beschrijft hij de drie fasen waar de patiënt en zijn naaste(n) doorheen gaan. Hij concludeert dat juist in de derde fase de impact van het verlies naar voren komt, omdat men zoveel mogelijk het normale levensritme probeert te hervatten. Naasten van een NAH-patiënt ervaren een hoge zorglast. Volgens Lafosse heeft dit te maken met onvoldoende kennis rondom de veranderingen van een patiënt met NAH. Denk aan kwijtraken van een volwaardige partner, regelgeving, verminderde sociale contacten, etc. Er kan nog wel een beroep gedaan worden op professionele hulp, maar dit is minimaal. *‘Depressie en overspannenheid komen hierdoor relatief vaak voor, zowel bij de betrokkene als bij zijn/haar partner of naaste familie. Ook bij de ‘ogenschijnlijk’ herstelde patiënten treden deze factoren vaak op langere termijn pas naar voren. Het venijn zit hem in de staart.’*

Lafosse zegt tevens in dit artikel dat mensen met NAH een verlies hebben op alle levensterreinen en deze sterke verlieservaringen roepen rouwreacties op. *‘Rouwen om een verlies betekent in feite energie investeren in afscheid nemen van wat men kwijt is en in het leren leven met de verliezen, in dit geval de beperkingen. Er wordt binnen het verrichten van rouwarbeid over vier taken gesproken: het aanvaarden van de werkelijkheid van het verlies; het ervaren en doorleven van de pijn van het verlies en het verdriet; zich aanpassen aan de omgeving met zijn beperkingen; het NAH een plaats geven in het leven. Maar de realiteit leert ons dat de patiënt en zijn omgeving er zelden zelf in slagen om tot een nieuw inzicht te komen van wat werkelijk van belang is in het leven, om goed te kunnen leven mét erkenning van zijn beperkingen. De patiënt is inhoudsdeskundige van zijn leven. Psychologen die deze mensen verder willen helpen, moeten in de eerste plaats de problemen van deze patiëntengroep zeer duidelijk onderkennen en begrijpen, zoals de gevoelens van machteloosheid en hulpeloosheid, boosheid en verdriet, onbegrip, twijfel en onzekerheid, wantrouwen, neerslachtigheid, isolement en eenzaamheid, stress, rusteloosheid, angst en frustratie, ontkenning, droefheid, schaamte, afhankelijkheid, relatieomkering en bedreiging van het zelfbeeld en eigenwaarde.’*

Wat het ook moeilijk maakt om deze doelgroep te helpen is dat de cognitieve reserves ernstig beperkt zijn. Lafosse zegt hierover dat dit gedrag en neurologische symptomen vaak verkeerd geïnterpreteerd worden als psychologische gevolgen. Hij suggereert dat er een grondige kennis over de gevolgen van hersenletsel op het cognitieve, affectieve en gedragsmatige functioneren een vereiste is als je met deze doelgroep werkt. Daarnaast zijn zelf beschouwende vragen en introspectieve vaardigheden vaak beperkt bij NAH patiënten door een sterke mate van zelfoverschatting door verminderd ziekte-inzicht. Probleem binnen de behandeling is tevens het idee dat ‘alles weer goed komt’, zowel bij de patiënt als bij de naaste(n).

²³ Claes, 2002

²⁴ World Health Organization, 1999

²⁵ Kavanaugh, 1974

²⁶ Jacobs, 1989

4.2 HEB IK EEN PROBLEEM DAN?

In het boek 'Heb ik een probleem dan?'²⁷ wordt de koppeling gemaakt tussen de rouwtaken van Worden en het leven met NAH. Dit is belangrijk voor ons onderzoek omdat wij deze koppeling zelf ook al gezien/bedacht. Wat in het boek wordt omschreven is het grote verschil tussen het rouwproces na de dood en het rouwproces dat wordt doorlopen bij het leren omgaan met NAH. Hierna voegen wij een citaat bij waar dit verschil duidelijk omschreven wordt: *'Het grote verschil tussen een 'gewoon' rouwproces en het omgaan met hersenletsel zit in de eerste rouwtaak. Bij een overlijden wordt die rouwtaak, de realiteit aanvaarden, doorgaans snel verlopen. Het duurt even voordat de harde waarheid tot je doordringt, maar je weet dat iemand overleden is. Dat is het startpunt voor de overige taken. Het verdriet moet worden doorleefd en het dagelijkse leven zal nooit meer hetzelfde zijn; dat vergt aanpassing. Mensen met hersenletsel denken vaak nog de oude te zijn of op zijn minst snel te kunnen herstellen. Dat betekent dat er eerst geïnvesteerd moet worden in het vergroten van het besef. Dat lukt echt niet met praten alleen. Passende activiteiten zijn misschien nog belangrijker; aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt zonder te oordelen, dat is eigenlijk wat van de therapeut gevraagd wordt.'* (p 5)

Dat er dus een duidelijk verschil is in de eerste rouwtaak is belangrijk voor ons project. Hier zullen wij in ons project aandacht aan moeten besteden. De verklaring is helder en gezien de kennis die we inmiddels hebben opgedaan met betrekking tot NAH zeer begrijpelijk en toepasbaar in ons product.

4.3 SAMENVATTING

- Het oplopen van NAH is een acuut gebeuren, onverwacht en daardoor onvoorbereid. Het treft het hele zijn van een persoon, zowel lichamelijk als psychisch. Dit roept vragen op voor de toekomst, zowel voor de patiënt als voor zijn naaste(n). Er is een breuk in de levenslijn.
- Een patiënt en familie ervaren hevige emotionele reacties zoals ontkenning, ontredde en desorganisatie. Er is sprake van een cyclisch reactiepatroon gedurende de verschillende herstelfasen. Juist in de chronische fase komt de impact van het verlies groot naar voren, dit is de fase van terugkeer naar het 'oude' leven. De ervaring is dat patiënten en hun omgeving er zelden in slagen om tot volledige rouw te komen met alle gevolgen van dien. Het proces blijft steken bij de eerste taak: het aanvaarden van de werkelijkheid van het verlies.
- Dit heeft te maken met de gevolgen van hersenletsel op cognitieve, affectieve en gedragsmatig functioneren. Er is vaak sprake van een verminderd ziekte-inzicht en het idee dat 'alles weer goed komt'. Voor therapeuten is het van belang dat zij grondige kennis hebben van de problematiek rondom NAH. Bij het ondersteunen van deze doelgroep is tevens belangrijk om ook ondersteuning te bieden voor de naaste(n). Zij hebben te maken met een hoge zorglast en om dit vol te kunnen houden is het van belang dat hier ondersteuning voor is.
- Het verdriet moet worden doorleefd en het dagelijkse leven zal nooit meer hetzelfde zijn; dat vergt aanpassing. Mensen met hersenletsel denken vaak nog de oude te zijn of op zijn minst snel te kunnen herstellen. Dat betekent dat er eerst geïnvesteerd moet worden in het vergroten van het besef. Dat lukt echt niet met praten alleen. Passende activiteiten zijn misschien nog belangrijker; aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt zonder te oordelen, dat is wat er van de therapeut gevraagd wordt.

5. LITERATUURVERKENNING KINDEREN

In dit hoofdstuk zullen we een omschrijving geven van de literatuurverkenning die we hebben gedaan met betrekking tot kinderen met NAH en rouw.

5.1 DE RICHTLIJN

In januari 2012 is door Vilans, kenniscentrum voor langdurende zorg, 'De Richtlijn'²⁸ ontwikkeld. Dit document is een algemene richtlijn voor de behandeling en begeleiding van een gezin met een kind met NAH. 'De Richtlijn' is zowel bedoeld voor zorg aanbiedende organisaties als voor professionals die de directe behandeling en begeleiding in het gezin bieden. Doel van 'De Richtlijn' is om professionele en NAH-specifieke gezinsbegeleiding tot stand te brengen, die recht doet aan de ondersteuningsbehoefte van gezinnen met een

²⁷ Prinsen, 2008

²⁸ Hermans, 2012

thuiswonend kind met NAH. Hierin wordt geschreven dat de zorg voor kinderen en jongeren met NAH in Nederland nog letterlijk in de kinderschoenen staat.

5.2 FASEN VAN HERSTEL

‘Kinderen en jongeren met NAH doorlopen na het ontstaan van hersenletsel drie fasen. De eerste fase is de acute fase, waarin medische diagnostiek en behandeling plaatsvindt bij de spoedeisende zorg of tijdens een ziekenhuisopname. Het hoofddoel van deze fase is het voorkomen van ernstige schade aan de hersenen en andere complicaties. De acute fase wordt gevolgd door de revalidatie of subacute fase, ofwel de fase waarin het herstel van lichamelijke en cognitieve functies centraal staat. Deze fase is gericht op het voorkomen en verminderen van stoornissen en beperkingen in activiteiten en participatie. Na de revalidatie of subacute fase volgt de chronische fase, ofwel de (levenslange) fase waarin het kind of de jongere die maximaal „hersteld“ of optimaal gerevalideerd is, leert vorm geven aan zijn leven na het ontstaan van het hersenletsel. De duur van de fasen en de transitie momenten naar de volgende fase zijn afhankelijk van onder meer de aard en de ernst van het hersenletsel. Het herstel van functies wordt tevens beïnvloed door kenmerken van het kind, zoals leeftijd en ontwikkelingsfase op het moment van het ontstaan van het letsel, ontwikkelingsgeschiedenis, persoonlijkheid en al ontwikkelde kennis en vaardigheden. Het grootste spontane fysieke herstel van het brein vindt doorgaans plaats in het eerste jaar na het ontstaan van het letsel. Kinderen met ernstig hersenletsel maken aanvankelijk veelal een flink herstel door dankzij plasticiteit van het brein en deskundige revalidatie, maar na terugkeer naar huis en school komen in de loop van de tijd cognitieve, gedragsmatige en sociaal-emotionele problemen aan het licht. Bij kinderen met licht of aanvankelijk niet onderkend hersenletsel hoeven de problemen allerm minst licht te zijn. Door de ontwikkeling van het kinderbrein kan het jaren duren voordat de problemen aan het licht komen en in de meeste gevallen wordt op dat moment geen verband meer gelegd met het hersenletsel. Soms wordt NAH pas zichtbaar zodra het kind een nieuwe ontwikkelingsfase bereikt, doordat de betreffende aangedane functie pas in een latere fase tot ontwikkeling komt. Regelmatig ontstaan er nieuwe ondersteuningsvragen omdat elke nieuwe leeftijdsfase andere eisen stelt aan het kind, en daarmee ook aan het gezin. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan vragen rondom schoolkeuze, beroepskeuze, regelmatig terugkerende wens tot meer zelfstandigheid van het kind, of problemen in de omgang met het kind in de puberteit. Bovendien zijn de gevolgen van NAH niet stabiel omdat de hersenen zich neurologisch blijven ontwikkelen tot de leeftijd van 25 jaar. Hierdoor ontstaat er een levenslange verwerkingsproblematiek. In elke nieuwe levensfase doet opnieuw het besef voor van „hoe het had kunnen zijn, maar niet is. Dit is een levenslang rouwproces.’²⁹

Fiddelaers-Jaspers zegt in haar boek ‘Jong verlies, rouwende kinderen serieus nemen’. ‘Een volwassene heeft zijn psychische ontwikkeling grotendeels doorlopen en kan zich permitteren een soort ‘pauze’ te nemen om te rouwen. Een kind zit echter midden in een psychische en emotionele ontwikkeling en kan daarmee niet stoppen of een pauze inlassen om te rouwen.’ (p 42)

5.3 WIE BEGRIJPT MIJN NAH KIND?

‘Wie begrijpt mijn NAH-kind?’³⁰ Op zoek naar psychologische hulp na een hersenletsel geschreven door Sabine Cocquyt. In dit artikel komen ouders aan het woord die een kind hebben met NAH. Hierin wordt beschreven wat de impact is van NAH en in wat voor een ‘gat’ zij vallen na de revalidatie fase. ‘Geen enkele patiënt, geen enkel gezin is niet blij met het ontslag uit het revalidatiecentrum. Toch zal al vlug blijken dat ‘het’ nu pas begint. Toch zullen ze al vlug beseffen dat het revalidatiecentrum een veilige wereld was, een haven van deskundigheid, van kennis wat de problematiek van NAH betreft. Ze verbleven er in een heel beschermende omgeving, wat de overgang naar het gewone leven er niet eenvoudiger op maakt. Eens thuis, eens terug in de gewone wereld ervaart men nog meer het verschil tussen vroeger en nu. Dat is confronterend voor de patiënt, maar zeker zozeer voor de ouders en de broers en zussen.’

Vervolgens worden er een aantal praktijkvoorbeelden beschreven en komt de schrijfster tot de volgende conclusie: ‘Uit het contact met meerdere NAH-patiënten is gebleken dat zij (en hun omgeving) gezien de moeilijke re-integratie en resocialisatie vaak en regelmatig nood hebben aan psychologische begeleiding. Hierbij is inzicht in de neuropsychologie absoluut noodzakelijk. Verder vraagt een begeleiding heel wat inlevingsvermogen en pragmatisme gekoppeld aan een soepel hanteren van diverse vaardigheden uit de psychotherapie. De nood aan begrip en (h)erkenning echter is op dat moment des te groter.’

²⁹ Hermans, Zadoks, Gijzen, 2012

³⁰ Cocquyt, 2009

5.4 SAMENVATTING

Herstel is vaak groot bij kinderen met NAH door de plasticiteit van het brein en deskundige revalidatie. Maar terug naar school/thuis komen cognitieve, gedragsmatige en sociaal-emotionele problemen naar voren. Dit kan jaren duren omdat het brein zich nog ontwikkelt. Elke nieuwe ontwikkelingsfase vraagt andere eisen van het kind en het gezin. Hierdoor zijn de gevolgen van NAH niet stabiel en ontstaat er een levenslange verwerkingsproblematiek. Bij elke nieuwe levensfase beseft men hoe het had kunnen zijn maar niet meer is. Uit ervaringsverhalen van ouders wordt tevens duidelijk dat er nog weinig psychologische hulp is. Ook in de Richtlijnen komt letterlijk naar voren dat de zorg van kinderen en jongeren met NAH nog in de kinderschoenen staat.

6. LITERATUURVERKENNING VOLWASSENEN

In dit hoofdstuk zullen we een omschrijving geven van de literatuurverkenning die we hebben gedaan met betrekking tot volwassenen met NAH en rouw.

6.1 GREEP OP HET LEVEN

Volgens Viorst krijgt iedereen vroeg of laat te maken met slachtofferschap. Tot die tijd denken de meeste mensen dat ze onkwetsbaar zijn, dat de wereld begrijpelijk in elkaar zit en we de moeite waard zijn. Het oplopen van een beperking zoals NAH heeft, zoals we in de eerdere paragrafen al hebben omschreven, grote gevolgen. Naast de praktische en emotionele gevolgen heeft het oplopen van NAH als gevolg dat het de volwassene in één klap tot slachtoffer maakt. Dit slachtofferschap heeft grote gevolgen zoals te lezen is in het volgende citaat: *'Slachtofferschap verplettert ons veilige gevoel van dat kan mij niet overkomen. Het verdrijft orde en betekenis uit onze wereld. En het tast ons positieve gevoel over ons ego aan door een ondermijnend beeld van machteloosheid, zwakheid, onwaardigheid of zelfs abnormaliteit.'*³¹ Volgens Viorst hebben we geen invloed op het slachtoffer 'worden', maar wel over het besluit om slachtoffer te 'blijven'. Een mooi gegeven dat volgens ons goed toe te passen is bij de behandeling van onze doelgroep.

Hieronder voegen wij een lijst bij van verschillende manieren van omgaan met slachtofferschap;

- *'Lijden zien als een groter en heilzaam doel dienen*
- *Een fase van vloeken, schreeuwen, schelden en 'je oude leven weer terug willen'*
- *De invloed van slachtofferschap minimaliseren en er betekenis aan geven. Met als uiterste de status van slachtofferschap heftig verwerpen.*
- *Jezelf de schuld geven als vorm van troost of verlichting. Jezelf de schuld geven kan ook het slachtofferschap vergroten.*
- *Directe actie, een proactieve rol kan het gevoel van greep hebben vergroten*
- *Een gerichtheid op de ander die je niet als slachtoffer moet zien*
- *Geloof in veerkracht en taaheid van mensen kan een onderliggende drijfveer zijn om het beste te maken van een slechte situatie.'* (p 197-207)

De lijst is zeer divers en laat verschillende uitingvormen zien van het omgaan met het slachtofferschap. Veel van de genoemde uitingvormen staan ook genoemd in bij de rouwtaken van Worden en in het rouwfasen model van Kübler-Ross, waardoor er een duidelijke link is tussen het leren omgaan met lichamelijk verlies/NAH en rouw zoals we al dachten. Hierdoor worden we in onze aannames bevestigd doordat de impact van de breuk in de levenslijn beschreven wordt. Het proces dat iemand doorloopt en de eigen keuzes die de volwassene daarbij maakt worden weergegeven. Er is daardoor oog voor de diversiteit van het omgaan met dergelijk leed.

6.2 VERLIESKUNDE

In dit boek wordt er ingegaan op de verschillende emotionele reacties die geuit worden om de pijn van het verlies te ontladen. Veelvoorkomende uitingen zoals: huilen, trillen van angst en schreeuwen van boosheid worden vaak gezien als ontladingsvormen van de emotionele en fysieke pijn die het verlies veroorzaakt.³²

³¹ Viorst 1998

³² Rando 1984, Freud 1925, Hughes 1980, Parkes 1975

Hierna volgt een citaat dat ingaat op de verschillende uitingsvormen en gevolgen van deze emoties op het leven van de volwassenen: *'Angst hoort bij dreigende situaties, de dreiging dat het weer gebeurt, de dreiging van nog meer verlies en geweld. Boosheid hoort bij het onrecht dat iemand ervaart. Om te kunnen herstellen komt er een gevoelsontlading op gang (huilen, trillen, razen, blozen, enzovoort). Als gevolg van vele doorstane pijnlijke ervaringen kunnen de natuurlijke vermogens om van het leven te genieten en lief te hebben bij volwassenen geblokkeerd raken'*³³. Hierdoor ontstaan er gedrags- en gevoelspatronen die als een muur werken om de wereld buiten te sluiten. Om het natuurlijke ontladingsproces te herstellen is vrije aandacht van een ander nodig: iemand die luistert, open vragen stelt, ruimte geeft voor gevoelsontlading en ondersteunt. Degene die praat en zijn gevoelens ontlaadt, komt zo tot een herwaardering van het geleden verlies. Er ontstaat zelfvertrouwen en vertrouwen in anderen en hoop voor de toekomst.'³⁴ (p 72) De vrije aandacht waar de volwassenen behoefte aan heeft geeft belangrijke informatie voor de attitude van de therapeut die volwassenen met dergelijke klachten in behandeling krijgt. Belangrijke informatie dus om mee te nemen in de ontwikkeling van ons product.

Ook wordt een belangrijk onderdeel aangestipt in dit boek met betrekking tot volwassenen die gehandicapt door het leven gaan. *'Krupnick en Horowitz toonden aan dat gehandicapten door boosheid als moreel slecht te beschouwen hun eigen toegenomen vijandigheid afkeurden. Zij dachten dat zij de controle zouden verliezen over hun boosheid, en vanuit die gedachte ontwikkelden zij allerlei schuldgevoelen.'*³⁵ Volgens de Mönninck kan schuldgevoel worden uitgelegd als een poging lering te trekken uit een rampzalige gebeurtenis en een bepaald gevoel van macht en controle te herwinnen.' (p 73) Een interessant gegeven om mee te nemen in de ontwikkeling van ons product. Ook in het stuk van Viorst dat we al eerder hebben beschreven werd over dit gegeven gesproken. De koppeling van het gevoel van onmacht dat het slachtofferschap teweeg brengt, is interessant en zeer relevant. Het is goed om dit mee te nemen als we de koppeling gaan maken van de doelgroep met de rouwtaken.

De complexiteit van de emotie schaamte komt ook naar voren. De schaamte die gevoeld wordt met betrekking tot het hersenletsel dat is opgelopen. Het zelfbeeld moet worden aangepast omdat de persoon vaak niet meer hetzelfde kan als dat hij voorheen kon. Het aanpassen van dit zelfbeeld is niet eenvoudig en kan schaamte teweeg brengen. Hierna voegen wij een citaat bij dat ingaat op deze schaamte: *'Schaamte is sterk verbonden met schuldgevoelens. Schaamte ontstaat wanneer mensen worden gezien in een situatie die niet overeenstemt met hun zelfbeeld'*³⁶ Gevoelens van schaamte en verlegenheid worden vaak gezien bij patiënten die afhankelijk zijn of bij mensen wie elk gevoel van controle of waardigheid wordt ontnomen. Schaamte kan bedekt zijn door andere gevoelens, zoals boosheid of overmatige trouw. Ook kan schaamte worden overgecompenseerd door reacties zoals ontkenning of agressie. Het is belangrijk hierop te letten, vooral bij zorg voor patiënten die verminkt zijn of die aandacht behoeven voor intieme lichaamsdelen.' (p 74)

6.3 ZINGEVINGSTHERAPIE

Het belang van afscheid nemen door middel van rituelen en symbolen wordt benoemd in dit boek. Hierbij wordt de koppeling gemaakt met vaktherapie beeldend. Zoals te lezen is in het onderstaande citaat: *'Bij doorwerken kunnen naast gespreks- ook expressieve technieken gebruikt worden. Vervolgens kan men afscheid nemen.....Loslaten van wat ooit was. Hierbij kunnen symbolen en rituelen ingezet worden. Vervolgens is de tijd aangebroken om terug te keren naar de dagelijkse werkelijkheid of om een nieuwe levensfase vorm te geven.....Cliënten moeten weer in actie komen. Dat kan zowel in denken, voelen als doen zijn. Meestal allemaal en in een bepaalde 'voor iedereen verschillende' volgorde. De therapeut kan daarbij helpen. Aangezien mensen gewoontedieren zijn en dus eigenlijk niet van veranderingen houden, zijn deze veranderprocessen niet altijd even makkelijk. Maar wel onvermijdelijk, want het leven verandert nu eenmaal continu, daar valt niet aan te ontkomen. Deze realisatie kan bij cliënten als een bittere pil voelen. Binnen therapie kan de smaak bitterzoet worden, pijnlijk maar ook mooi.'*³⁷ (p 25)

Wat voor ons goed is om te onthouden, is het feit dat processen tot verandering niet gemakkelijk zijn. Het feit dat iemand NAH heeft opgelopen maakt een verandering van leefwijze, invulling van de dag etc. onvermijdelijk. Er is namelijk sprake van een levensbreuk zoals we al eerder behandeld hebben. Symbolen en rituelen kunnen

³³ Jackins 1965

³⁴ De Mönninck, 2008

³⁵ Krupnick en Horowitz 1981

³⁶ Rando 1984

³⁷ Nijmanting, 2010

hier binnen de beeldende therapie bij helpen. Verderop in dit vooronderzoek zullen we meer aandacht besteden aan symbolen en rituelen.

6.4 SAMENVATTING

Vanuit de behandelde literatuur in de vorige paragrafen zullen we samenvattend de belangrijkste punten op een rijtje zetten.

- Mensen met een handicap beschouwen boosheid vaak als moreel slecht. Hierdoor keuren ze hun eigen (vaak toegenomen) vijandigheid af. Ook hebben ze vaak de overtuiging dat ze de controle zouden verliezen over hun boosheid, waardoor zij vanuit die gedachte allerlei schuldgevoelens ontwikkelen. Dat schuldgevoel kan worden uitgelegd als een poging om te leren van een rampzalige gebeurtenis en een bepaald gevoel van macht en controle te herwinnen.
- De impact die het slachtofferschap heeft, hebben we beschreven en de verschillende uitingsvormen die daarbij kunnen horen. Ook de keuze die de volwassene heeft om zich als slachtoffer te blijven gedragen/profileren. Een belangrijk gegeven om mee te nemen in ons project.
- De complexiteit van de schaamte die gevoeld wordt met betrekking tot het NAH dat is opgelopen. Het zelfbeeld moet worden aangepast omdat de persoon vaak niet meer hetzelfde kan als dat hij of zij voorheen kon. Schaamte ontstaat wanneer mensen worden gezien in een situatie die niet overeenstemt met hun zelfbeeld.
- Om te herstellen is vrije aandacht van een ander nodig: iemand die luistert, open vragen stelt, ruimte geeft voor gevoelsontlading en ondersteunt. Degene die praat en zijn gevoelens ontlaadt, komt zo tot een herwaardering van het geleden verlies. Op die manier ontstaat zelfvertrouwen en vertrouwen in anderen en hoop voor de toekomst. Dit zijn gegevens die belangrijk zijn met betrekking tot de attitude van de therapeut die de behandeling aan zal gaan bieden.
- Het is belangrijk om los te laten van wat er ooit was. Hierbij kunnen symbolen en rituelen ingezet worden. Vervolgens is de tijd aangebroken om terug te keren naar de dagelijkse werkelijkheid of om een nieuwe levensfase vorm te geven

We kunnen concluderen dat de impact van het oplopen van NAH bij volwassenen groot is en dat behandeling van de volwassene die stagneert, gewenst is. Hierbij is de attitude van de therapeut van belang.

7. LITERATUURVERKENNING KINDEREN EN VOLWASSENEN

In dit hoofdstuk zullen we ingaan op de verschillen die er zijn tussen kinderen en volwassenen met NAH.

7.1 HERSENLETSEL, ACHTERGRONDEN EN AANPAK

In het boek 'Hersenletsel, achtergronden en aanpak' wordt het verschil tussen kinderen en volwassenen beschreven met betrekking tot NAH. We beginnen met een citaat ter illustratie: *'Er bestaan verwarrende en elkaar tegensprekende inzichten over de herstel mogelijkheden van kinderen. Het algemene idee is dat kinderen meer mogelijkheden tot herstel hebben dan volwassenen. Dat blijkt echter niet altijd het geval te zijn..... Als door een letsel een nog niet ontwikkeld gebied ernstig beschadigd raakt, is het mogelijk dat de functie die in dat gebied tot ontwikkeling had moeten komen, niet meer uitgevoerd kan worden.'*³⁸ (p 118)

Dit is een belangrijk gegeven om rekening mee te houden. In het algemeen denken we dat kinderen sneller herstellen dan volwassenen omdat ze nog in de groei zijn. Maar hoe kan een kind herstellen van iets dat nog niet ontwikkeld is? Hier krijgen we dus te maken met het feit dat een kind iets bijvoorbeeld nooit zal kunnen. Geen idee heeft van hoe het was om iets dergelijks te kunnen aangezien die eigenschap/vaardigheid nooit ontwikkeld is geweest. Dit wordt aangevuld met het volgende citaat uit hetzelfde boek: *'Uit meerdere publicaties blijkt inmiddels dat kinderen met een ernstig letsel minder herstel mogelijkheden hebben dan volwassenen met een vergelijkbaar hersenletsel. Daarnaast is bekend dat inzicht en motivatie een grote rol spelen in herstelprocessen. Volwassenen zijn hiertoe veel beter in staat dan kinderen. Ook kunnen volwassenen vaker beroep doen op al opgedane ervaringen, waardoor zij wellicht ook meer mogelijkheden tot compensatie hebben.'* (p 118) Dit bevestigt de gedachtegang zoals we dat al omschreven hebben. Het is bijzonder om te lezen dat volwassenen, doordat ze weten wat ze missen, relatief gemakkelijker mogelijkheden vinden om dergelijke eigenschappen/vaardigheden te compenseren.

³⁸ Eilander, 2006

Nog een belangrijk punt dat in dit boek benoemd wordt, komt aan bod in het volgende citaat: *‘Aan de andere kant is uit experimenteel dieronderzoek duidelijk geworden dat de uitgroei van kleine verbindingen na een letsel bij volwassenen minder uitgebreid is dan bij kinderen. Dat verklaart wellicht ook dat bij een licht letsel de herstel mogelijkheden voor kinderen groter lijken dan voor volwassenen. Tenslotte is het van belang te vermelden dat de rol van ouders in het herstelproces niet onderschat moet worden. Die is waarschijnlijk in veel gevallen sterker dan de rol die een partner heeft. Het effect van die rol is complex; soms zal een kind kunnen profiteren van de manier waarop zijn ouders met hem omgaan, soms ook niet.’* (p 119) Deze gegevens onderstrepen nogmaals de complexiteit van de doelgroep en de vele aspecten die invloed hebben op herstel. We zullen in ons product, waarbij we onderscheid maken tussen kinderen en volwassenen deze gegevens zeker mee moeten nemen.

7.2 MAAR ANDERS?

‘Maar anders? Onderzoek naar het zelfconcept van kinderen met NAH’³⁹ is een masterproef geschreven door Inge Declerck. Zij heeft dit onderzoek gedaan omdat zij van mening was dat er niet veel bekend was, over de subjectieve perceptie van kinderen met NAH. Voor haar was dit de reden om deze masterproef te schrijven. Hierin staat: *‘Meestal geeft men aan dat pas vanaf de leeftijd van drie jaar sprake kan zijn van NAH (vzw COMA, z.j.). Een hersenletsel kan zich in elk geval op zeer verschillende leeftijden manifesteren. Verder heersen er verschillende opvattingen over de impact van het nog kind-zijn op de gevolgen van een hersenletsel. Aanvankelijk dacht men dat kinderen minder kans hadden op een blijvend hersenletsel. Hun hersenen zijn zich immers nog aan het ontwikkelen. De plasticiteit van het hersenweefsel werd dan ook verondersteld nog groot te zijn. Andere hersencellen kunnen beschadigingen van bepaalde cellen opvangen.’*⁴⁰ *Er lijkt echter groeiende evidentie te zijn dat er geen kleinere kans is bij kinderen op een blijvend hersenletsel. Kinderen zouden zelfs meer vatbaar zijn dan volwassenen voor permanente hersenschade.’*⁴¹ *Het zal in elk geval belangrijk zijn om rekening te houden met het gegeven van het al dan niet kind-zijn. Kinderen hebben nog maar weinig kans gekregen om belangrijke ervaringen op te doen*⁴² *en ze zijn nog volop in ontwikkeling.’* Deze conclusie hebben we ook beschreven bij 5.2 Fase van herstel. Wat Inge Declerck ook zegt is dat vooral bij kinderen met NAH, de sociale contacten onder druk komen te staan: *‘Ze verliezen dikwijls een groot deel van hun vrienden. Verschillende factoren spelen hierbij een rol. Eerst en vooral wordt de persoon, binnen een nog vaak dezelfde belevingswereld, geconfronteerd met een ‘anders-zijn’.*⁴³ *De personen zijn vaak ook lange tijd weg geweest uit hun sociale wereld en hebben een ervaring gehad die in niets lijkt op wat hun leeftijdsgenoten ondertussen hebben meegemaakt*⁴⁴. *Sommige kinderen moeten op zoek naar nieuwe vrienden, een nieuwe school en nieuwe hobby’s*⁴⁵. *Daar komt nog bij dat het leggen en onderhouden van sociale contacten vaak zeer moeilijk is bij personen met een traumatisch hersenletsel’.*⁴⁶

Daarnaast is het belangrijk om te weten dat een kind nog een hele ontwikkeling moet doorgaan en afhankelijk van op welke leeftijd een kind NAH oploopt, het niet duidelijk is wat de impact van het hersenletsel voor de rest van zijn leven zal zijn.

7.3 SAMENVATTING

Vanuit de informatie die we hebben behandeld in dit hoofdstuk kunnen we concluderen dat er verschillen zijn tussen kinderen en volwassenen met NAH. Kinderen zitten nog volop in hun ontwikkeling en het is daardoor niet duidelijk hoe het verloop of de impact van de NAH uiteindelijk zal zijn. Kinderen kunnen tevens niet teruggrijpen naar eerdere opgedane ervaringen, volwassenen kunnen dit wel. Voor volwassenen en kinderen zijn de gevolgen van het hersenletsel per persoon en situatie verschillend. Hiermee wordt nogmaals onderstreept hoe complex de doelgroep is.

Vanuit deze gegevens hebben we de keuze gemaakt dat we ons product opsplitsen in een deel voor kinderen dat Monique ontwikkeld, en een deel voor volwassenen dat Angelique ontwikkeld. Wij maken de keuze om de

³⁹ Declerck, 2009

⁴⁰ Hamm, 1992 & Vrancken, 2004

⁴¹ Claeys, 2002

⁴² Claeys et al., 2002

⁴³ Cocquyt, 2006

⁴⁴ Lauwers, 2008

⁴⁵ Cocquyt, 2006

⁴⁶ Koskinen, 1998, in Muenchberger et al., 2008

rouwtaken in het algemeen te beschrijven. Tevens zullen we de gewenste attitude van behandelaren beschrijven, dit omdat duidelijk naar voren kwam dat mensen die met deze doelgroep gaan werken, kennis moeten hebben over NAH. Vervolgens zullen we een bundeling maken van werkvormen die ingezet kunnen worden bij de beschreven rouwtaken. Hierdoor kan de vaktherapeut beeldend in kwestie een eigen besluit maken van welke werkvorm het beste aansluit bij de persoon, die op zijn eigen manier rouwt.

8. LITERATUURVERKENNING CREATIEF THERAPEUTISCHE BENADERINGEN

In dit hoofdstuk gaan we in op de informatie die we hebben gevonden over creatief therapeutische benaderingen met betrekking tot kinderen, volwassenen, rouw en NAH. Hierbij hebben we ons beperkt tot het beeldende aanbod.

8.1 VERLIESKUNDE

De mogelijkheid tot behandelen van rouw door middel van vaktherapie beeldend wordt in dit boek benoemd. Hierna volgt een citaat uit het boek 'Verlieskunde'⁴⁷ dat daar op in gaat: *'Tekenen, schilderen en kleien zijn vormen van rouwverwerking die de cliënt confronteren met het gevoel. In principe zoekt de creatief therapeut aansluiting bij de beschreven kaders, maar in eerste instantie baseert hij zijn handelen op het algemene uitgangspunt van creatieve therapie, namelijk het weer op gang brengen van iemands gestagneerde creativiteit. Vrije beeldende expressie biedt de mogelijkheid:*

- *Op een non-verbale manier over traumatische ervaringen communiceren.*
- *In geval van amnesie toch herinneringen aan traumatische gebeurtenissen boven tafel te krijgen.*
- *Vorm te geven aan rituelen voor de verwerking van verdriet en verlies.'* (p 251)

Dit is voor onze doelgroep ook relevant. Het verwerven van NAH betekent dat er sprake is van een levensbreuk. Een leven van voor het hersenletsel en vervolgens het leven met het hersenletsel en alle gevolgen van dien. De volwassen en de kinderen hebben vaak behoefte om over de ervaring te communiceren. Kinderen zijn nog niet in staat om gevoelens te beschrijven of te verwoorden zoals volwassenen dat zouden kunnen. Des te ouder het kind, des te meer vaardigheden zij ontwikkelen om op cognitief, emotioneel en gedragsmatig gebied te uiten.

8.2 KINDEREN HELPEN NA EEN SCHOKKENDE GEBEURTENIS

Dit boek is geschreven als praktische handleiding voor iedereen die leeft of werkt met kinderen en jongeren en hen vroeg of laat opvangt na een schokkende gebeurtenis. Hierin worden een aantal praktische werkvormen beschreven die ingezet kunnen worden om tot verwerking te komen. Zij gaan ervan uit dat: *'Spel is de taal van kinderen. Spel is bij kinderen het meest natuurlijke instrument voor communicatie. Volwassenen praten over hun gevoelens of denken na over het gebeurde. Bij jonge kinderen zijn verbale en mentale mogelijkheden soms nog niet voldoende ontwikkeld om hun gevoelens op deze manier te uiten. Ze spelen de schokkende gebeurtenis na en proberen ze zo onder controle te krijgen. Na verloop van tijd zullen kinderen spontaan thema's in het spel veranderen, waarbij ze al spelend de eigen controle vergroten.'*⁴⁸ (p 35)

8.3 RUIMTE VOOR VERDRIET

In dit boek hebben de auteurs, vanuit hun jarenlange praktijk in het omgaan met kinderen met een verlieservaring, deze leidraad opgesteld. Dit boek kan gebruikt worden door ouders, leerkrachten, opvoeders, hulpverleners, etc.. Zij beschrijven dat kinderen de behoefte om te concretiseren wat ze voelen, ervaren en denken. Ook hierin komt naar voren dat kinderen spel gebruiken omdat ze er geen woorden voor hebben. Door ze dit aan te bieden in een ongedwongen sfeer kan er veel ontstaan. Ook wordt het belang van rituelen genoemd. De kracht van een ritueel ligt in het handelen, waardoor er afscheid genomen wordt van de oude situatie. In het volgende citaat wordt een ritueel beschreven: *'Kinderen maken gebruik van eigen handelingen, eigen symbolen, die niet altijd even duidelijk zijn voor volwassenen. Dit heeft een waardevolle betekenis voor het kind. Tijdens deze symbolische handelingen ontbreekt vaak taal, maar er zijn wel allerlei creatieve middelen waar ze iets mee zeggen. Tekenen en schilderen zijn expressiemiddelen die kinderen kunnen helpen hun*

⁴⁷ De Mönninck, 2008

⁴⁸ Slachtofferhulp, 2003

gevoelens vorm te geven, hun gevoelens te uiten.’⁴⁹ (p 127) ‘Bij verf kan een kind allerlei lagen over elkaar aanbrengen, waardoor kleuren en indrukken zich met elkaar vermengen. Boetseren biedt eveneens mogelijkheden om gevoelens te uiten zonder woorden. Foto’s en tekeningen kunnen voor kinderen de aanzet zijn om stil te staan bij hun eigen gevoelens’. (p 126) Maar ook poëzie, muziek, verhalen vertellen, poppenkast, knutselen zijn elementen die gebruikt kunnen worden om kinderen te helpen met het verlies.

8.4 HANDBOEK BEELDDE THERAPIE

Het ‘Handboek beeldende therapie’ schrijft over verschillende benaderingen binnen de beeldende therapie. Ook wordt er geschreven over life review en reminiscentie. Dat is het werken aan de hand van een levensverhaal en herinneringen. Een benadering die voor onze doelgroep relevant is. Vaak vindt men het prettig om te vertellen/werken aan de hand van wat mensen vroeger konden/waren. Uit ons gesprek met Coby Schoen bleek ook dat er vaak een grote behoefte is, om het over het verwerven van de beperking te hebben en aan de hand daarvan te werken. Hierna volgt een citaat uit dat boek: ‘Soms dwingt het leven tot herschrijven, wanneer een levensverhaal ruw verstoord wordt. Een toekomstscenario valt in duigen, bijvoorbeeld wanneer iemand een ernstige ziekte krijgt, een ongeluk meemaakt.....Dan overdenkt men het leven. Men zoekt naar nieuwe herinneringen die houvast bieden. Er wordt bijvoorbeeld nagedacht over wegen die men niet eerder is ingeslagen, beslissingen die men eerder niet nam en die nu misschien wel ingeslagen moet worden en genomen moeten worden. Men vraagt zich af of men niet tot nieuwe verhalen over zijn leven moet komen. We doen dan aan autobiografische reflectie of life-review. Het is terugblikken op ons leven om gebeurtenissen op een rij te zetten en misschien een ontwikkeling waar te nemen, bepaalde negatieve ervaringen te verwerken en een plaats te geven, stil te staan bij de betekenis van sommige ervaringen. Het werken met herinneringen in het algemeen wordt ook wel reminiscentie genoemd. Een van de manieren is autobiografisch schrijven of autobiografisch beeldend werken.’⁵⁰ (p 326) Een methode die zeker toepasbaar is bij onze doelgroep doordat er sprake is van een opnieuw vormgeven van het leven. Terugkijken op wat er was en vormgeven hoe het leven nu is. Het maakt dat de volwassenen kan komen tot een herwaardering van het bestaan. Een gegeven dat we mee zullen nemen in de vormgeving van ons product.

8.5 NIET UITLEVEN MAAR BELEVEN

In het volgende citaat wordt ingegaan op de werking van beeldende therapie. Hierbij wordt de verbinding gelegd met de analogie tussen handelen, gedrag, denken en voelen en het dagelijks leven binnen het beeldend werken: ‘Het is een uitgangspunt van therapie dat de ervaringen die de cliënten in therapie opdoen, het leven buiten de therapie beïnvloeden en veranderen, dat er een ‘transfer’ van de ene situatie naar de andere plaats vindt. Je zou er als therapeut vanuit kunnen gaan dat ervaringen ‘als vanzelf’ worden meegenomen. Beeldend therapeuten gaan immers uit van de analogie tussen wat er in het medium gebeurt en de link naar het gedrag, denken en voelen in alledaagse situaties.’⁵¹

Verschillende manieren waardoor de transfer in beeldende therapie bereikt kan worden volgens Haeyen:

- Beeldend werk en praktijk concreet koppelen door in opdrachten ‘echte’ situaties en actuele gevoelens te verbeelden.
- In de nabespreking actief en verbaal koppelingen maken naar de praktijk (patronen in gedrag, denken, voelen in analogie met werken in het medium), onder het mom van ‘herken je dat wat hier nu gebeurt ook in andere situaties’ en ‘wat zou deze ervaring je kunnen bieden in andere situaties’. Ook wordt hiermee de transfer gemaakt van opgedane ervaring naar verwoording hiervan (cognitieve verwerking/kadrering). (p 87)

8.6 RITUELEN EN SYMBOLEN

Binnen vaktherapie beeldend is het werken met rituelen en symbolen belangrijk als het gaat over rouwverwerking.

‘Rituelen zijn opgebouwd uit drie onderdelen:

- Symbolen: dragers van herinneringen.

⁴⁹ Verliefde, 2005

⁵⁰ Schweizer, 2009

⁵¹ Haeyen, 2007

- Handelingen: aan symbolische handelingen zitten twee kanten: emoties en structuur. Door het uitvoeren van de rituele handelingen worden emoties opgeroepen en tegelijkertijd worden ze door de structuur begrensd. Zo kunnen emoties een plek krijgen zonder erdoor overspoeld te worden.
- Taal: symbooltaal. Langs een omweg worden dingen gezegd die niet op de directe wijze gezegd kunnen worden. Soms in een vorm die cliché lijkt. Ook gedichten, rap en verhalen horen bij symbolische woorden en natuurlijk het gebed.⁵³

Symbolen

*'Een symbolische betekenis kun je aan veel dingen geven. Het is de waarde die je zelf aan iets kan hechten. Je kunt kiezen voor een bestaand symbool wat je kent en wat je kan verbinden met jouw gevoel of behoefte, maar het kan ook iets abstracts zijn, een beeld wat je zelf ontwerpt. Een symbolische waarde is dan groter dan een uiterlijke functie. Volgens verschillende theorieën kunnen symbolen ook ontstaan uit het onderbewuste, ook deze kunnen later een belangrijke betekenis krijgen.'*⁵²

8.7 KUNSTANALOGIE PROCESBENADERING

Ons product onderbouwen we met twee creatief therapeutische benaderingen. Namelijk de kunstanalogue procesbenadering en de creatieve procestheorie. Eerst gaan we in op de kunstanalogue procesbenadering.

8.7.1 KUNSTANALOGIE PROCESBENADERING

De kunstanalogue procesbenadering gaat ervan uit dat het proces dat een persoon doormaakt tot verandering parallel loopt aan het proces van schepping dat kunstenaars doorlopen bij het creëren van hun kunst. Het creatieve proces is een proces dat verloopt volgens de vier stadia van Wallas (preparatie, incubatie, illuminatie en verificatie/elaboratie). De nadruk ligt op het belang dat mensen gestimuleerd worden om zelf te associëren en exploreren en door de therapeut aangemoedigd worden om nieuwe ideeën te bedenken om nieuwe benaderingen te kiezen, en daarbij niet meteen aan te strikte eisen moeten voldoen. Het belang van een betekenisvolle opdracht voor de persoon is groot. Dat motiveert en inspireert.

Hier na volgt een citaat uit de afstudeerscriptie; Het kunstzinnig proces: *'Met de nadruk op het kunstzinnig proces kan er worden gewerkt met cliënten die bezig zijn om op te bouwen (i.p.v. af te breken). Met een fenomenologische houding en procesgericht, cliënten ondersteunen in het ontwikkelen van een innerlijke behoefte om te spelen, ontdekken en experimenteren vanuit het medium. Werken vanuit de beleving van de kern zelf om vorm te geven aan de ervaring in het hier en nu. Door middel van het maken van de eigen keuzes en het houden van het goede proces tot een eindproduct te komen dat van betekenis is voor de cliënt. Aandacht voor, of het houden van, het proces en uiteindelijk het einddoel, is de eerste stap in aandacht hebben voor of het houden van zichzelf.'*⁵³

Doordat wij aan de hand van de vier rouwtaken de verschillende werkvormen aan gaan bieden, met vrijheid voor de vaktherapeut beeldend voor welke werkvormen op dat moment het best aansluit bij de behoefte van de persoon, wordt er procesgericht gewerkt. Het proces dat de volwassene of het kind doormaakt is leidend. Dit sluit aan bij de opvattingen met betrekking tot de rouwtaken zoals we ze eerder hebben omschreven. Ze zijn als het ware een kapstok waar we alles aan ophangen, maar het verloop tussen de taken zal per persoon en situatie verschillend zijn.

8.7.2 DE KUNSTEN VAN HET LEVEN

In dit boek wordt ook geschreven over de kunstanalogue procesbenadering. Hierna volgt een citaat waarin de kunstanalogue procesbenadering behandeld wordt: *'De kunstanalogue procesbenadering gaat ervan uit dat de cliënt het beste geholpen is als hij een proces doormaakt dat analoog verloopt aan het scheppingsproces van de kunstenaar. In dit proces worden fasen onderscheiden als incubatie en illuminatie, waarbij je het medium onbewust op je in laat werken en uit de diepte van de psyche op een bepaald moment een oplossing naar boven schiet. Het bewustzijn doet zijn werk in lagen van de psyche waar ons denken en onze wil niet direct greep op hebben.'*⁵⁴ (p 211)

Het onbewuste proces waar bewust gebruik van wordt gemaakt bij deze benadering spreekt ons aan, omdat een grote groep mensen met NAH beperkt worden in het bewust beleven en tot uiting brengen van hun gevoelens. Het vinden van woorden kan beperkt zijn waardoor juist het werken met beeld en onbewuste processen de uitkomst kunnen zijn.

⁵² Spapens, 2010

⁵³ Jones, 2010

⁵⁴ Smeijsters, 2008

8.8 CREATIEVE PROCESTHEORIE

Hieronder zullen we de informatie verwerken die we in de literatuur hebben gevonden met betrekking tot de creatieve procestheorie.

8.8.1 KLIPHUIS

De creatieve procestheorie is één van de eerste basistheorie die ontwikkeld werd om creatieve therapie te onderbouwen met mediumpsychologie. Hierdoor konden therapeutische keuzes verantwoord worden waardoor er een start werd gemaakt aan de professionalisering van het beroep.

Binnen creatieve therapie wordt altijd 'een product' gemaakt maar het product wordt niet beoordeeld op de kwaliteit. Het is het (psychische) proces waarin het product wordt gemaakt wat belangrijk is. *'Het zijn zichtbare manifestaties van het psychisch proces dat de cliënt doormaakt in het doorwerken van problemen, het verwerken van en leren omgaan met problemen en of het ontwikkelen van psychische mogelijkheden.'*⁵⁵ (p 112) De vier kernbegrippen van de theorie van Kliphuis zijn: appèl, structuur, esthetische illusie en articulatie.

Appèl: *'Het woord appèl heeft meerdere betekenissen. De kern van het begrip is het gegeven dat mensen zich aangesproken durven voelen door iets.'*⁵⁵ Bij de creatieve procestheorie wordt ervan uitgegaan dat creatieve materialen een appèl doen op behoeften. Waarin iedereen een eigen structuur behoeft. Kliphuis heeft hiervoor 32 appèls beschreven die gekoppeld zijn aan de ontwikkelingsgerichte orde van Erikson. *'De appèllijst is een observatie-instrument waarmee de persoonlijke expressie van gevoelens en behoeften worden geordend.'*⁵⁶ (p 46)

- Er is een appèlgebied van de lichamelijk-zintuigelijke waarneming, ook wel sensopathisch genoemd. *'Dit is het gebied dat doorgaans de sterkste gevoelsbeleving oproept. Het bestrijkt in heel brede zin de aanwezige materiële wereld en het beroep dat deze doet op het beleven van een sensorisch motorische ervaring. Het betreft hier een lichamelijke beleving die ook een psychische component heeft en die als behoeftebevredigend wordt ervaren.'*
- *Het thematisch appèlgebied heeft betrekking op de symboolwaarde, de metaforische en verhalende aspecten van een situatie. Echter ook formele structuren van materialen, bijvoorbeeld boomstronken en voor gestructureerd materialen.*
- *Tot slot is er het dimensionele appèlgebied dat betrekking heeft op de fundamentele menselijke dimensies van tijd en ruimte. Het bepaalt de uitnodiging en mogelijkheden die van bepaalde ruimten en tijdsperspectieven uitgaan.'*⁵⁶

Binnen de creatieve procestheorie krijgt de cliënt de kans om door gestructureerde materialen, processen te ontwikkelen die passen bij zijn eigenheid. Iedereen structureert op zijn eigen manier: *'beantwoordt appèls wel of niet en doet dat in wisselwerking met de omgeving.'*⁵⁵

*'Bij structureren gaat het om een complex samenspel tussen zaken binnen en buiten de cliënt, waarin voelen, denken, willen en handelen betrokken zijn. Een structurele balans tussen veiligheid en uitdaging is van wezenlijk belang in het creatief therapeutisch proces en is voorwaarde voor eigen vormgeving.'*⁵⁶

Er worden 4 verschillende structuren onderscheiden:

- De normatieve structuur (wat hoort en niet hoort)
- De symbolische structuur (metaforische inhouden)
- De formele structuur (structuur in aanwezige vormen)
- De zakelijke structuur (natuurlijke structuren van materialen)

Esthetisch binnen creatieve therapie verwijst naar het product van de cliënt. Het gaat er hier om dat het product een uitdrukking is van wat de cliënt heeft gedacht, gevoelt en welke associaties hij hier mee heeft gehad. *'Het is tevens ook de weg die de cliënt in het medium zoekt naar meer gezondheid (het proces).'*⁵⁷ (p 113) Bij de creatieve procestheorie is het van belang dat de cliënt een 'schoonheidservaring' ervaart. Dit werkt mee tot egocontrole en zal hij zich sterker gaan voelen. Hiervoor zijn verschillende didactische modellen voor ontwikkeld. *'Didactische modellen kunnen zo veel mogelijk non-verbaal begeleidt worden Dit maakt deze modellen geschikt voor kunsteducatie aan bijzondere individuen en groepen die niet of nog niet beschikken over een verbaalcognitief vermogen, onder meer: mensen met NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel), verstandelijk beperkten, (heel)jonge leerlingen, allochtone leerlingen die de taal (nog) niet beheersen, uitbehandelde*

⁵⁵ Wolff, 2010

⁵⁶ Schweizer, 2009

*psychiatrische cliënten die ondersteuning behoeven. Wellicht ook personen die verbaal te vaardig zijn en ver verwijderd van hun gevoelsleven, faalangstige personen.*⁵⁶

*'Een creatief proces leidt tot goede resultaten wanneer schoonheidsgevoel en spelplezier aanwezig zijn in de activiteiten van de cliënt. Het procesmatige karakter wordt bereikt als er na de vitale, soms onstuimige en chaotische eerste ontmoeting met materiaal sprake is van een actieve doorwerking en vormgeving. Articulatie houdt in dat er een nieuwe balans tot stand komt tussen wel genoemd de 'gestaltmatige' oppervlaktestructuur en de 'psychodynamische' dieptestructuur. Deze doorwerking en articulatie herstellen de 'egocontrole' van de cliënt.*⁵⁶

8.9 SAMENVATTING

Vanuit de behandelde literatuur in de vorige paragrafen zullen we samenvattend de belangrijkste punten op een rijtje zetten.

- Vaktherapie beeldend is een mogelijkheid om te behandelen bij rouw, omdat beeldend werken een vorm is die bij rouwverwerking kan confronteren met het gevoel.
- Life review en reminiscentie zijn creatief therapeutische benaderingen waarbij gewerkt wordt aan de hand van een levensverhaal en herinneringen. Het terugkijken op wat er was en vormgeven hoe het leven nu is. Het maakt dat de persoon met NAH kan komen tot een herwaardering van het bestaan.
- Het uitgangspunt van therapie is dat de ervaringen die de cliënten in therapie opdoen, het leven buiten de therapie beïnvloeden en veranderen, dat er een 'transfer' van de ene situatie naar de andere plaatsvindt. De vaktherapeut beeldend gaat uit van de analogie tussen wat er in het medium gebeurt en de link naar het gedrag.
- Het onbewuste proces waar bewust gebruik van gemaakt wordt bij de kunstanaloge procesbenadering spreekt ons aan omdat een grote groep mensen met NAH beperkt worden in het bewust beleven en tot uiting brengen van hun gevoelens. Het vinden van woorden kan beperkt zijn waardoor juist het werken met beeld en onbewuste processen de uitkomst kunnen zijn.
- Bij de creatieve procestheorie wordt uitgegaan van het individu, zijn behoeften en welke materialen een appèl kunnen doen op deze behoeften. Het is gericht op egoversterking en heeft weinig verbale ondersteuning doordat het gestructureerd aangeboden kan worden. Het sluit aan bij de manier waarop kinderen leren en is geschikt voor mensen die verbaal te sterk of juist zwak zijn.
- Kinderen hebben nog geen woorden voor gevoelens zoals volwassenen dat vaak wel hebben. Zij leren door middel van spel en herhaling. De inzet van creatieve middelen geeft ze 'woorden' om het verlies een plek te geven.

9. PRODUCTEN DIE AL ONTWIKKELD ZIJN VOOR KINDEREN

Er worden binnen de literatuur een aantal hulpmiddelen aangereikt die ingezet kunnen worden bij het ondersteunen van verlies. Voor ons product is het van belang dat we werkvormen die ingezet worden bij de beschreven rouwtaken van kinderen en volwassen gaan onderbouwen met literatuur. We konden echter in geen enkel boek vinden 'waarom' deze werkvormen ingezet worden bij kinderen. Hieronder volgen de meest gebruikte/ beschreven werkvormen die in de praktijk ingezet worden.

- Er zijn werkvormen rondom de feiten van het verlies, zoals het maken van een boekje, stripverhaal, gedicht, etc.
- Er zijn werkvormen rond gevoelens zoals gevoelscollage, gevoelsthermometer, weerkalender, gevoelsboekje, je binnenste buiten, etc.
- Er zijn werkvormen rondom het zelfbeeld zoals de talentenboom of talententrein.
- Er zijn werkvormen rondom verlies en afscheid zoals herinneringsdoos, herinneringszakje of boek, gebruik van symbolen zoals eigen kaars maken, steen beschilderen, etc.
- Het maken van een diertje dat via spel, praat over wat er is gebeurd. Gebruik van handpoppen of ander speelgoed.

Werkvormen die vaak gebruikt worden bij verliesbegeleiding zijn:

- Doos vol gevoelens. Jonge kinderen leren spelenderwijs omgaan met gevoelens. Het is herkennen, begrijpen, beheersen en uiten van basisgevoelens als blij, bang, boos, verdrietig.

- Gevoelswaaier. Kinderen maken zelf een waaier met daarop alle gevoelens die ze kennen. Het gevoel benoemen of tekenen vervolledigt dit uitgebreide palet.
- Dromenvanger. Het in elkaar knutselen van een hoepel met daarin een web van draadjes, schelpjes, kralen en veertjes. Het web houdt volgens een Indiaans verhaal de goede dromen vast.
- Zorgenpopjes. Met ijzerdraad en wol wordt een popje gemaakt. Dat popje, oorspronkelijk uit Zuid-Amerika, neemt de zorgen van het kind op zich net voor het slapengaan.
- Gevoelspotje. Elk kind maakt zijn potje uit klei (met deksel). Het potje wordt gevuld met kraaltjes die representatief zijn voor een bepaald gevoel. Welk gevoel komt er uit het potje?
- Klei gooien bij boosheid. Er is een grote tekening van wat het kind boos maakt, op papier of op een muur. Het kind mag zo hard als het kan met klei of zachte ballen gooien naar de tekening.
- Er is een spel op de markt dat heet: 'Alle sterren van de hemel'. Een spel over verlies om samen te spelen.

10. PRODUCTEN DIE ONTWIKKELD ZIJN VOOR VOLWASSENEN

In dit hoofdstuk zullen we omschrijven welke producten er al ontwikkeld zijn rondom onze doelgroep en/of problematiek. Vervolgens vatten we het geheel samen in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk. In deze samenvatting zullen we weergeven wat de beschreven producten en de informatie die ze bevatten, zullen bijdragen aan ons product.

10.1 VERLIES VERWERKING PMT

'Verliesverwerking door middel van psychomotorische therapie (PMT) bij mensen met een lichamelijke beperking door CVA', geschreven door Lisanne den Hertog in 2012. Dit is een afstudeeronderzoek waarbij de rouwtaken worden gekoppeld aan de verwerking van de lichamelijke beperking bij NAH. Ook al is dit afstudeeronderzoek geschreven voor PMT, is het goed te gebruiken voor ons onderzoek. De beschreven rouwtaken en achtergrond informatie zijn voor ons te gebruiken. Er is een koppeling gemaakt tussen de lichamelijke beperking na een CVA en verliesverwerking. Dit is gedaan aan de hand van het herschrijven van de rouwtaken van Worden. Waar zij lichamelijke beperking had staan hebben wij hersenletsel geschreven. Waar zij sprak van revalidant hebben wij persoon geschreven. De verdere tekst hebben wij in tact gelaten aangezien het de taken omschrijft zoals we het eerder in het voor onderzoek al omschreven hebben. Bij mensen met NAH zullen de taken er als volgt uit zien:

Taak 1: De realiteit van het verlies aanvaarden

De persoon zal door het hersenletsel verlies ervaren van het vertrouwde bestaansleven. Er is een verstoring in de identiteit (fysiek, sociaal en normatief) en daarmee het zelfbeeld, het lichaamsbeeld, de relatie met de omgeving, de autonomie en het toekomstperspectief. De persoon zal het feitelijke verlies, de betekenis van het verlies en de onomkeerbaarheid van het verlies moeten erkennen en accepteren.

Taak 2: De pijn en het verdriet doorleven van het verlies

Wanneer de persoon pijn en verdriet doorleeft kan de realiteit pas echt aanvaard worden. Door een veranderd lichaam kan de persoon schaamte en een hekel krijgen aan het lichaam, waardoor er neiging is tot terugtrekgedrag. Het is aan de persoon om emoties te erkennen, uit te spreken en te uiten.

Taak 3: Zich aanpassen in een nieuwe situatie en aan een nieuw leven

Het is aan de persoon om zich aan te passen in het dagelijks leven. Dit betekent dat het verlies geïntegreerd moet worden in het eigen bestaan en er betekenis aan toegekend wordt. Om dit mogelijk te maken kan geconcludeerd worden dat er verandering/aanpassing moet plaatsvinden in de aspecten van de identiteit.

Taak 4: Het verlies emotioneel een plaats geven en de draad van het leven weer oppakken

De persoon zal zich emotioneel terugtrekken van het verlies. Zodat de emotionele energie gebruikt kan worden voor het oppakken van (nieuwe) activiteiten. De relatie met het verleden van de persoon zal veranderen. Het verlies en de emoties krijgen een plaatsje. Dit maakt het mogelijk om door te leven met een nieuwe identiteit in plaats van te blijven vasthouden aan het verleden.

Aan de hand van de bovenstaande koppeling tussen NAH en de rouwtaken, zullen wij in ons product de koppeling gaan maken met beeldende therapie en de interventie mogelijkheden van de vaktherapeut beeldend.

10.2 BEELDEND AANBOD VOOR MANTELZORGERS VAN MENSEN MET NAH

Het product 'MantelzorgZorg Vind je eigen kracht door middel van het werken met beeldende materialen' geschreven door Marcelle Hilbers in 2010. Deze cursus is geschreven voor alle mensen die betrokken zijn bij de zorg voor de mantelzorgers van mensen met NAH. Met deze cursus wil zij mensen op de hoogte brengen van een andere manier van ondersteuning dan het huidige zorgaanbod. De cursus is tevens geschreven als lesmateriaal voor de creatief therapeutische begeleider die zich deze methode eigen wil maken. Deze versie van 'MantelzorgZorg, vind je eigen kracht', is een aangepaste versie van de oorspronkelijke cursus die in 2009 is samengesteld door Karsten Schuler en Marcelle Hilbers.

Ook al richt zij zich op de mantelzorger van de persoon met NAH, passeren er in haar product veel thema's die ook relevant zijn op de doelgroep zelf. Het aanbod is opgebouwd in de volgende fasen die allemaal ook zeer relevant zijn voor de volwassenen met NAH:

- Grenzen leren aangeven
- Balans vinden
- Voor jezelf zorgen
- Toekomstperspectief in kaart brengen
- Verliesverwerking
- Traumaverwerking
- Exploreren en uiten van gevoelens
- Versteven van zelfbeeld

Hierdoor zullen we ook zeker gegevens uit dit onderzoek kunnen gebruiken in ons product. Denk hierbij aan de verschillende werkvormen die zij aanbiedt; met kleine aanpassingen zijn ze toe te passen bij de behandeling van de volwassenen met NAH.

10.3 BEELDENE WERKVORMEN BIJ ROUW

'Monumenten van herinnering: Creatieve werkvormen die de mogelijkheid bieden, op symbolische wijze de herinneringen aan een overleden dierbare vorm te geven' geschreven door Femke Spapens in 2010. Ook al is dit product gericht op de rouw na een overlijden van een dierbaar iemand, is het wel te gebruiken voor ons. Dit komt vooral door de aandacht voor het gebruik van rituelen en symbolen en de onderbouwing die erbij wordt gegeven. Ook de werkvormen die beschreven staan, zijn een welkome aanvulling voor ons product.

10.4 ROUW, VERLIES VAN FUNCTIES BIJ DWARSLAESIE EN NAH

'In de rouw, wat nou?', geschreven door Brenda Franken, Joyce Laurijssen en Stefanie van Opstal in 2006. Zij gaan in op de manier waarop ergotherapeuten om kunnen gaan met de rouwverwerking van verlies van functies bij de behandeling van een volwassen cliënt met een dwarslaesie of CVA in een revalidatiecentrum. Ook al is het onderzoek geschreven voor de ergotherapie zullen we de informatie met betrekking tot de rouwverwerking bij CVA zeker kunnen gebruiken. Mensen met NAH hebben vaak een afname van cognitieve en emotionele vermogens, waardoor het hele verwerkingsproces bemoeilijkt wordt. Voorbeelden hiervan zijn: intellectuele achteruitgang, gebrek aan zelfinzicht, verstoord beoordelingsvermogen en geheugenverlies. Er kunnen zich dan problemen voordoen bij de rouwtaken. Na het oplossen van hersenletsel, moet de cliënt zijn eigen verwachtingspatronen met betrekking tot de toekomst omzetten naar nieuwe verwachtingen. Zij beschrijven dat rouwen bij NAH problemen laat zien, zowel voor de cliënt als voor de omgeving:

- *'De verhouding van de droefheid en grote smart door het (sociaal wenselijke) gevoel van opluchting dat iemand nog leeft;*
- *De persoon is in letterlijke zin niet overleden, maar in figuurlijke zin vaak wel.*
- *Er kan nog verbetering optreden waardoor functies weer kunnen herstellen, hierdoor is het nog niet duidelijk welke beperkingen blijvend zijn.'*

Het cognitieve vermogen van de mensen met een hersenletsel is vaak aangedaan. Deze mensen moeten ook door een rouwproces heen en zullen de 'taken' van het rouwen moeten doorlopen. Door het verminderd

cognitief vermogen, is het doorlopen van het rouwproces moeilijk. Welke problemen er zoal voorkomen bij mensen met NAH in het rouwproces, worden in dit onderzoek beschreven per rouwtaak:

Taak 1: De realiteit van het verlies aanvaarden

Gebrek aan ziekte-inzicht doordat de cliënt niet begrijpt wat er aan de hand is.

Onduidelijkheid met betrekking tot herstel mogelijkheden.

Taak 2: De pijn en het verdriet doorleven

Veranderingen op het gebied van persoonlijkheid waardoor kinderlijkheid, initiatief verlies en gebrek aan interesse ontstaan.

Veranderingen in gedrag, zoals dwang-lachen en dwang-huilen. De verbale en non-verbale reacties komen vaak niet overeen.

Taak 3: Zich aanpassen in een nieuwe situatie en aan een nieuw leven

Cognitieve stoornissen

Persoonlijke veranderingen

Taak 4: Het verlies emotioneel een plaats geven en de draad van het leven weer oppakken Het verlies en de beperkingen kunnen zo groot zijn dat de getroffene zich niet wil aanpassen aan het nieuwe leven of hiertoe niet in staat is. Hierbij passen zingevingproblemen en gedachten aan dood en zelfmoord.

Reacties van de sociale omgeving moeten een plaats krijgen in het nieuwe leven.

Clënten die een relatief ernstig hersenletsel hebben opgelopen, kunnen rouw in mindere mate ervaren. Ze hebben totaal geen inzicht op de gevolgen en ervaren beperkingen niet meer zoals vroeger. Als therapeut is het dan de vraag wat je eraan kunt doen binnen de behandeling. Clënten die een relatief mild hersenletsel hebben opgelopen, ervaren de rouw het diepst. Zij zijn bewust van wat ze hebben moeten inleveren, al lijken ze aan de buitenkant nog zo goed te presteren. Het praten met deze mensen lijkt te helpen binnen het rouwproces. Ze voelen zich gehoord en kunnen hun gevoelens kwijt.'

Deze uitwerking per rouwtaak is voor ons product zeer relevant. Het zijn de punten waar de therapeut rekening mee moet houden gedurende de behandeling.

10.5 TRAUMA BEHANDELEN MET BEELDDE THERAPIE

'Trauma in beeld: creatieve therapie en traumaverwerking' geschreven door Alytha Koelewijn is een kant en klare handleiding voor een ieder die voor het eerst te maken krijgt met traumaverwerking binnen de beeldende therapie. Bijvoorbeeld beginnende stagiaires, vaktherapeuten beeldend die voor het eerst met traumaverwerking aan de slag gaan omdat zij van doelgroep of setting veranderen en studenten van de opleiding tot vaktherapeut beeldend. Alle belangrijke informatie betreffende traumaverwerking wordt hierin vermeld. Er zijn 36 werkvormen beschreven in 3 fasen, namelijk: het scheppen van veiligheid, de verstandelijke verwerking, de emotionele verwerking. Aangezien er een grote groep mensen is die het NAH hebben opgelopen door een traumatische gebeurtenis, zullen we ook de informatie uit dit product gebruiken bij de vormgeving van ons product. Hierbij zullen we ook gebruik maken van de werkvormen en de indeling zoals de auteur tot haar keuze is gekomen.

10.6 LEVEN MET EEN CHRONISCHE ZIEKTE

De cursus 'Leven met een chronische ziekte' is bedoeld voor volwassenen met een chronische ziekte, die willen leren, zelf hun stemming te verbeteren. Chronische ziekten zijn bijvoorbeeld astma en COPD, multiple sclerose, kanker, hart- en vaatziekten, diabetes, Parkinson, reumatische aandoeningen, maar ook chronisch vermoeidheidssyndroom, chronische pijn of fibromyalgie. Een chronische ziekte heeft veel invloed op het leven. Men kan hierdoor neerslachtig worden en soms kan deze somberheid leiden tot een depressie.

In tien hoofdstukken worden vaardigheden en praktische opdrachten beschreven om beter met de symptomen en gevolgen van het chronisch ziek zijn om te gaan. De methodiek is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. Uit onderzoek blijkt de cursus een positief effect te hebben op het psychische welbevinden.

10.7 SAMENVATTING

Vanuit de behandelde literatuur in de vorige paragrafen zullen we samenvattend de belangrijkste punten op een rijtje zetten:

- Er is een koppeling gemaakt tussen de lichamelijke beperking na een CVA en verliesverwerking. Dit is gedaan aan de hand van het beschrijven van de rouwtaken van Worden.

- Er is ingegaan op verschillend beeldend therapeutisch aanbod waar we mogelijk werkvormen van kunnen gaan gebruiken, ook al is het aanbod voor andere doelgroepen geschreven.
- Het cognitieve vermogen van de mensen met een hersenletsel is vaak aangedaan. Deze mensen moeten ook door een rouwproces heen en zullen de 'taken' van het rouwen moeten doorlopen. Door het verminderd cognitief vermogen, is het doorlopen van het rouwproces moeilijk. We hebben beschreven welke problemen er zoal voorkomen bij mensen met NAH in het rouwproces.

Bij onze zoektocht naar producten hebben we geen producten gevonden die specifiek voor onze doelgroep en problematiek ontwikkeld waren (rouwproblematiek bij volwassenen na het oplopen van NAH met als behandelaanbod vaktherapie beeldend). Hieruit concluderen wij dat er sprake is van een 'gat in de markt'.

11. BEHOEFTEONDERZOEK

Ons behoefteonderzoek heeft uit drie delen bestaan. Bij het doen van ons onderzoek kwamen we een aanbeveling tegen, waar wij met ons product gehoor aan gaan geven. Door deze aanbeveling bleek een behoefte te zijn naar het product dat we gaan ontwikkelen. Vervolgens hebben we gesprekken gevoerd met professionals die werkzaam zijn met onze doelgroep. Tenslotte hebben we per mail een enquête verspreid waarbij we de behoefte naar ons product in een bredere context hebben onderzocht.

11.1 AANBEVELING TOT ONTWIKKELING

Bij het doen van ons onderzoek stuiten we op het 'Groot praktijk onderzoek met betrekking tot beeldende therapie als behandelvorm binnen de revalidatiecentra' geschreven door Sandra Beuving in 2010. Haar scriptie is een groot praktijkonderzoek naar beeldende therapie bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandel aanbod van de revalidatie. Hierin schrijft ze een aanbeveling voor de beroepspraktijk vak therapie: *'Vanuit de setting waar in het praktijkonderzoek heeft plaatsgevonden wil ik graag een aanbeveling doen voor vervolgonderzoek voor de beroepspraktijk. Dit heeft betrekking op de vraag hoe zou beeldende therapie invulling kunnen geven aan een nazorgtraject 'vaktherapie' na de afrondingsfase van de revalidatiebehandeling van de volwassene.'* Met de ontwikkeling van ons product geven wij gehoor aan de beschreven aanbeveling.

11.2 GESPREKKEN

Ter voorbereiding op de enquête hebben we een aantal gesprekken gevoerd. Uit deze gesprekken kwam ook al de behoefte naar een dergelijk product als dat van ons naar voren. We hebben gesproken met Carolin Burkard (vaktherapeut beeldend), Selma Hoek (maatschappelijk werkster), Ank Kempink (vaktherapeut beeldend), Theo Olling (vaktherapeut beeldend) en Coby Schoen (Clustermanager van een woonvoorziening voor mensen met NAH). In de bijlagen zullen we de verslagen van deze gesprekken toevoegen.

In deze gesprekken kwam naar voren dat al deze professionals, deskundig op verschillende aspecten van ons product, enthousiast werden van ons plan. Er bleek zeker behoefte te zijn en ze gaven allemaal aan dat ze het nut ervan in zagen. Enkele citaten uit de verschillende verslagen:

- Carolin Burkard: *'Ik vind het onderwerp leuk, een mooi idee en er is zeker vraag naar binnen Siza.'*
- Selma Hoek ziet de meerwaarde van ons project: *'Als het hoofd vol zit moet je met je handen bezig gaan. Op zoek naar balans. De concentratie brengen naar het hier en nu. Jullie product is een mooie aanvulling in het aanbod dat er is.'*
- In het gesprek met Theo Olling en Coby Schoen kwam het belang van het uitspreken van het verlies naar voren: *'Iets hardop zeggen van wat er gebeurd is, is belangrijk. Als iets wordt uitgebeeld in een beeld of schilderij dan beklijft het, dat is genoeg theorie. Dan komt het wel terecht en vindt er een verandering plaats. Daar gaat het om.'*
- Ank Kempink beschrijft de PAK methode: *'Dit heb ik samen met Annemiek Buitink, maatschappelijk werkster binnen Siza opgezet. Het is een goede methode voor de verliesverwerking van deze doelgroep. Alles in laatjes, laatje kan dicht en open, hoeveel heb je er nodig. Er komen vaak gedurende het proces ook laatjes bij. Dat is een mooi gegeven. Aansluitend bij het tekenen is het een goede methode.'*

Deze gesprekken maakten ons ervan bewust dat er vraag is naar ons product. Vervolgens hebben we een oproep geplaatst op LinkedIn, waarbij we professionals wilden bereiken die deskundig zijn op het gebied van

vaktherapie beeldend, NAH, rouw, kinderen en volwassenen. Ook hebben we een aantal deskundigen persoonlijk benaderd. Het schriftelijke behoefteonderzoek hebben we gedaan aan de hand van een enquête die we per mail hebben verspreid.

11.3 RESULTATEN VAN HET SCHRIFTELIJKE BEHOEFTEONDERZOEK

In totaal hebben er 18 deskundigen meegewerkt aan het behoefteonderzoek dat we hebben gehouden. Het behoefteonderzoek hebben we opgebouwd aan de hand van de volgende drie elementen; Hoe ziet de huidige situatie eruit en hoe wordt er op dit moment in de behoefte voorzien, het gemis waar sprake van is en de gewenste situatie.⁵⁷ We hebben een bewuste keuze gemaakt bij de samenstelling van de groep deskundigen. De groep had de volgende samenstelling:

- 3 Rouwdeskundigen
- 4 Vaktherapeuten beeldend
- 11 NAH Deskundigen

Door de behoefte rond de drie aspecten van ons product te onderzoeken hebben we een zo volledig mogelijk beeld gecreëerd van het vakgebied en de behoefte die er is. Met drie aspecten bedoelen wij de doelgroep-NAH, problematiek- rouw en behandelaanbod- vaktherapie beeldend.

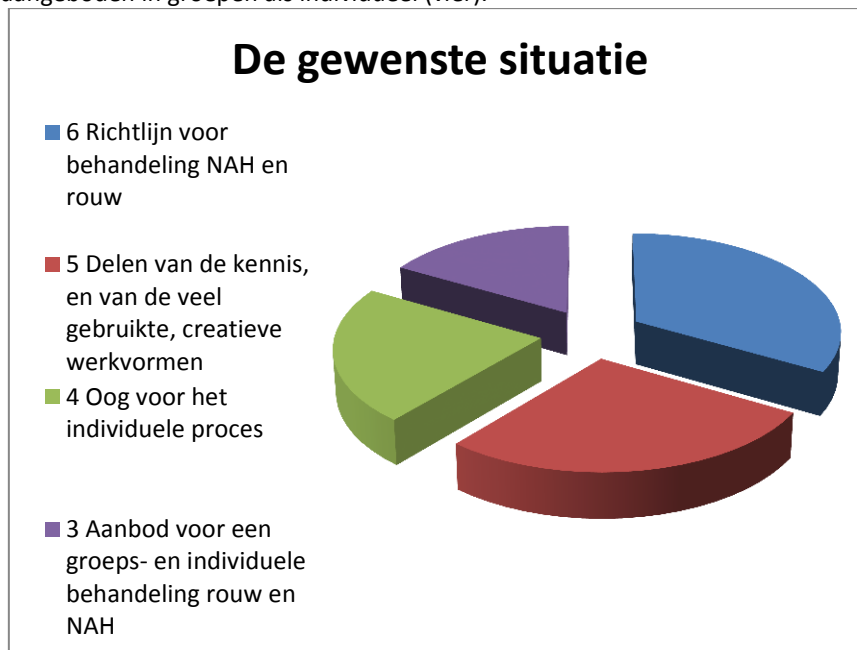
In de bijlage hebben we de lijst van deskundigen bijgevoegd waarop ook de functie en expertise van de persoon is vermeld. De retour ontvangen behoefteonderzoeken hebben we per vraag gebundeld en ook bijgevoegd in de bijlagen. De gegevens worden ondersteund door grafieken.

Hieronder volgt een samenvatting van de gegevens die het behoefteonderzoek ons heeft opgeleverd:

- Een groot deel van de deskundigen heeft gehoord van de rouwtaken van W. Worden (acht hebben ervan gehoord en zeven enigszins) en heeft kennis van hoe het rouwproces verloopt bij mensen met NAH na het oplopen van het hersenletsel (negen hebben kennis en vier enigszins).
- In de groep deskundigen die hebben meegewerkt is er minder kennis over kinderen met NAH en rouw dan dat er kennis is van volwassenen met NAH en rouw. Twee deskundigen hebben theoretische kennis over hoe het rouwproces verloopt bij kinderen met NAH na het oplopen van het hersenletsel, vier hebben dat enigszins. Negen Deskundigen hebben theoretische kennis over hoe het rouwproces verloopt bij volwassenen met NAH na het oplopen van hersenletsel en drie hebben dat enigszins.
- Producten die al ontwikkeld zijn en waar onze deskundigen gebruik van maken zijn:
 - Drie keer genoemd is het maken van een levensboek
 - Twee keer genoemd PAK methode van Herman de Mönninck
 - Verlies op de kaart
 - Hooi op je vork
 - Kun je uit de hemel vallen van LKNG
 - Verlies verlichten van Vilans
 - Protocollaire behandeling
- Op onze open vraag, wat er gemist wordt in het aanbod voor de doelgroep, heeft meer dan de helft geen antwoord gegeven. Vier missen een behandelaanbod van creatieve werkvormen/- activiteiten en twee deskundigen zien graag dat de rouwtaken na het oplopen van NAH beschreven worden. Ook is er door een deskundige de wens geuit om meer aandacht te besteden aan persoonlijke thema's bij de cliënt.
- De meest genoemde manieren waarop de deskundigen de kennis hebben vergaard is door samenwerking met collega's (zes). Hierbij worden vormen van overleg, het meekijken en het samen vormgeven van plannen genoemd. Ook heeft een kwart door middel van scholing (vijf) de kennis opgedaan die ze hebben en toepassen. Daarbij zijn ervaring (vier) en internet als informatiebron (vier) ook zeer belangrijk.
- Meer dan de helft van de bevroegde deskundigen hebben aangegeven dat zij de kennis die ze hebben willen delen. Hieruit blijkt een grote welwillendheid onder de deskundigen om de kennis met ons te willen delen en op die manier mee te werken aan de totstandkoming van ons product.
- De gewenste situatie ziet er volgens de deskundigen als volgt uit: er is behoefte aan een richtlijn of protocol waarin de behandeling met betrekking tot rouw na het oplopen van NAH beschreven staat (zes). Ook is er behoefte aan het delen van de verschillende gebruikte creatieve werkvormen en een beschrijving van de toepasbaarheid daarvan (vijf) waarbij het individuele proces van de cliënt van

⁵⁷ Migchelbrink, 2009

belang is (vier). Ook is er vraag naar een behandelaanbod voor de behandeling van rouw bij NAH, zowel aangeboden in groepen als individueel (vier).



Naar aanleiding van de uitkomst van het schriftelijke behoefteonderzoek concluderen wij dat er behoefte is aan een beschrijving van de rouwtaken die een volwassene en een kind doorlopen na het oplopen van NAH. De beschreven creatieve werkvormen die in de verschillende fasen gebruikt kunnen worden en die vervolgens onderbouwd worden vanuit creatief therapeutische benaderingen vormen een belangrijk aandeel. Door de werkvormen te bundelen kan de vaktherapeut beeldend inspelen op het individuele proces waar de persoon mee te maken heeft. Met [On]Beperkt Leed sluiten we dus aan op een behoefte uit het werkveld.

CONCLUSIE

In dit vooronderzoek hebben we de informatie beschreven waarmee we van start zijn gegaan bij de vormgeving van ons product. Omdat er wel veel kennis is met betrekking tot onze doelgroep en problematiek, maar niet eerder de verbinding met behandeling door middel van beeldende therapie was gemaakt hebben wij ervoor gekozen om eerst in te gaan op de verschillende facetten van ons onderdeel. Rouw, NAH en rouw en NAH gekoppeld met kinderen en volwassenen. Vervolgens hebben we gekeken naar de producten die al ontwikkeld waren voor de doelgroep en hebben we de koppeling gemaakt met beeldende therapie.

Parallel aan dit proces heeft het behoefteonderzoek gelopen. We hebben gesprekken gevoerd en per mail een schriftelijk behoefteonderzoek verstuurd. Deze gegevens hebben we verwerkt. Uit al deze gegevens is naar voren gekomen dat er behoefte is aan het product zoals we het in gedachten hadden. Namelijk het beschrijven van de rouwtaken die een volwassene of kind moet volbrengen na het oplopen van NAH. Deze gegevens koppelen we aan de emoties waar dat mee gepaard gaat en hier vervolgens beeldende werkvormen bij verzamelen. Het geheel wordt vervolgens onderbouwd met twee creatief therapeutische benaderingen. Namelijk de kunstanaloge procesbenadering en de creatieve processtheorie. Hier hebben we voor gekozen omdat de doelgroep zo divers is. Hierdoor kan de vaktherapeut beeldend een keuze maken voor de benadering die bij de cliënt past. Op deze manier is er oog voor het individuele proces. Het creatieve procesmodel gaat uit van de appelwaarde van de verschillende materialen waarbij het sensopathisch werken een belangrijk aandeel heeft. Bij de kunstanaloge procesbenadering wordt er meer vrijheid geboden en staat het scheppingsproces en het doorlopen van de verschillende stappen die daarbij horen voorop. Hierbij gaat het dus meer om de weg/het proces dat de persoon aflegt naar het product toe.

Gedurende het literatuur onderzoek hebben we ervoor gekozen om het LG gedeelte te laten vallen. We werden ons er bewust van dat we te veel wilden en dat dat uiteindelijk ons product te kort zou doen. We hebben ervoor gekozen om met NAH verder te gaan. Voor ons product heeft dat geresulteerd in het feit dat we specifieker zijn in onze doelgroep en we een deel van onze adresgroep (deskundigen LG) niet actief betrokken hebben bij de vormgeving van ons product.

ROUW

Rouwtaken zijn taken die een mens moet doorlopen bij een groot verlies. Men zal het verlies zo goed mogelijk moeten integreren in het leven zodat hij of zij weer verder kan gaan met het leven. Wanneer het doorlopen van de taken stagneert, kan problematische rouw ontstaan. Bij het doorlopen van de rouwtaken zitten mensen in de rouw. Rouw is een emotionele reactie als gevolg van een verlies. Bij de rouwtaken horen hevige emotionele reacties, zoals ontkenning, onwerkelijkheid, ontreddering, desorganisatie, leegheid, boosheid, woede, jaloezie, wrok, gekwetstheid, verdriet, frustratie, schuldgevoelens, verlies en verlatenheid, tot een depressie. Deze emoties lopen niet parallel aan de taken maar laten wel een overlap zien en vloeien in elkaar over.

Ieder persoon rouwt op zijn eigen manier. Dit heeft te maken met de relatie die een persoon heeft met het verlies, de omstandigheden waarin het verlies plaats heeft gevonden, de persoonlijkheid van de persoon die rouwt en de sociale positie die hij/zij inneemt in de samenleving. Kinderen rouwen net zo goed als volwassenen. Hoe ze rouwen is afhankelijk van de ontwikkelingsfase waar zij op dat moment in zitten.

NAH

Het oplopen van NAH is een acuut gebeuren, onverwacht en daardoor is de persoon onvoorbereid. Het treft het hele zijn van de persoon, zowel lichamelijk als psychisch. Dit roept vragen op voor de toekomst. Er is een breuk in de levenslijn. De persoon ervaart hevige emotionele reacties, zoals ontkenning, ontreddering en desorganisatie. Er wordt gesproken over drie fasen van herstel: de acute, revalidatie en chronische fase. Wij richten ons met het product op de mensen in de revalidatie fase en de chronische fase. Juist in de laatste fase komt de impact van het verlies naar voren, dit is de fase van terugkeer naar het 'oude' leven. Deze informatie hebben wij gekoppeld aan de rouwtaken en aan de gevoelens die daarbij horen. Het is voor de persoon met NAH moeilijk om tot volledige rouwverwerking te komen. Dit heeft te maken met de gevolgen van het hersenletsel op cognitieve, affectieve en gedragsmatig functioneren. Het proces blijft vaak steken bij de eerste rouwtaak: Het aanvaarden van de werkelijkheid van het verlies. Wat de impact van het verlies 'echt' betekent komt pas naar voren zodra het 'oude' leven weer opgepakt wordt. Het zelfbeeld, het lichaamsbeeld, de relatie met de omgeving, de autonomie en het toekomstperspectief zal bij NAH aangepast moeten worden in het nieuwe leven.

De mate van lichamelijk herstel lijkt bij kinderen met NAH groter dan bij volwassenen. Dit komt door de plasticiteit van het brein. Maar ook bij kinderen komen in de derde fase verschillende problemen naar voren op cognitieve, gedragsmatige en sociaal-emotioneel niveau. Het brein is nog in ontwikkeling en elke ontwikkelingsfase vraagt andere eisen van het kind en het gezin. Hierdoor ontstaat er een levenslange verwerkingsproblematiek. Kinderen kunnen niet teruggrijpen op eerdere opgedane ervaringen, omdat zij deze nog niet hebben. Volwassenen kunnen deze eerder opgedane ervaringen gebruiken om het gemis te compenseren. Kinderen met NAH rouwen telkens opnieuw doordat zij nog volop in ontwikkeling zijn. Elke nieuwe ontwikkeling of overgangsfase betekent opnieuw rouw. Dit is een levenslang proces.

NAH treft niet alleen het kind of de volwassene, maar ook de naaste(n) die dichtbij staan rouwen. Daarom is het belangrijk dat zij niet vergeten worden. Ook zij hebben te maken met een leven voor en een leven na de breuk en ervaren rouw. In het behandelen van rouwproblematiek na NAH is het belangrijk om de naaste(n) te betrekken bij het proces en oog te hebben voor de ondersteuningsvragen die zij hebben. Deze interventie heeft als doel dat zij de (mantel)zorg vol kunnen houden. Voor deze doelgroep is de laatste jaren al veel aandacht en daarom zullen wij ons met dit product niet op de naasten richten.

VAKTHERAPIE BEELDEND

Het uitgangspunt van vaktherapie beeldend is dat de ervaringen die de cliënten in therapie opdoen, het leven buiten de therapie beïnvloeden en veranderen, dat er een 'transfer' van de ene situatie naar de andere plaats vindt. Vaktherapeuten beeldend gaan uit van de analogie tussen wat er in het medium gebeurt en de link naar het gedrag, het denken en het voelen in alledaagse situaties. Het gaat binnen beeldende therapie niet om het product wat wordt gemaakt maar om het proces waarin het product is ontstaan.

Vaktherapie beeldend is een mogelijkheid om te behandelen omdat het beeldend werken een vorm is die bij rouwverwerking kan confronteren met het gevoel, herschikking van het leven en het afsluiten van bepaalde processen. Hierbij hoeft iemand verbaal niet altijd uit te leggen wat er gebeurd is. De weg naar het werkstuk (proces) en het werkstuk zelf, zegt vaak al genoeg. Bij de creatieve procestheorie wordt er een appèl gedaan door creatieve middelen op het gevoel. Dit is binnen rouwverwerking een belangrijk onderdeel. De creatieve

processtheorie is gericht op ego-versterking. Binnen verliesverwerking van mensen met NAH is dit een belangrijk onderdeel. Bijvoorbeeld: iemand kan zich afvragen wat hij nog wel kan. Door de cliënt 'schoonheidservaringen' op te laten doen ligt de focus op wat wel (nog) kan. Hierdoor wordt het zelfbeeld en daardoor de integratie van het hersenletsel gemakkelijker. Deze theorie sluit tevens goed aan bij mensen (bijvoorbeeld CVA) die verbaal niet sterk (meer) zijn. Er zijn verschillende didactische modellen ontwikkeld die ingezet kunnen worden. Daarnaast kan het goed ingezet worden bij kinderen. Kinderen leren door middel van spel. De creatieve processtheorie nodigt uit tot experimenteren en doet een beroep op verschillende gebieden van de ontwikkelingstheorie van Erikson.

Het onbewuste proces waar bewust gebruik van gemaakt wordt bij de kunstanaloge procesbenadering spreekt ons aan omdat een grote groep mensen met NAH beperkt worden in het bewust beleven en tot uiting brengen van hun gevoelens. Het vinden van woorden kan beperkt zijn, waardoor het werken met beeld en onbewuste processen de uitkomst kunnen zijn voor mensen met NAH. Binnen de beeldende therapie kan de persoon met NAH terugblikken op het leven om gebeurtenissen op een rij te zetten, bepaalde negatieve ervaringen te verwerken en een plaats te geven en stil te staan bij de betekenis van sommige ervaringen. Terug kijken op wat er was en vormgeven hoe het leven nu is. Het maakt dat de persoon kan komen tot een herwaardering van het bestaan. Het gebruik van rituelen en symbolen kunnen een bijdrage leveren bij het afsluiten van verschillende processen. Bij symbolische handelingen ontbreekt vaak taal, maar er zijn wel allerlei creatieve middelen waar ze iets mee zeggen. Kinderen zijn gevoelig voor rituelen en kunnen hun eigen symboliek weergeven.

ATTITUDE

We concluderen dat de impact van NAH groot is en het aanbieden van behandeling bij het doorlopen van de rouwtaken gewenst is. Hierbij is de attitude van de therapeut van belang. Mensen met NAH denken vaak nog 'de oude' te zijn of op zijn minst snel te kunnen herstellen. Dat betekent dat er binnen de therapie eerst geïnvesteerd moet worden in het vergroten van het besef. Dat lukt echter niet met praten alleen. Passende activiteiten zijn belangrijk; aansluiten bij de beleavingswereld van de cliënt zonder te oordelen, dat is wat van de therapeut gevraagd wordt. Daarbij is de attitude, ook wel de grondhouding van de therapeut, van groot belang. De persoon met NAH heeft om te herstellen vrije aandacht van een ander nodig: iemand die luistert, open vragen stelt, ruimte geeft voor gevoelsontlading en ondersteunt. De persoon die praat en zijn gevoelens ontlaadt, komt zo tot een herwaardering van het geleden verlies. Op die manier ontstaat naast zelfvertrouwen ook vertrouwen in anderen en hoop voor de toekomst.

Een therapeut die werkzaam is met mensen met NAH heeft vanzelfsprekend kennis nodig van NAH en de gevolgen hiervan. Tevens zal de therapeut kennis moeten hebben van de verschillende rouwtaken die de persoon doorloopt en de emoties die daarbij gepaard gaan. Ook zal de therapeut bij het gebruiken van het product dat wij gaan ontwikkelen, kennis nodig hebben van de creatieve processtheorie en de kunstanaloge procesbenadering, omdat de werkvormen die ingezet zullen worden, per rouwtaak hiermee onderbouwd zullen zijn. Zodoende beschikken ze over vakspecifieke kenmerken. Het is belangrijk dat de therapeut die een kind met NAH behandelt, kennis heeft van de ontwikkelingsfasen die een kind doorloopt.

BRONNEN

LITERATUUR

Beuving, S., (2010). *Groot praktijk onderzoek, Beeldende therapie als behandelvorm binnen de revalidatiecentra. Een onderzoek naar hoe beeldende therapie ingezet kan worden bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandelaanbod van de revalidatie*. Afstudeerscriptie Hogeschool Utrecht, Amersfoort, Beoordelaar: Han Kurstjens.

Boevink, W., Plooy, A. & Rooijen S. van, (2006). *Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. Amsterdam, SWP.

Boevink, W.A., Plooy, A., Giesen, F. & Kroon, H. (2008). *Lijsbehold, levenskunst, verbondenheid en goede hulp. Wat mensen met psychische handicaps nodig hebben om zichzelf te helpen*. In: Weeghel van, Plooy, Rooijen van. *Jaarboek Rehabilitatie*. Utrecht, SWP.

Budde, E., (2000). *Wat woorden niet kunnen zeggen, creatieve middelen in begeleiding en hulpverlening*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.

Claes, M., Cordenier, G., De Vrieze, C., Lafosse, C., & Van Hove, W. (2002). *Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) in Vlaanderen vandaag*. Destelbergen, SIG vzw.

Cocquyt, S. (2009). *Wie begrijpt mijn NAH-kind? Op zoek naar psychologische hulp na een hersenletsel*, Tijdschrift Klinische psychologie, 39^e jaargang.

Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten met de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum.

Declerck, I., (2008). *IK MAAR ANDERS? Onderzoek naar het zelfconcept van kinderen met niet- aangeboren hersenletsel*. Masterproef. Universiteit Gent, Promotor: Prof. Dr. G. van Hove.

Dros, L. & Dekker, W. (2012). *De onmisbare functies van rouwrituelen*, afstudeerscriptie Christelijke Hogeschool Ede, Beoordelaar: Vierwind, H.

Eilander, H., Belle-Kusse, P. Vrancken, P., (1998). *Ze zeggen dat ik zo veranderd ben*. Purmerend, H&R Grafisch Servicebureau.

Eilander, H. & Belle-Kusse, P.van, & Vracken, P., (2006). *Hersenletsel: achtergronden en aanpak. Ze zeggen dat ik zo veranderd ben*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.

Exel, N.van, Scholte op Reimer, W., Brouwer, W., van den Berg, B., Koopmanschap, M., & van den Bos, G. (2004). *Instruments for assessing the burden of informal care giving for stroke patients in clinical practice: A comparison of CSI, CRA, SCQ and self-rated burden*. Clinical Rehabilitation.

Fiddelaers-Jaspers, R., (2005). *Jong verlies, rouwende kinderen serieus nemen*. Kampen, Uitgeverij ten Have.

Foolen, N. en Rooijen, K., (2012). *Wat werkt bij rouwverwerking?* Bredeschool, nizw.

Franken, B., Laurijssen, J. & Opstal, S., (2006). *In de rouw, wat nou?*, Afstudeerscriptie, Hogeschool Rotterdam, Beoordelaar: Esther Steultjens.

Freud, S. (1925/1946). *Selbstdarstellung. Gesammelte Werke 14*. London: Imago.

Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven. Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Harrington, R., & Harrison, L. (1999). *Unproven assumptions about the impact of bereavement on children*. Journal of the Royal Society of Medicine.
- Hermans, E., Zadoks J., Gijzen., (2012). *Voor organisaties en professionals die betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding van gezinnen met een kind met NAH*.
- Hertog, I. den. (2012). *Verliesverwerking d.m.v. PMT bij mensen met een lichamelijke beperking door CVA*.
- Heuvel, E Van den., de Witte, L., Schure, L., Sanderman, R., & Meyboom-de Jong, B., (2001). *Risk factors for burnout in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention*. Clinical Rehabilitation.
- Hilbers, M., (2010). *Vind je eigen kracht*. Afstudeerscriptie, Hogeschool Utrecht.
- Hughes, F., (1980). *Reaction to loss, Coping with Disability and Death*. Rehabilitation Counseling Bulletin.
- Jackins, H., (1965). *The human side of human beings. Reevaluation Counseling*. Seattle, Rational Island Publishers.
- Jacobs, H.E., *Long-term family intervention*. In D.W. Ellis, & A.L. Christensen (Eds.), *Neuropsychological treatment after brain injury*, Boston, London: Kluwer Academic Publishers. Jacobs.
- Jones, M. L. (2010). *Het kunstzinnig proces, Een onderzoek naar hoe een focus op het kunstzinnigproces te gebruiken is als methode in de beeldende therapie*. Afstudeerscriptie, Hogeschool Utrecht.
- Karsten Schöler, D. & Hilbers, M., (2009). *MantelzorgZorg, cursusboek 'Vind je eigen kracht'*. Amersfoort: Hogeschool Utrecht afstudeeropdracht opleiding Creatieve Therapie.
- Kavanaugh, M., (1974). *De psychologie van het sterven*. In R.L. Morgan, J.C. Morgan, & L. Geluk (Red.), *Om de dooie dood: een inleiding tot de psychologie van dood en sterven*, Den Haag: VUGA. Kavanaugh.
- Keirse, M., (1998). *Tussen iets en niets*, Uitgeverij Terra, Lannoo.
- Koelewijn, A., (2007). *Trauma in beeld, Creatieve therapie en trauma verwerking*, Praktijkonderzoek; Amersfoort: Hogeschool van Utrecht.
- Krupnick, J., Horowitz, M.J., Kaltreider, N., Wilner, N., Leong, A. en Marmar, C. (1981). *Initial psychological response to parental death*. Archives of general psychiatry.
- Lafosse, C., (2006). *Psycho-educatieve en begeleidingsgerichte ondersteuning voor patiënten en hun families met een niet-aangeboren hersenletsel*. Tijdschrift Klinische Psychologie.
- Lafosse, C., (2009). *Psychologische patiëntenzorg na een hersenletsel: de locomotief voor en de locomotief achter*. Tijdschrift Klinische psychologie.
- Maes, J., (2009). *Leven met gemis. Handboek over rouw, rouwbegeleiding en rouwtherapie*. Wijkmaal-Leuven, ZorgSaam.
- Migchelbrink, F., (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam, SWP.
- Molen, H. van der, Perreijn, S., Hout, M. van der, *Klinische psychologie*. Groningen/ Houten Wolters-Noordhoff.
- Mönninck, H., (2008). *Verlieskunde, Handreiking voor de beroepspraktijk*. Utrecht, Lemma.
- Nijmanning, M., (2010). *Zingevingstherapie*, Amsterdam, SWP.
- Parkes, C. M., (1975). *Psychosocial Transitions: Comparisons between the reactions to Loss of Limb and Loss of a Spouse*. British Journal of psychiatry.

- Prins, P. Breat, C. (2008). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*. Bohn Stafleu van loghum, Houten.
- Prins, J. en Kuyper, M.B., (2006). *Landelijke richtlijn rouw, de eerste druk van het richtlijnenboek van de Vereniging van Integrale Kankercentra*.
- Prinsen, A., (2008). *Heb ik een probleem dan?* Interakt contour.
- Rando, T. (1984). *Grief, Dying and Death: Clinical Interventions for Caregivers*. Champaign, Illinois: Research Press Co.
- Smeijsters, H., (2003). *Handboek creatieve therapie*, uitgeverij Coutinho, Bussum.
- Smeijsters, H., (2008). *De kunsten van het leven. Voorbeelden uit de creatieve therapie*. Diemen: Veen Magazines.
- Smeijsters, H., (2008). *De kunsten van het leven*. Diemen: Veen Magazines.
- Schweizer, C. e.a., (2009). *Handboek beeldende therapie, Uit de verf*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Spapens, F., (2010). *Monumenten van herinnering: Creatieve werkvormen die de mogelijkheid bieden op symbolische wijze de herinneringen aan een overleden dierbare vorm te geven*. Afstudderscriptie, Hogeschool van Arnhem en Utrecht. Beoordeelaar: Joke Dijkstra.
- Spuij, M., Stikkelbroek, Y., Goudena, P., & Boelen, P. (2008). *Rouw en verliesverwerking door jeugdigen. Kind en Adolescent*.
- Verliefde, E, Fiddelaers-Jaspers, R. (2005). *Ruimte voor verdriet. Omgaan met kinderen in verliessituaties*. rjm Acco, Uitgeverij, Leuven/Voorburg.
- Vorst, Judith (1998). *Greep op het leven: ons levenslange gevecht tegen macht en overgave*. Amsterdam: Anthos.
- Visser-van dijk, J.H., (2008). *De onzichtbare gevolgen van NAH*. Verpleeghuis Salem, Ridderkerk.
- Wertheim-Cahen, T. (1994). *Getekend bestaan: beeldend-creatieve therapie met oorlogsgetroffenen*. Utrecht: ICODO.
- Witteveen, E., Admiraal, L., Visser, H. en Wilken, J., (2010). *Communicatie bij hersenletsel, Begrijpen we elkaar?* Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Wolff, K (2010). Creatieve procestheorie en de beeldende kunsteducatie. *Mogelijkheden voor aansturing en begeleiding van een beeldend creatief proces*. Literatuuronderzoek Masteropleiding. Amsterdam Hogeschool voor de kunsten.
- Worden, J.W., (2002). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.
- World Health Organization, (1999). *Review of the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Geneva: World Health Organization.

GEBRUIKTE ZOEKMACHINES

scholar.google.nl
www.google.nl

WEBSITES

www.hbo-kennisbank.nl
www.heliomare.nl
www.hersenstichting.nl
www.kennisplein.nl
www.loketnah.nl
www.nationaalkompas.nl
www.nji.nl
www.psychischegezondheid.nl
www.siza.nl
www.trimbos.nl
www.wikipedia.nl

BROCHURES

Slachtofferhulp, praktische gids na een misdrijf of een plotseling overlijden (2003)
Vilans kenniscentrum, (2012) De Richtlijn

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 GESPREK MET CAROLIN BURKARD

Gesprek van Angelique met Carolin Burkard Vak therapeut beeldend Siza

Datum 24-01-2013

Onderwerp: Afstuderen: Website Rouw en verlies bij kinderen met NAH en volwassenen met een 'verworven' lichamelijke beperking.

Het is belangrijk om onze vraag te verhelderen. Wat willen we met het onderzoek bereiken. Dit houdt in dat we ook keuzes moeten gaan maken. Carolin raad ons aan door gebruik te maken van een stappenplan ons bewust te maken van de hoeveelheid waar we op willen gaan focussen en de volgorde waarin we dat willen gaan doen.

Zij heeft veel aanmeldingen met betrekking tot omgang met verlies.

Hierbij gaat het veelal om lichamelijk verlies. Zij focust dan op het onderzoeken van de mogelijkheden, en het ontdekken daarvan op een speelse/creatieve manier. Ook het feit benadrukken dat het is wat het is. Het niet mooier maken. Vanuit de begeleiding van onze cliënten is er veel vraag naar.

Zij vindt het onderwerp leuk, een mooi idee en er is zeker vraag naar binnen Siza.

Het idee om werkvormen te koppelen aan de rouwtaken/fasen spreekt haar erg aan. Een dynamisch geheel doordat behandelaren zelf kunnen kiezen uit de werkvormen die wij beschrijven. Geen vaste module omdat rouw door ieder persoon anders beleefd wordt. Er is geen standaard voor.

Ook komt de indicatie ter sprake. Wanneer heeft iemand behandeling nodig. Dat is moeilijk concreet te maken. Hier kunnen we wel stelling in innemen. Als we dit zelf verantwoorden.

Ook het feit dat psychologen en verliesbegeleiders gebruik maken van symbolen en rituelen. Waarom verwijzen ze niet door naar een beeldend therapeut? Wat is dus de meerwaarde van beeldende therapie. Hoe gaan we dat aan tonen?

Carolin wil zeker mee denken, feedback geven en een begeleidende rol bekleden.

Personen binnen Siza die van belang kunnen zijn voor dit onderzoek:

Diana Koeleman; zij beheert intranet en internet. Belangrijk voor eventuele links en informatie die we kunnen delen.

Jan ter Linde; Ethisch begeleider

Kennis cirkels; In de kenniscirkels zitten verschillende behandelaren, zij delen expertise en de laatste kennis. Hierbij kijken ze breed en buiten de kaders. Zij denken mee bij actuele vragen en geven advies en geven informatie op intranet.

Annemieke Buitink; Kenniscirkel NAH

Selma Hoek; Kenniscirkel LG

BIJLAGE 2 GESPREK MET ANK KEMPINK

Gesprek van Angelique met Ank Kempink vak therapeut beeldend, werkzaam als activiteitenbegeleider op Het Centrum voor Niet Aangeboren Hersenletsel van Siza.

Datum 25-02-2013

Ank beschrijft de PAK methode omdat ze daar indertijd gericht mee begonnen is. Dit heeft ze samen met Annemiek Buitink, maatschappelijk werkster binnen Siza opgezet.

Het is een goede methode voor de verliesverwerking van deze doelgroep. Alles in laatjes, laatje kan dicht en open, hoeveel heb je er nodig. Er komen vaak gedurende het proces ook laatjes bij. Dat is een mooi gegeven. Aansluitend bij het tekenen is het een goede methode. Heel laagdrempelig, belangrijk voor de meest nuchtere personen die in de behandeling komen. En eigenlijk niks van al dat gedoe moeten hebben en juist op zoek zijn naar hoe ze verder kunnen.

Allemaal hebben we iets, we zijn wel samen, we zijn wel een groep.

Lotgenoten contact noemt zij als meerwaarde. Herkenning bij elkaar is belangrijk. Er wordt veel gedeeld. Communicatie over en weer. Ze bevragen elkaar daarin, veel milder, doordat lotgenoten elkaar aanvoelen en meer van elkaar kunnen hebben.

Mensen komen op de locatie binnen vanuit de revalidatie. De cliënt is daardoor erg gericht op wat hij of zij niet meer kan. Het maakt een groot verschil dat mensen regelrecht uit de behandeling komen en voor behandeling komen in tegen stelling tot de ac functie die het Centrum voor NAH voorheen had.

In de gewone levenslijn is altijd sprake van verlies, en vervolgens gaat men weer verder. Dit is een stuk van verlies en hoe kan je vervolgens weer verder. Het is onomkeerbaar. Dat is een hele belangrijke bij deze doelgroep.

Gesproken over de schoonheid van verdriet. Het geeft aan dat je van iets hebt gehouden wat er niet meer is. Verdriet, boosheid, wat kan ik nog wat komt er nog, had ik niet liever, stel dat. De kwetsbaarheid. Soms zijn er letterlijk geen woorden voor, beeldend werken is dan een uitkomst. Veel mensen met NAH zijn afgevlakt. Dat is erg lastig en tergend voor de cliënt. Weinig kleur.

De cliënten die Ank behandeld hebben een heel leven achter zich. Het niet meer dit kunnen niet meer dat kunnen. Kinderen zullen misschien nooit dit of nooit dat kunnen. Mooi dat Monique dat stukje gaat oppakken. De rouwtaken besproken en de overeenkomst van de verschillende fasen van NAH.

Dat hopen we met literatuur onderzoek te kunnen onderbouwen. Daarom is de kennis vanuit het werkveld zo belangrijk.

Ank geeft aan dat vooral het leggen van de nadruk op de toekomst en alles wat er niet meer is en het nu. Er is een gapend gat. Als er geen wensen meer zijn is er geen reden om te leven. Dan ben je er klaar mee. Gevoel en verstand zitten elkaar dan vaak in de weg.

Leven in het hier en nu. Cliënten moeten we daaraan helpen herinneren. Er is niks zo belangrijk als het nu moment. Vanuit het positieve kijken maakt mensen veel actiever. Naar wat je wel kunt. Is er nog iets dat je leuk vindt. Hierbij geeft ze een voorbeeld. Er lag een eigen gemis achter waar hij nu wel van kon genieten. Vervolgens inzoomen waar het op reflecteert en aan relateert. Beeldend werk is dan een belangrijke aanvulling.

Gesproken over medicatie, moeten we daar rekening mee nemen. Ank denkt dat dat wel mee valt. Velen hebben wel medicatie. Meestal niet om de gevoelens aftevlakken of emoties te reguleren. Zij verwacht dat dit in de literatuur niks oplevert.

De structuur en de rust zijn er belangrijk. Eigenlijk willen ze zich nergens druk over moeten maken. Dat is hier een hele belangrijke omgevingsvoorwaarde. De cliënten die zij behandeld hebben veelal een 'gewoon' leven. Wonen thuis hebben een netwerk. Al raakt die vaak verarmd.

Zij ziet dat er veel te bereiken is met deze doelgroep in de groep en individueel. Het letterlijk zichtbaar worden. Mensen willen graag bezig zijn met wat het gevoel aanspreekt.

Ank snapt dat we kritisch kijken naar het delen van de werkvormen. Dat het daar komt waar we het hebben willen. Het plan klinkt goed, het is wel veel werk. Profiteer van de kennis die er al is.

Ank vindt het leuk om mee te denken aan ons product. Het feit dat de informatie die het oplevert ook voor haar toegankelijk zal worden vindt ze geweldig.

Ank geeft aan dat ze op de maandag middag tijd heeft voor gesprekken met ons. Ik houd contact met Ank. Ank zal deel nemen aan het behoefteonderzoek en deel uit maken van de evaluatiegroep.

BIJLAGE 3 GESPREK MET SELMA HOEK

Gesprek van Angelique en Monique met Selma Hoek Maatschappelijk werkster en voorzitter van de Kenniscirkel LG van Siza.

Datum 20-02-2013

Nadat we hebben verteld over ons praktijkproject hebben we samen gesproken over de mogelijkheden die er binnen Siza zijn om ons hierbij te ondersteunen. De kenniscirkel is net opgestart. Op dit moment moet het nog vorm krijgen allemaal. Juist het feit dat ze opstartend zijn maakt dat we echt mee kunnen denken bij de ontwikkeling en vormgeving daarvan.

Deskundigen met betrekking tot LG en verlies zijn Selma en Renee Siebel en de gedragskundigen die in de kenniscirkel deelnemen. Renee en Selma in de rol van maatschappelijk werkers krijgen een signaal van een behandelaar dat er wat speelt bij een cliënt. Vooral bij mensen met NAH omdat er daar een aanmerkelijke breuk in de levenslijn is ontstaan. Ook bij mensen met LG vanaf de geboorte en later verworven lichamelijke beperkingen zit verlies verwerking, angst voor de dood. De mensen met een beperking worden steeds ouder waardoor ook naast de lichamelijke beperking andere ouderdomskwalen de omgang met de beperking bemoeilijken. Rouw en verlies komen daardoor veel voor binnen Siza. Selma beschrijft een casus van een man met een dwarslaesie die ouder wordt. Hierdoor heeft hij steeds meer hulpmiddelen nodig. Hij heeft hier moeite mee. Hij moet steeds weer afscheid nemen. Selma kan zich meerdere mensen voor de geest halen die baat zouden kunnen hebben bij ons onderzoek. Contacten worden anders, van voor je zorgen naar (ongevraagd) voor je beslissen. Steeds levert de cliënt een stukje in. Selma ziet de meerwaarde van ons project. Als het hoofd vol zit moet je met je handen bezig gaan. Op zoek naar balans. De concentratie brengen naar het hier en nu. Ons product is een mooie aanvulling in het aanbod dat er is.

Binnen heel Siza is er één beeldend therapeut en één beeldend therapeut werkzaam. Zij worden waar nodig wel ingeschakeld binnen de Kennis cirkel.

Ook hebben we gesproken over andere vormen van verlies. Bijvoorbeeld verlies van vriendschappen en het oude vertrouwde dat gaat diep in de ziel van de mensen omdat velen een beperkt netwerk hebben. Wij gaan ons daar niet op richten. We beperken ons op verlies van lichaamsfuncties.

Bij NAH en LG kan beeldend werken een grote meerwaarde hebben. Voeten over ijs en in het gras zijn belevenissen die zo'n meerwaarde hebben voor mensen die dat niet eerder of al lange tijd niet ervaren hebben. 'Hier zijn de gewone dingen bijzonder' aldus Selma.

Ook hebben we gesproken over weerstand. Wanneer bied je therapie aan. Op het moment dat iemand vastloopt in het dagelijks leven en een eigen hulpvraag hebben. Het moet voor de persoon een meerwaarde hebben. Soms is rouw en verlies gewoon te heftig dit kan ook weerstand oproepen.

Wat hebben wij in de aanbieding: De informatie en het uiteindelijke product.

Wat wij graag willen is contacten met betrekking tot behandelaren en cliënten. Vanuit de opleiding zijn er een aantal criteria gesteld met betrekking tot contacten met het werkveld. Zo hebben wij te maken met drie groepen mensen waar wij een beroep op gaan doen.

- Behoeftedonderzoek onder professionals
- Adres groep (behandelaren op velerlei vlakken)
- Evaluatie groep (ervaringsdeskundigen)

Selma raadt ons aan contact te zoeken met Fieke Schönthaler. Zij heeft jaren met kinderen met LG gewerkt en is een bekwaam iemand. Fieke is veel bezig met ontwikkeling rondom kinderen met LG. Selma denkt dat wij aan een samenwerking met haar veel aan zullen hebben.

Ook het AC en de woonbegeleiders kunnen we in het behoeftedonderzoek betrekken. Mensen worden thuis geconfronteerd met verliezen en ervaren veel rouw en verlies. Selma beschrijft een casus van een jonge vrouw. Zij had altijd gedanst en nam nu deel aan activiteiten op het ac. Zij was erg creatief en schilderde aan tafel. Door middel van een ezel werd de persoon weer ruimte gegeven. Hierdoor begon zij weer te praten. Zij kon

haar lijf weer inzetten. Ze werd er zo mooi van. Een mooi voorbeeld over hoe beeldende therapie kan werken. Je mag er zijn. Zien en gezien worden. Ruimte innemen.

Het gebruik maken van de nieuwe ontwikkelingen op het gebied van technologieën. Veel mensen kunnen goed met een computer overweg. Hier kunnen we gebruik van maken met betrekking tot de werkvormen die we gaan aanbieden. Bijvoorbeeld door middel van Ipad om over weerstand heen te helpen. Vooral de hulpmiddelen toe passen waar de persoon zelf over beschikt. Zo kan het proces door lopen. Wordt de zelfredzaamheid ook weer ondersteund.

Het toepassen van fotografie en film. Mogelijkheden met betrekking tot het gebruik van computers.

Ook een voorbeeld van iemand met een spierziekte een document maken op het moment dat het nog redelijk goed gaat. 3d projecties maken op gebouwen. We hebben de film daarvan bekeken op www.youtube.nl. Vergelijking gemaakt met krijt tekeningen op de stoep. De koppeling gemaakt naar mensen met een slechte hand functie.

Belangrijke adressen:

- Revalidatiecentrum Groot Klimmendaal in Arnhem
- Revalidatiecentrum Hoogstraat in Utrecht
- Bosk
- Stichting De Schakel met betrekking tot mensen met een dwarslaesie
- Atelier 24 van Siza wordt aan de hand van kunstenaars gewerkt. Niet vanuit therapeutisch oogpunt. Wel stevige kunstwerken. Goed om ook contact mee te zoeken.

Wat we hebben afgesproken:

- We houden de kenniscirkel op de hoogte
- We kunnen een beroep doen op de verschillende mensen binnen de kenniscirkel LG.
- Selma kijkt of er boeken/literatuur is met betrekking tot LG en verlies.
- Selma neemt deel aan de adresgroep.
- We gaan Fieke Schönthaler benaderen met de vraag of zij in de evaluatiegroep wil deelnemen.
- Selma zal ons in de Kenniscirkel introduceren en wij zullen vervolgens de verschillende personen benaderen.

BIJLAGE 4 GESPREK MET THEO OLLING EN COBY SCHOEN

Gesprek van Angelique en Monique met Theo Olling en Coby Schoen, vak therapeut beeldend en clustermanager van Betsy Perk een wooncluster voor mensen met een lichamelijke beperking en/of niet-aangeboren hersenletsel.

Datum 04-03-2013

We starten het gesprek met Theo, Coby zal later aansluiten.

Na een korte introductie met betrekking tot onze achtergrond hebben we gesproken over beeldende therapie en rituelen. Volgens Theo worden rituelen veel in beeldende therapie gebruikt en is het een belangrijk onderdeel voor de erkenning van het verlies. Rituelen zijn goed met beeldende therapie te doen. Erkenning is een van fasen. Maar ontkenning is een van de eerste en dan horen rituelen erbij. Aldus Theo

De doelgroep wordt groter doordat de medische kennis vooruit gaat waardoor er meer mensen overleven met hersenletsel. Dan is er niet iemand dood gegaan. Het functioneren is weg en de rollen die je voorheen had zijn veranderd. Je moet ergens anders afscheid van nemen. Er is sprake van een oude ik en een nieuwe ik. Je hebt een heel stuk oude ik ingeleverd. En wat heb je precies ingeleverd. Dat moet je duidelijk zien te krijgen en daar moet afscheid van genomen worden om een nieuwe toekomst te creëren. 45% van de mensen met NAH heeft geen ziekte besef. Deels door de plek van de beschadiging in de hersenen. Deels door het proces waar ze inzitten. De hoop blijft voor volledig herstel. In het begin in het revalidatie proces is er vooral de focus op het lichamelijke herstel. Op het moment dat mensen thuis komen dan worden ze geconfronteerd met het verlies.

Op dit moment sluit Coby aan.

Zij geeft ook een korte introductie over haar werk ervaring. Zij heeft op verschillende plekken met NAH gewerkt. Als clustermanager werkt ze inmiddels 5 jaren.

Theo zegt dat fasen van rouw te vergelijken zijn met een doolhof. Mensen die samen een rouwproces door maken hebben vaak niet veel aan elkaar. Dit komt doordat de rouwfasen een beetje door elkaar heen lopen. De een zit dan hier in het doolhof en de ander zit dan daar en af en toe kunnen ze elkaar over heg heen zien. Maar that's it. NAH met rouw en de partner daarvan hebben een gelijksoortig proces door. Dat moet je allebei goed in het oog houden. Dat kan je dus niet helemaal gescheiden behandelen. Ze komen met elkaar in conflict. Dat is heel belangrijk. Erkenning voor dit feit is heel belangrijk. Dit hele proces.

De ervaring van Coby is dat er niet veel aandacht voor rouw is in het leven van alledag in haar wooncluster. Mensen moeten zich staande houden. Het is zoals het is. Stuk is stuk. Moeilijk om het erover te hebben. Het leven van alledag vraagt al alle energie. Ook medewerkers vinden het soms moeilijk. Ontwijken het dan. Achter het verlies zit soms ook ander verlies. Opstapeling van verliezen waardoor gestagneerde rouw sprake kan zijn. Als je alleen op het praktische blijft zitten dan stagneert het dus en ontwikkeld er gestagneerde rouw en die is heel moeilijk om te kunnen behandelen. Aldus Theo

Soms zie je dat mensen moeilijk uiting kunnen geven (afasie) de woorden niet kunnen vinden. Daarom zien wij raakvlakken met beeldende therapie. Dat kan dan juist mogelijkheden scheppen.

Dat zegt Coby ook vaak tegen Theo dat hij eigenlijk ingeschakeld moet worden. Trudie Maasland is actief in haar organisatie met betrekking tot NAH en beeldende therapie. Haar kunnen we ook benaderen.

Iets hardop zeggen van wat er gebeurt is, is belangrijk. Als iets wordt uitgebeeld in een beeld of schilderij dan bekijft het, dat is genoeg theorie. Dan komt het wel terecht en vindt er een verandering plaats. Daar gaat het om. Of dat altijd plaats vindt bij mensen met NAH dat is nog de vraag. Met beeldende therapie maak je meer kans dat er verandering plaats vindt dan alleen met het praten. Er gebeurt toch iets in de hersenen. Er kunnen nieuwe verbindingen gemaakt worden.

Praten met woorden heeft voor de doelgroep zo weinig inhoud. Er wordt snel in stereotypen gesproken. Mensen komen niet goed genoeg uit hun woorden, hebben moeite om bij hun gevoel te kunnen. Of dat gewoon niet willen omdat ze bang zijn voor wat er gebeurt. Controle.

Met woorden kan je dus kaders maken en kan je kiezen wat je zegt, je wordt hierdoor beperkt. Je kunt iets afschermen. Je kunt in een kringetje rond blijven praten. Door middel van beeldende therapie dan ben je niet gewend om afleidingsmanoeuvres te creëren en ga je daar dus aan voorbij.

NAH kunnen soms moeilijk of niet meer huilen. Hoewel er wel de behoefte is. Mooi als je dat in beeldende therapie wel kan laten uiten. Dat zijn belangrijke elementen in het rouwproces om daar doorheen te komen. Dat zijn dingen in het proces die dus geblokkeerd zijn en die dus met beeldende therapie wel in beweging

worden gezet. Verandering toebrengen, acceptatie, verwerken en een plek geven. Dat is het doel. Hoever je daarmee komt is afhankelijk van het NAH.

Er is een grote behoefte voor mensen met NAH om over het oplopen van de beperking te praten. Dat herhaalt zich. Is nodig voor het verwerkingsproces. Daar blijven sommigen jaren lang in hangen.

Werkvorm:

- Maak er een stripverhaal van. Van ieder moment een tekening van hoe het ging en het gevoel erbij.
- Verleden heden en toekomst: schrijf losse krabbels op. Vervolgens van de krabbels een tekening maken. Dit leverde wonderbaarlijk gemakkelijk veel op. Er kwam een hoop uit. Vooral wat mensen zelf uit de krabbels haalden. Dat was eenmalig. Het heeft hen verbaasd.

Toch is de ervaring is dat het werken in groepen bij NAH niet geschikt is. Dit met betrekking tot grensoverschrijdend gedrag. Terwijl de behoefte er is. Toch is het lastig om dit in goede banen te lijden. Hierdoor worden mensen steeds weer geconfronteerd met het verlies.

Theo reageert op ons idee van de website. Het vak moeten we ook een beetje beschermen. Het zijn niet alleen de werkvormen die je inzet. Ook je attitude en interventies zijn van belang. Het aanbrengen van aanpassingen gedurende de therapie doet een beeldend therapeut bewust. Hierbij houd je het proces in het oog. In eerste instantie wilden we alles in de openbaarheid brengen. Van dat besluit zijn we voor we dit gesprek in gingen al terug gekomen. We gaan twee producten maken. De informatie die we op een website aanbieden en een bundeling van onderbouwde werkvormen

‘Ik leer ermee leven, maar zal het nooit accepteren.’ ‘Ik heb geaccepteerd dat ik het nooit zal accepteren. Zijn uitspraken die van toepassing zijn.’

Coby en Theo willen deelnemen in de evaluatiegroep.

Tevens willen ze deelnemen aan het behoefteonderzoek.

BIJLAGE 5 DE ADRESGROEP DIE HEEFT MEEGEWERKT AAN ONS BEHOEFTEONDERZOEK

5.1 ROUWDESKUNDIGEN

Leoniek van der Maarel-Stordiau	Psychotherapist and filmmaker for terminal ill people Herinneringen-enzo, Emoties-Enzo leoniekvandermaarel@gmail.com
Ina Braber	Consulent levensvragen www.gors.nl lBraber@gors.nl
Margot van Acker	Is net begonnen met haar praktijk voor verliesbegeleiding Heeft wel veel ervaring met rouw (dementie). Kunnen we ook gebruiken voor creatieve werkvormen. margotvanacker@gmail.com

5.2 VAKTHERAPEUTEN BEELDEND

Carolin Burkard	Vaktherapeut beeldend Siza Carolin.burkard@siza.nl Werkvormen
Jolien van der Wal	Vaktherapeut beeldend werkzaam als activiteitenbegeleider Verzorgings- verpleeghuis NAH Jolienvdwal@hotmail.nl
Marianne Verfaillie	Vaktherapeut beeldend beeldend therapeut master at GGzE marianneverf@live.nl

5.3 NAH

Theo Olling	in de evaluatiegroep Vaktherapeut beeldend info@ollingartinn.nl
& Coby Schoen	Clustermanager Betsy Perk Wooncluster voor mensen met een lichamelijke beperking en/of niet-aangeboren hersenletsel
Mechteld Dijkman	In evaluatie groep Klinisch psycholoog/neuropsycholoog Coördinator NAH poli volwassenen. m.dijkman@heliomare.nl
Leonie Derksen	Intake-en plaatsingsadviseur Siza Contactpersoon NAH regio Achterhoek Leonie.derksen@siza.nl
Rita IJzerman	Woonbegeleidster Siza Woonvorm voor 24 uren begeleiding voor volwassenen met NAH Rita.ijzerman@siza.nl
Frans van Oosten	Geestelijk verzorger Revalidatiecentrum Viareva F.v.oosten@viareva.nl
Cindy Bosch	begeleider Siza Ervaring met betrekking tot NAH Cindy.bosch@siza.nl
Inge Linskens	Orthopedagoog en gedragskundige Siza Maakt deel uit van de kenniscirkel NAH Inge.linskens@siza.nl
Ineke Raat	Teamleider Siza Ervaring met betrekking tot wonen en activiteiten NAH Ineke.raat@siza.nl
Saskia van der Meer	Kunstzinnig hulpverlener werkzaam als Activiteitenbegeleider bij Via Reva Revalidatie centrum

Johan Reitsma	saskia.v.d.meer@viareva.nl Participatie coach/Activiteitenbegeleider Siza Ac Balders-Hoef Johan.reitsma@siza.nl
Ellen Sargentini	Observatieklas Heliomare onderwijs e.sargentini@heliomare.nl

5.4 GEEN REACTIE

Hieronder staat de lijst van mensen die hadden aangegeven mee te willen werken aan ons onderzoek en waar we geen reactie van terug hebben gehad.

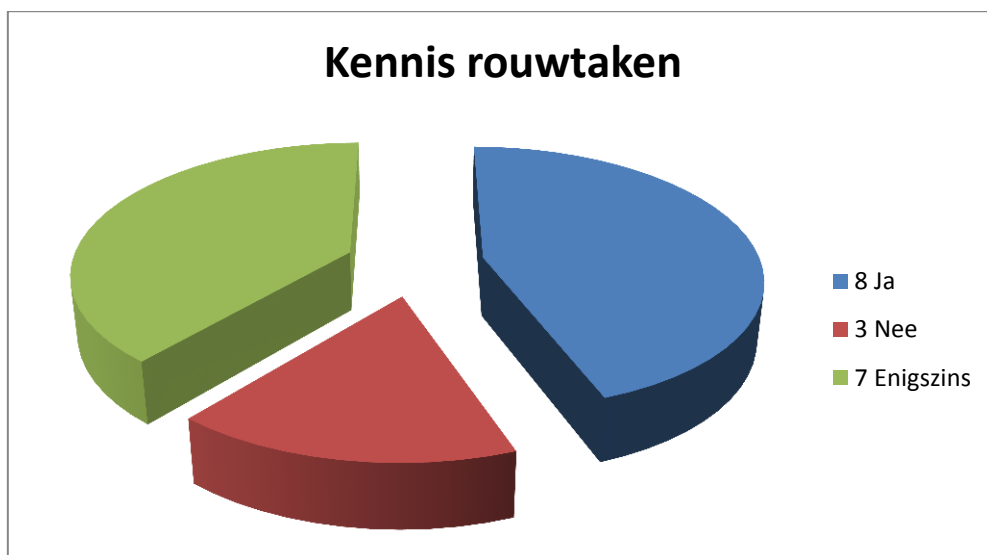
Issa Touma	Verpleeghuisarts (als hij tijd heeft) Siza Issa.touma@siza.nl
Lia Römer	Activiteitenbegeleider/Participatie coach Siza AC Balders-Hoef Lia.römer@siza.nl
Selma Hoek	Maatschappelijk werkster Siza Voorzitter van de kenniscirkel LG Selma.hoek@siza.nl
Carla Hendriks	Carla is klinisch psycholoog NAH observatieklas Heliomare (kinderen) Deze wil ik ook in de evaluatiegroep als ze mee wilt doen. C.Hendriks@heliomare.nl
Marijke Rutten-Saris	Director van het EBL A T Centre te Cuijck mrutten@eblcentre.com
Geke van Boven	Geké is leerkracht NAH observatieklas Heliomare (kinderen) Heb haar de vraag gesteld om mee te denken. (27-2-2013) G.van.Boven@heliomare.nl
Daan Westerink	Journalist, rouwdeskundige en docent Bureau Daan Westerink dewereldisvoordaan@gmail.com
Gérard Pillen	Ritueelbegeleider bij Bezinning, Afscheid en Herdenking Theatermaker in de traditie van de moderne mime ghcpillen@kpnmail.nl
Tineke Rodenburg	Rouwtherapeut www.verdernaverlies.nl tineke.rodenburg@planet.nl
Anke de Jong	Registertherapeut BNG® en Rouw- en Verliesbegeleider Auteur van het boek van overleven naar zinvol leven, de draad weer oppakken na ziekte of ongeval, Ten Have, ISBN 9789025901424 info@virtuspraktijk.nl

BIJLAGE 6 BEHOEFTEONDERZOEKEN

Heeft u kennis van de rouwtaken zoals ze omschreven zijn door W. Worden?

- Ik heb ze van Monique gekregen en heb ze doorgelezen.
- Ja.
- Ik was hiermee niet bekend maar heb me via internet even verdiept. De door hem beschreven kerntaken rondom aanvaarden, doorleven, aanpassen, een plek geven komen bij erg bekend voor uit andere benaderingen.
- ja
- Zeker. Vorig jaar heb ik de opleiding tot Verlies- en Rouwbegeleider gevolgd aan de HGU. Ik kreeg daar les van drs. Arthur Polspoel; hij heeft het model van Worden uitvoerig behandeld.
- Ik heb kennis van rouwtaken, ik weet niet of dat de taken zijn die Worden beschreven heeft.
- Ja
- Ik heb wel kennis van rouwtaken maar ik ken W. Worden niet.
- Ja
- Nee, ik heb het opgezocht . maar komt wel overeen met hoe vaker wordt gesproken over rouw verwerking
- nee
- Ja, al kan ik me er niet helemaal in vinden. Het is mij te sequentieel, rouwen is voor mij meer een spiraal
- Ja deze wordt beschreven in het boek hersenletsel achtergronden en aanpal.
- Ja
- Tijdens mijn opleiding tot beeldend therapeut heb ik eenmaal met de rouwtaken gewerkt. Ik weet nog ongeveer wat het inhoudt, maar niet precies.
- Nee
- Ik heb even gegoogled. Ik ken het wel, de onderdelen zijn me niet vreemd. Maar in deze precieze vorm nooit toegepast
- N beetje

De antwoorden hebben we in een grafiek samengebracht. Zoals we uit de gegevens kunnen opmaken heeft een groot aantal van de deskundigen kennis van de rouwtaken van W. Worden (9) of heeft er enig idee van wat het inhoudt (7).



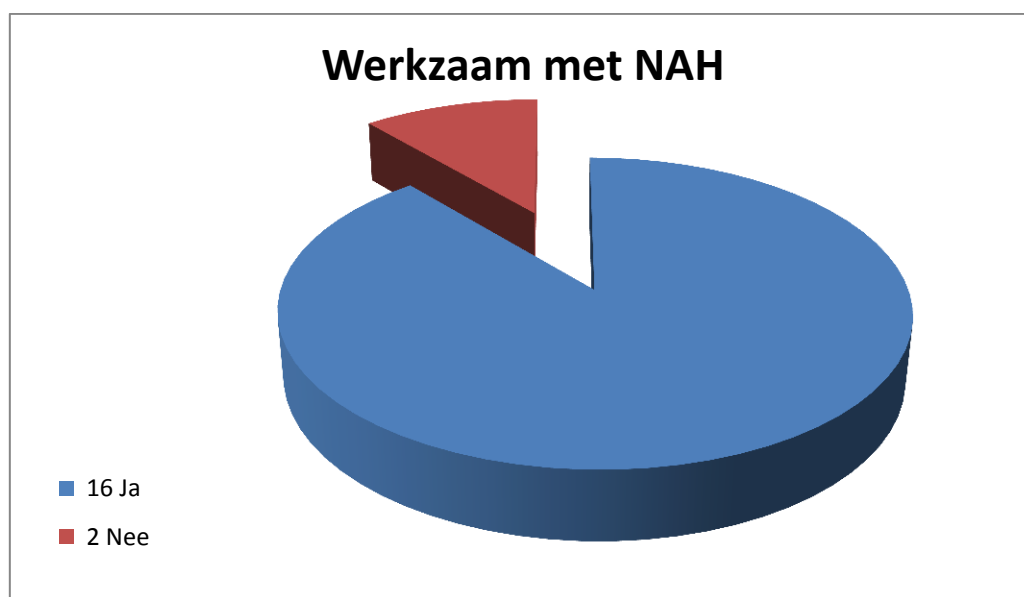
Bent u werkzaam met mensen met NAH? Zo ja graag een korte omschrijving van de werkplek.

- Ik werk als docent in een observatieklas voor kinderen en jongeren tussen de 6-20 jaar, met NAH. Wij observeren, toetsen, coachen, begeleiden en geven cognitieve revalidatie en trainingen.

- Ik ben werkzaam als consulent levensvragen in een stichting waar mensen met verstandelijke en/of lichamelijke functiebeperkingen wonen en werken, waaronder ook mensen met NAH. Soms wonen zij bij ons en ontvangen dagbesteding op één van onze activiteitencentra. Soms wonen zij zelfstandig en komen alleen voor dagbesteding. Onze begeleiding en training zijn erop gericht mensen te helpen om grip op zichzelf en hun situatie te krijgen en te werken aan de toekomst.
De breuk in de levenslijn en de NAH-kenmerken zijn mede bepalend voor de aard en de omvang van de zorgvraag. Onze begeleiding en training zijn erop gericht mensen te helpen om grip op zichzelf en hun situatie te krijgen en te werken aan de toekomst.
- Ja ik werk als gedragskundige binnen de kenniscirkel NAH; dwz als behandelaar en regisserend behandelaren bij mensen met NAH die wonen binnen Siza
- Werkplek: in mijn eigen therapiepraktijk en in het werk dat ik doe voor het televisieprogramma 'liefde voor later'
- Ik werk met mensen met dementie en hun matelzorgers. In mijn opinie zou di took aangemerkt kunnen worden als NAH, maar ik begreep uit eerdere mailwisseling met Monique dat jullie onderzoek geen betrekking heft op deze doelgroep.
- nee
- Ja. Ik werk sinds 25 jaar deels in de kliniek met CVA-patiënten, die zijn opgenomen vanuit het ziekenhuis. Deels werk ik ook in de NAH-poli, waar mensen behandeld worden met NAH (alle vormen). De tijd na het hersenletsel varieert van een paar maanden tot soms meer dan 10 jaar. Acceptatie en verwerking zijn vaak een van de aanmeldingsvragen, vooral bij de patiënten die al langer geleden NAH hebben opgelopen
- Ik werk op de afdeling Activiteiten Begeleiding van het revalidatiecentrum VIA REVA te Apeldoorn.
Revalidanten maken gebruik van deze afdeling met als mogelijk doel 1. Ontspanning, 2 training handenfunctie of 3. training oogfunctie.
Revalidanten vallen onder de afdeling orthopedie of Neurologie waarbij NAH veelal voorkomt bij Neurologie (veel CVA) maar ook bij Orthopedie (denk aan gevolgen van ongelukken)
Naast het gebruik maken van de Activiteiten Begeleiding op basis van individuele doen worden revalidanten ook ingepland in de expressiegroep waarbij gewerkt wordt samen met een Geestelijk verzorger of met een Maatschappelijk werker. De thema's die daar aangekaart worden worden beeldend uitgewerkt.
- Ja, vanuit de beeldende therapie. Hulpvragen zijn o.a.
 - help me mijn gevoelens te ordenen
 - help me weer rust te krijgen in mijn hoofd
 - help me met het weer vertrouwen kunnen krijgen in mijn lichaam
 - help me om te gaan met mijn angsten
 - help me mijn gedachten te kaderen
 - help me mijn wensen/behoefte aan begeleiders duidelijk te maken
 - help me bij rouwverwerking (het verlies van mogelijkheden een plek geven)
 - help me mijn emoties te uiten
- Ben manager van twee woonlocaties in Hoorn waar cliënten met NAH 24 uur-ondersteuning krijgen, een team wat 24-uurs ondersteuning biedt aan cliënten met NAH(evt. met partner/gezin) die wonen in de wijk en een team dat ambulante ondersteuning biedt aan cliënten met NAH in West-Friesland een of meerdere keren per week op afspraak
- Ja, een woonvorm voor 8 cliënten met NAH waar 24 uur begeleiding word gegeven aan bewoners met (complexe)NAH in de leeftijd van 30 tot 77 jaar. Hier worden ze begeleid op vraag van de cliënt en krijgen ze ondersteuning van begeleider, ondersteund door gedragsdeskundige
- Op AC Balders Hoef zijn cliënten met NAH, waarbij over het algemeen cliënten komen die langere tijd geleden NAH opgedaan hebben.
- Ik werk als geestelijk verzorger in een revalidatiecentrum.
- Ja. Intake na revalidatie. Medewerkers ondersteunen in begeleiding van mensen met NAH.
- Ja, als regisserend behandelaar en als behandelaar
- Ik werk als activiteitenbegeleider met mensen met NAH in een verpleeghuis en dagbehandeling. Ik doen voornamelijk creatieve activiteiten, zoals tekenen en schilderen en arbeidsmatige activiteiten (producten maken voor de verkoop, zodat de mensen op die manier mee kunnen doen in de maatschappij, iets voor een ander kunnen betekenen). Ik werk alleen in groepen.

- Ja. Ik werk op een activiteitscentrum waar ik te maken heb met mensen met verschillende beperkingen en ziektebeelden. Een deel van onze cliënten heeft niet aangeboren hersenletsel. Ik ben participatiecoach, waarbij ik me voornamelijk richt op laten uitvoeren van taken binnen het centrum door cliënten. Ik begeleid een groep cliënten die houtbewerken en biedt een ontspanningsactiviteit. Bij al deze activiteiten zijn cliënten met NAH betrokken.
- Ik werk sinds september als activiteiten begeleider op een NAH groep. Deze groep bestaat uit ong. 8 mensen die binnen de groep hun dagbesteding krijgen. De mensen doen veelal hun eigen activiteit of in een groepje een spel zoals kaarten rummicub, puzzelen. De dag bestaat uit een vast patroon, zodat de structuur van de mensen, altijd zoveel mogelijk hetzelfde is.

De antwoorden hebben we in een grafiek samengebracht. Zoals we uit de gegevens kunnen opmaken is een groot aantal van de deskundige werkzaam met mensen met NAH (17). De twee personen die geen ervaring hebben met NAH zijn een rouwdeskundige en een beeldend therapeut die met een andere doelgroep werkzaam zijn.

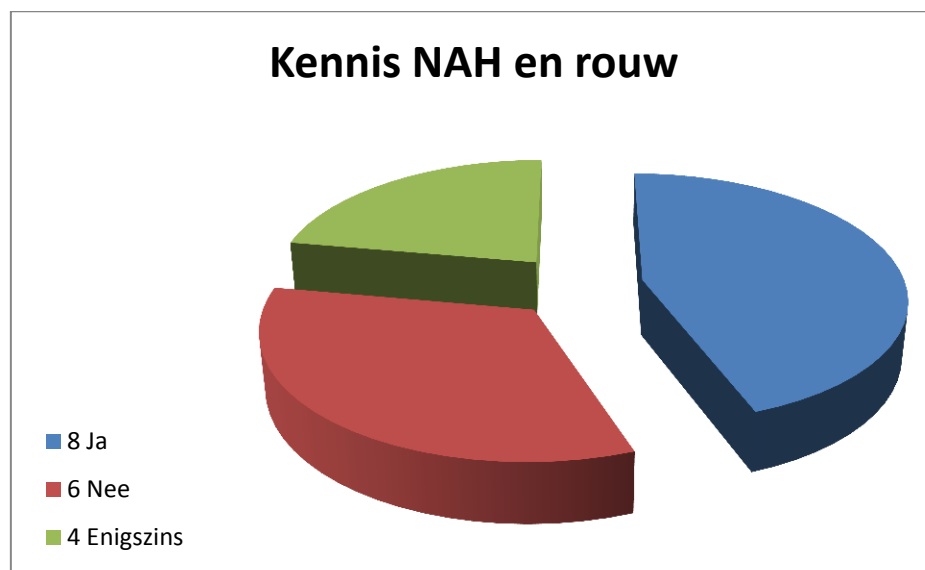


Heeft u theoretische kennis over hoe het rouwproces verloopt bij mensen met NAH na het hersenletsel

- Nee
- Enigzins, maar minder dan op het gebied van bijvoorbeeld rouw en verstandelijke beperking.
- Ik heb kennis van cognitieve gevolgen en manieren van omgaan met problemen na NAH. Ik heb theoretische kennis van rouwprocessen bij mensen. Ik heb de nodige ervaring met rouwprocessen bij mensen met NAH. Deze laatste ervaring is echter niet gestoeld op theoretische, wetenschappelijke bronnen.
- Nee, maar ik vermoed dat het niet veel anders zal zijn dan bij 'gewone' rouw, omdat we bij ieder anderssoortig verlies ook de vier rouwtaken (en vele andere theorieën rondom rouw) terugzien, dus verwacht ik dat de theorie rondom rouw bij NAH niet veel anders is.
- Ik heb behoorlijk wat ervaring over verlieservaringen van mensen met dementie en hun mantelzorgers; er is echter weinig theorie over geschreven. Omdat ik een kleine module 'Rouw bij dementia' verzorg voor een opleiding tot casemanager Dementie, heb ik zelf een reader ontwikkeld, die gebaseerd is op de theorie van Worden.
- nee
- Ja
- Ja
- Niet specifiek voor mensen met NAH. Wel zijn er verschillende modellen van rouwverwerking. Hoezo kiezen jullie voor de rouwtaken van Worden (gebaseerd op Freud – analytisch)? Er zijn ook modellen die gebaseerd zijn op ontwikkelingsgericht werken, enz.

- niet echt, meer vanuit de praktijk
- Ja maar niet specifiek volgens een methode
- nee
- Ja
- Ja
- Ja
- Ja, maar nog niet geheel uitgediept.
- Ja
- Ja, ik heb de basis/ en gevorderde cursus gevolgd met betrekking tot mensen met NAH.

De antwoorden hebben we in een grafiek samengebracht. Zoals we uit de gegevens kunnen opmaken heeft bijna de helft van de deskundigen theoretische kennis over hoe het rouwproces verloopt bij mensen met NAH na het oplopen van het hersenletsel (9). 6 mensen hebben geen kennis van het rouwproces en 4 zijn enigszins op de hoogte.

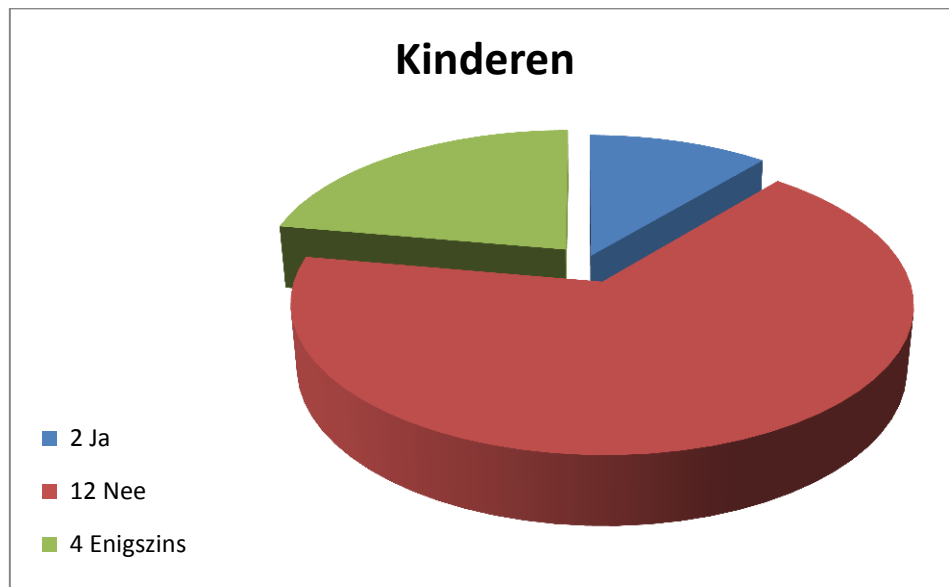


Heeft u theoretische kennis over hoe het rouwproces verloopt bij mensen met NAH na het hersenletsel, uitgesplitst in kinderen en volwassenen?

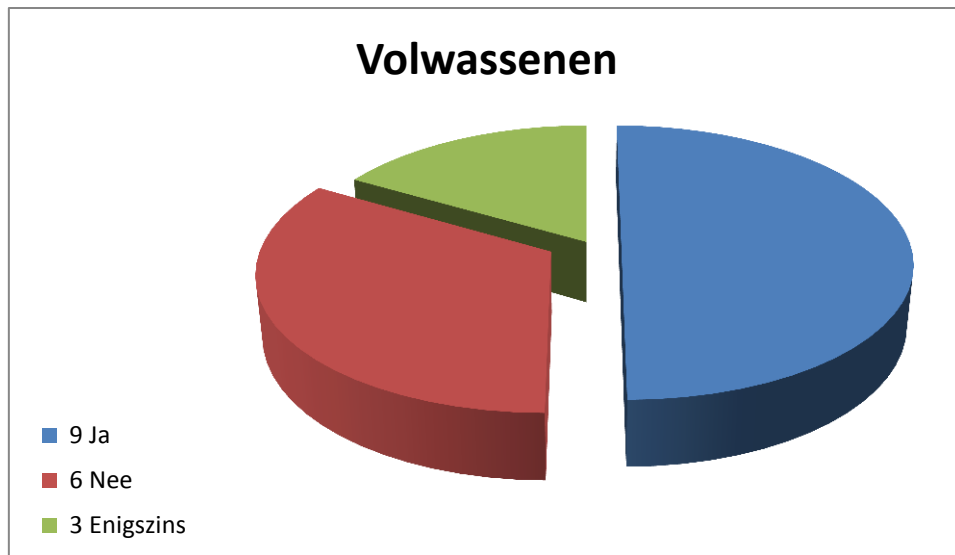
- Kinderen: nee
Volwassenen: nee
- Enigszins, maar minder uitgebreid dan bij bijvoorbeeld rouw en verstandelijke beperking.
- Zelfde als hierboven. Wel theoretische kennis van gevolgen van NAH met name functies die mensen gebruiken bij rouw. Daarnaast theoretische kennis van rouw bij volwassenen en kinderen zonder beperking.
- Zie de vorige vraag
- Kinderen: ja of nee Nee
Volwassenen: ja of nee zie antwoord op voorgaande vraag
- Beiden nee
- Kinderen: weinig (en dan vooral wat oudere kinderen)
Volwassenen: ja
- Kinderen: ja of nee Enigszins
Volwassenen: ja of nee Ja
- Voor allebei niet specifiek voor NAH.
- Kinderen: nee
Volwassenen: zie hierboven
- Kinderen: ja of nee nee
Volwassenen: ja of nee ja zie bovenstaand antwoord
- Kinderen: nee

- Volwassenen: nee
- Kinderen: nee
Volwassen: ja
- Ik ken in de theorie geen onderscheid tussen kinderen en volwassenen. Wel dat kinderen opnieuw in verwerking terecht kunnen komen bij nieuwe levensfasen. Dit heb ik echter ook weleens bij naasten van volwassenen gezien.
- Kinderen: ja
Volwassenen: ja
- Kinderen: nee
Volwassenen: ja (21+)
- Kinderen niet, volwassen wel.
(Deze verdeling vul ik zelf in. Ik heb verschillende cursussen en scholing gehad mbt hersenletsel. Daarbij werd deze verdeling niet specifiek gemaakt.)
- Kinderen: nee
Volwassenen: ja via cursus, niet echt adequaat aanwezig.

De antwoorden hebben we in een grafiek samengebracht. Zoals we uit de gegevens kunnen opmaken heeft meer dan de helft van de deskundigen (12) geen theoretische kennis over hoe het rouwproces verloopt bij kinderen met NAH na het hersenletsel. 4 hebben dat enigszins en 2 hebben theoretische kennis.



Zoals we uit de gegevens kunnen opmaken hebben 9 deskundigen theoretische kennis over hoe het rouwproces verloopt bij volwassenen met NAH na het hersenletsel. 3 hebben dat enigszins en 6 deskundigen hebben geen theoretische kennis.



Wat is er voor deze doelgroep en problematiek al ontwikkeld waar u gebruik van maakt? Beschrijving van wat er ontwikkeld is.

- Wij doen veel met coaching materialen, zoals Verlies op de Kaart, een prachtige landkaart speciaal ontwikkeld voor werken met rouw en verlies. Ook hebben we spellen ovg emotionele ontwikkeling. Wij zijn zelf op zoek naar meer interventiematerialen en mogelijkheden.
- Hooi op je vork, Pak methode van Herman de Monnich, elementen uit oplossingsgerichte therapie
- Protocollaire behandeling van gecompliceerde rouw (Keijser), PAK, vaktherapeutische benadering (muziektherapie, beeldende therapie), omgaan met rouw en verlies bij mensen met een verstandelijke beperking (Bosch en Suykerbuyk)
- Ik heb niets wat voor deze doelgroep is ontwikkeld.
- Da twat we gebruiken is enerzijds gebaseerd op de visie van het Amsterdams Model; hierin staan de adaptieve taken centraal. Verder heb ik zelf materiaal ontwikkeld.
- n.v.t.
- We hebben een verwerkingsgroep, waar aandacht wordt besteed aan de rouwtaken (voor wat 'betere' patiënten). Daar (en bij individuele gesprekken) wordt o.a. gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapeutische behandelprincipes, om te leren omgaan met alle emoties rondom verwerking, waarbij we o.a. gebruik maken van hoofdstukken uit de klapper 'omgaan met een chronische aandoening' van het Trimbosinstituut (is geschreven voor alle chronische aandoeningen, dus niet alleen voor NAH). Ik maak ook gebruik van schrijftherapie en EMDR.
We hebben zelf een brochure voor NAH-patiënten, waar een hoofdstuk(je) gaat over rouw na NAH.
Delen uit 'Ze zeggen dat ik zo veranderd ben' van Eilander, 2006, en 'Hersenletsel, achtergronden en aanpak' van Belle-Kusse, Vrancken en Eilander, 2001
- Naast het gebruik maken van de Activiteiten Begeleiding op basis van individuele doelen worden revalidanten ook ingepland in de expressiegroep waarbij gewerkt wordt samen met een Geestelijk verzorger of met een Maatschappelijk werker. De thema's die daar aangekaart worden worden beeldend uitgewerkt. Er is ruimte om rouw hierin te verwerken.
Een paar keer per jaar wordt ook een cycles thematisch schilderen aangeboden. Dit is in samenwerking met de Geestelijk Verzorger. Beeldende middelen worden bewust ingezet.
Er is in het Rev. Centrum ook een verwerkingsgroep maar daar doen wij tot op heden niet aan mee.
Het komt regelmatig voor dat revalidanten in hun werk op induvidele basis bij de Activiteiten Begeleiding, mn. In het schilderen, dingen verwerken (letterlijk en figuurlijk) van hun verandering in hun leven. Dit gebeurt dus op eigen initiatief van de revalidanten en wij begeleiden dit.
Recentelijk is er nog een gezamenlijkschilderij gemaakt door twee revalidanten die in het kader van de expositie 50 jaar Via Reva daar expliciet uitdrukking aan hebben gegeven.
Tijdens het werken bij de Activiteiten is er natuurlijk vaak sprake van verlieservaringen. Hier spelen wij dan in onze begeleiding op in middels gesprek tijdens het werken.
- - fasen van Kübler – Ross

- 'kun je uit de hemel vallen' van LKNG
- 'verlies verlichten' van Vilans
- Mijn medewerkers zijn geen therapeuten, maar ondersteunen de cliënten bij hun dagelijks leven, waarin zij soms wel gesprekken voeren over hun verlies of voor cliënten een geestelijk verzorger inschakelen. Wij maken soms een levensboek met cliënten.
Ook hebben wij een contactgroep voor cliënten met NAH opgezet, veel cliënten hebben een onophoudelijke behoefte om met anderen cliënten met NAH te praten over wat hen is overgekomen
- Kennis gehaald oa uitboeken over hersenletsel zoals ; Ze zeggen dat ik zo veranderd ben en Heb ik een probleem dan. Verder met regelmaat cursussen gehad waarin ook rouw verwerking ter sprake kwam
- Dit is mij niet bekend
- Voor mij is het meer wat er beschikbaar is op de juiste manier inzetten bij NAH. Zo vraagt afasie een heel andere aanpak dan begrips- of geheugenstoornis. We hebben creatieve werkvormen, thematisch werken, levensverhalen en andere expressievormen.
Mijn vakgebied gaat het er vooral om te vinden in dingen die niet zinvol lijken en dat is een heel persoonlijk zoek en ontwikkelingsproces. Waarbij ik gebruik maak van verhalen, gedichten, muziek en beeld. Naast de 'gewone' gespreksvoering
- Onbekend. Ieders proces loopt op ieders eigen manier. Afhankelijk van plaats letsel, omgeving en premorbide factoren.
- Het hele Siza netwerk, m.n. de kenniscirkel NAH en het Expertisecentrum NAH
- Ik maak geen gebruik van specifieke theorieën. Maar als ik mijn houding zou omschrijven is dat voornamelijk supportief. En ik kijk naar de mogelijkheden die de cliënt nog heeft. De mensen waar ik mee werk hebben allemaal een fysieke beperking, en de meeste ook cognitieve problemen.
- Eerlijk gezegd weet ik dat niet precies. NAH-cliënten die bij ons komen hebben vaak (niet altijd) het rouwproces grotendeels achter zich. We hebben wel cliënten die nog vaak memoreren aan wat ze niet meer kunnen. Ik begeleid hem voornamelijk door te richten op wat wél mogelijk is. Echt theoretisch onderbouwt is dit niet. (Qua rouw, wel gezien de bekende/bestaande begeleidingslijnen)
- We zijn met een cliënt voorzichtig begonnen met een levensboek. Heel voorzichtig hoor. En willen dit samen met begeleiders van wonen gaan begeleiden. Een goede combi lijkt me.

Hieronder volgt een lijst met producten die door de deskundigen genoemd zijn als producten die ontwikkeld zijn waar zij gebruik van maken.

- 3 keer genoemd is het maken van een levensboek
- 2 keer genoemd PAK methode van Herman de Möninck
- Verlies op de kaart
- Hooi op je vork
- Kun je uit de hemel vallen van LKNG
- Verlies verlichten van Vilans
- Protocollaire behandeling van gecompliceerde rouw (Keijser),

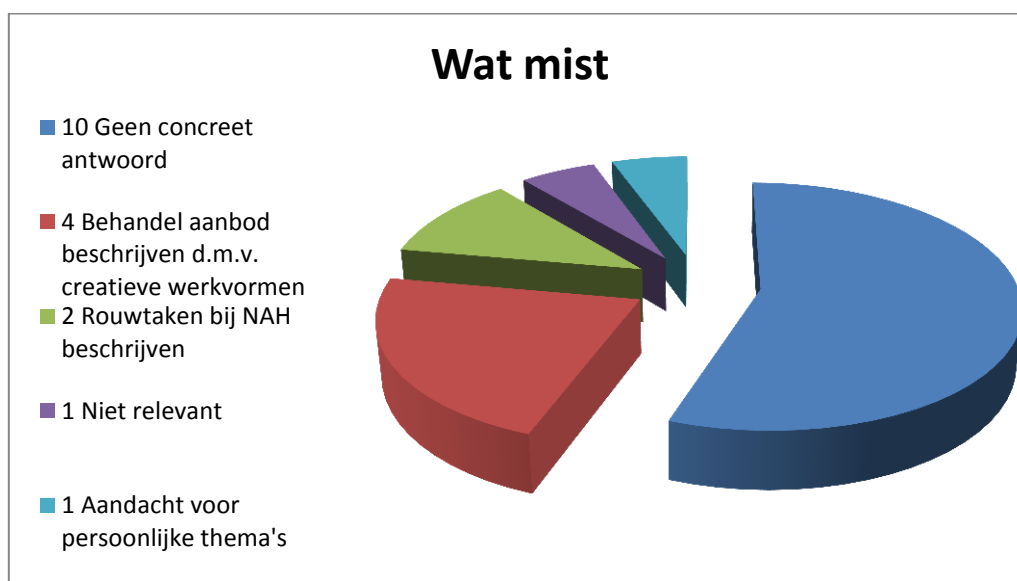
Wat mist hierin? Beschrijving van wat er gemist wordt.

- Een afwisseling van activiteiten, nu blijven we soms hangen in gesprekken. Juist doen en ondertussen kunnen praten; creatief, spelenderwijs, naar buiten ed...
- Vaak gaat het om gewone werkvormen die verbijzonderd worden naar NAH. De mate van cognitieve mogelijkheden is heel bepalend voor de verwerking.
- Het leven van voor het letsel is niet concreet beschreven als een oorzaak van rouw. Tovh heb ik het gevoel dat dit wel inpasbaar is, en bovendien heel erg uniek
- Ik zou het wel prettig vinden als er iets is omdat ik dan zeker weet hoe het rouwproces verloopt.
- Rouw wordt in het algemeen nog weinig erkend als het gaat om mensen met dementia en hun mantelzorgers.
- n.v.t.
- Vooral voor ernstiger NAH is het soms moeilijk om ingang te vinden voor verwerking en blijft vaak toch gebaseerd op rouw, waarbij iemand werkelijk is overleden.
- Specifieke behandelvorm in een structuur met als hoofddoel rouw en verliesverwerking. Mogelijk dan toegespits op Activiteiten Begeleiding /Beeldend uitwerken.

- De beschrijvingen geven een globaal beeld van het proces. Ik mis aandacht voor persoonlijke thema's en situaties, gericht op het individu i.p.v. omschrijven van fases/taken. Zie ook opmerking op yammer met voorbeeld van blind zijn of blind worden.
- Wij zouden graag zien dat meer specifieke handvatten/methoden ontwikkeld worden die specifiek gericht zijn op verliesverwerking voor cliënten met NAH; bij veel therapeuten ontbreekt de kennis van NAH
- -
- Er is voor deze doelgroep net zoals in het gewone leven geen pas klaar antwoord maar wat het bij de NAH er lastig maakt is dat je bepaalde vaardigheden nodig hebt om tot verwerking te kunnen komen. En dat is vaak niet of verminderd aanwezig bij Complexe of diffuus NAH. Bijvoorbeeld geen ziekte inzicht ontkenning dat ze veranderd zijn ; ik ben niet veranderd mijn omgeving is veranderd/als ik geen buikklachten had zou ik hier niet te hoeven wonen , die arts zegt dat ik niet meer op mij zelf kan maar die vent is gek etc.....
- Zie boven
- Dat is een wel heel algemene vraag.
- Handleiding over hoe om te gaan met de (reële?) doodswens van cliënten die niet meer verder wensen te leven, alleen nog maar euthanasie willen.
- Ik zou graag de resultaten van dit onderzoek willen hebben. Zodat er meer informatie is over hoe binnen beeldende therapie met mensen met NAH gewerkt kan worden. Want dit is een erg grote doelgroep, waar naar mijn weten nog niet veel onderzoek naar gedaan is binnen BT.
- Richtlijnen om hier mee om te gaan zijn – voor mij – nu niet direct nodig denk ik. Echter wanneer we nieuwe cliënten krijgen waar dit meer terzake is, is het waarschijnlijk prettig als er een protocol of richtlijn voor handen is hoe om te gaan met NAH-rouw.
- Dat weet ik nog niet want we zijn nog maar heel kort bezig.

De antwoorden hebben we in een grafiek samengebracht. Zoals we uit de gegevens kunnen opmaken heeft een groot deel van de deskundigen geen concreet antwoord gegeven op onze open vraag (10). 4 missen een behandel aanbod van creatieve werkvormen/activiteiten en 2 deskundigen zien graag dat de rouwtaken na het NAH beschreven worden. Ook is er door 1 deskundige de wens geuit om meer aandacht te besteden aan persoonlijke thema's bij de cliënt.

Het antwoord met betrekking tot een doodswens van de persoon met NAH en euthanasie is een interessant gegeven, maar hier hebben wij niet voldoende kennis over. Ook sluit de opleiding niet voldoende op deze vraag aan. Daarom zullen we met ons product niet op deze vraag ingaan en hebben wij het in ons onderzoek als niet relevant omschreven.



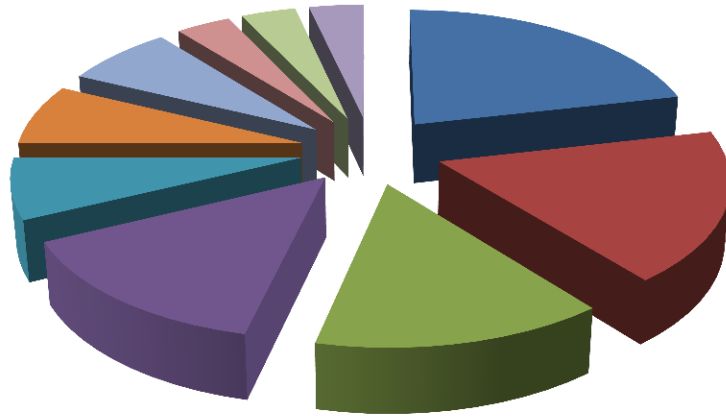
Hoe bent u tot de informatie/werkwijze gekomen waar u al gebruik van maakt? Beschrijving van hoe het product ontwikkeld is.

- Wij leren door te doen. Ervaren en kijken bij anderen. Zo heb ik de kaart samen met een workshop aangeboden gekregen.
- Lezen, zoeken op internet, bezoeken van symposia zoals Venijn in de staart.
- Protocollaire behandelingen zoals voorgeschreven binnen mijn beroepsgroep. Daarnaast kennis gemaakt met PAK door contact met beroepsgroep maatschappelijk werk en uitwisseling met De Noorderbrug. Rondom rouw ook veel uitwisseling met collega's EMDR therapeuten.
- Ik werk op mijn gevoel en met alle kennis van rouw die ik heb. En door veel te vragen, nieuwsgierig te zijn, kom ik er 'vanzelf' achter hoe het werkt bij mensen met NAH. Ieder mens is uniek, ieder rouwproces is uniek en zo ook het rouwproces van mensen die, naar op het oog lijkt, niet in het normale 'rouwpatroon' passen.
- Door het model te volgen en de geleerde kennis vanuit mijn opleiding toe te passen en toe te schrijven naar de doelgroep waarmee ik werk.
- n.v.t.
- Literatuur, werk vanuit de eigen vakgroep, internet, cursus (toevallig net een cursus Complexe rouw gevolgd)
- De groepen zoals boven genoemd zijn de laatste jaren ontwikkeld door de medewerkers van Via Reva. Specifieke info over rouw- en verliesverwerking bij NAH opgedaan op refereermiddag van de Noorderbrug in 2012
Eigen werkwijze ontwikkeld in begeleiding en behandeling van de revalidanten als het gaat om rouw- en verliesverwerking op basis van ervaring met NAH en door scholing als Kunstzinnig Hulpverlener.
- Contact met collega's, betrokkenen, afstemmen op de vraag van client, internet
- We hebben geen product ontwikkeld
- Geen product wel veel in gesprek met je team/college en zoeken met de gedrags deskundige naar mogelijk heden, veelal kom je tot de conclusie aanhoren helpen gedachten ordenen en dan afleiden naar ander onderwerp en fysiek bezig zijn. Zoals sporten wandelen schilderen koken etc
- Zie boven
- Vooral werkwijzen vinden op basis van ervaring. Leren inschatten wat in een bepaalde situatie van belang kan zijn, iemand verder kan helpen. Zo ontwikkelen en rijpen werkwijzen. En steeds nieuwe dingen uitproberen.
- Dit is het algemene thema van de training NAH. Vernaderd gedrag is mogelijk een oorzaak van het letsel, verwerking, omgeving en premorbide factoren
- 25 jaar ervaring als psycholoog/hulpverlener
- -
- Scholing, cursus, bestaande begeleidinglijnen. Ervaring.
- Van collega's en via internet

De antwoorden hebben we in een grafiek samengebracht. Manieren waarop de meeste deskundigen de kennis hebben vergaard is door de samenwerking met collega's (6). Hierbij worden vormen van overleg, het meekijken en samen vormgeven van plannen genoemd. Ook heeft een kwart door middel van scholing (5) e kennis opgedaan die ze hebben en toepassen. Daarbij zijn Ervaring (4) en Internet als informatiebron (4) ook zeer belangrijk.

Verkregen informatie

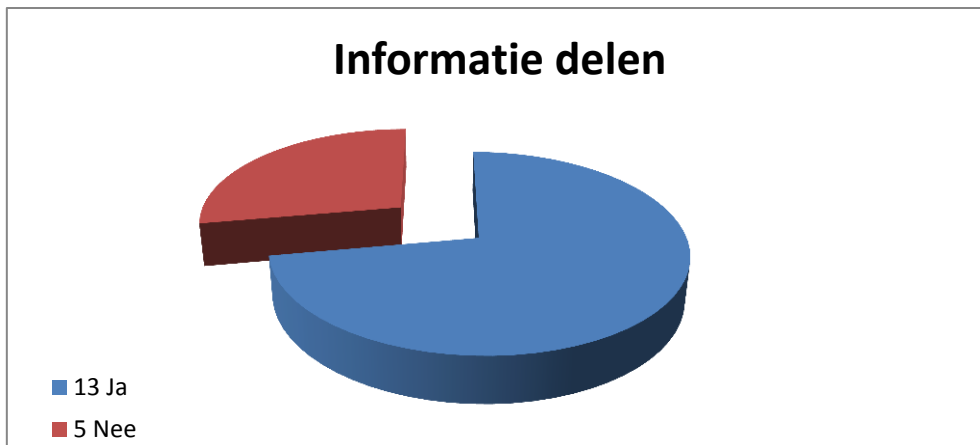
- 6 Collega's
- 5 Scholing
- 4 Ervaring
- 4 Internet
- 2 Symposia
- 2 Literatuur
- 2 Model of protocol
- 1 Gevoel
- 1 Vraag cliënt
- 1 Nieuwe dingen proberen



Bent u bereidt om deze informatie met ons te delen?

- Ja
- Het is nog steeds in ontwikkeling. Ik wil graag meedenken.
- Uiteraard
- Ik heb geen informatie
- Mochten jullie gebruik willen maken dan hoor ik dat graag!
- N.v.t.
- Ja
- Ja
- Ja
- Altijd
- Ja hoor
- Zie boven
- Als jullie concrete vragen hebben mogen jullie die zeker stellen.
- Ja
- Nee; dat kost ons 25 jaar...
- Nee, ik heb geen informatie, maar vragen stellen mag altijd.
- Ja
- Ja hoor, ik denk dat het nu nog wel kort dag is omdat we heel kort er mee bezig zijn..

De antwoorden hebben we in een grafiek samengebracht. Meer dan de helft van de bevraagde deskundigen hebben aangegeven dat zij de kennis die ze hebben willen delen. Hieruit blijkt een grote welwillendheid onder de deskundigen om de kennis te delen en op die manier mee te werken aan de totstandkoming van ons product.

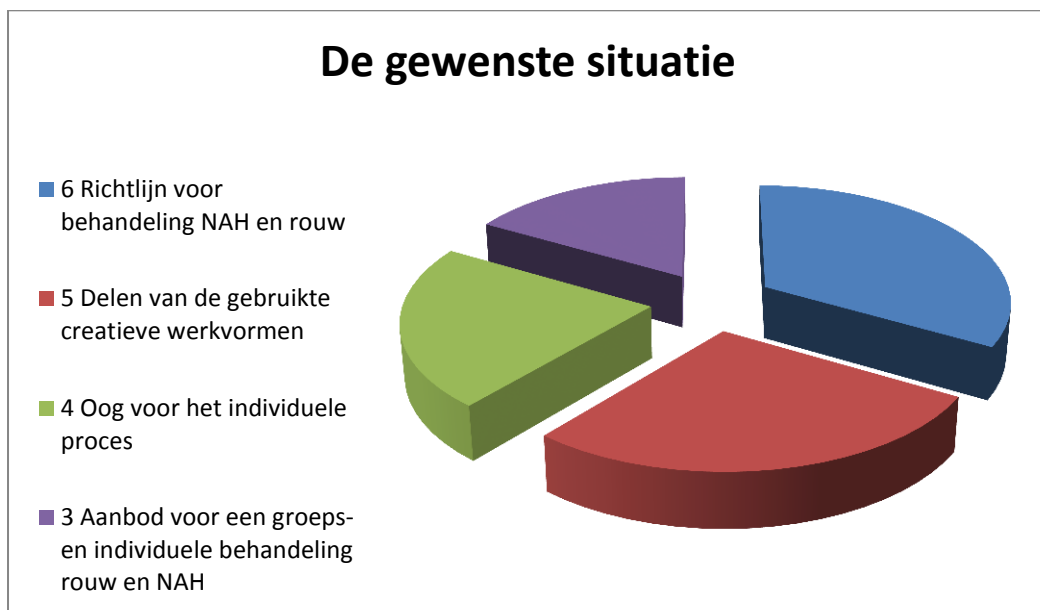


Hoe ziet de gewenste situatie er voor u uit?

- Elke kind is uniek in zijn rouwproces, zowel voor het individu een aanbod paraat hebben als voor het werken in een groep. EN als we hierbij kunnen aansluiten op de plek in het proces zou dat mooi zijn. We hebben best veel maar het in kaart brengen van wat we wanneer gebruiken zou mooi zijn.
- Een methodiek welke handvaten geeft voor de grote lijn, met inzet van andere disciplines (creatief, musisch, psychomotorisch) Een methodiek die ook handvaten geeft voor het netwerk, wat medebepalend is voor resultaten.
- Eigen protocol/richtlijn van behandeling/begeleiding rouw bij mensen met NAH
Basiskennis van signalen bij directe begeleiders. Ruimte voor bespreekbaar maken in dagelijkse leven client.
- Gewenste situatie? Ik denk wetenschappelijk onderzoek dat dit wel prettig zou zijn, maar dan nog denk ik daar altijd bij: tja, ieder mens is uniek dus ik zal toch altijd van dat uniek uit moeten blijven gaan, hoe mooi het wetenschappelijk onderzoek misschien ook is. Maar misschien zijn er invalshoeken die ik nog niet ken, maar dan zouden die ook voor 'gewone' rouw kunnen gelden.
- Geen idee of jullie iets hebben aan mijn antwoorden. Ik wens jullie in elk geval veel success met jullie onderzoek!
- n.v.t.
- Ontwikkeling van literatuur voor NAH-patiënten, op verschillende niveau's, groepsbehandeling uitgewerkt (we doen deels wat maar op gezond verstand, maar zou mooi zijn om te inventariseren wat overall gebeurt en hier iets goeds uit te destilleren), handvatten voor afasiepatiënten (ik bespreek het vaak niet eens als iemand echt een ernstige afasie heeft, omdat het vooral erg veel frustratie oplevert voor de patiënt)
- Ik zou zelf geschoold willen worden als rouw- en verlieskunde specialist zodat ik dit aspect nog meer en bewuster in zou kunnen zetten tijdens het begeleiden van de revalidanten.
Zo ook op beeldende wijze.
Dat we als team bewuster zouden zijn van de rouwtaken. (Bij)scholing?
- Dat er meer aandacht komt voor een individueel proces, meer denken vanuit de dynamische systeemtheorie.
- dat er therapeuten komen die kennis hebben van NAH en die ook methoden/werkvormen ontwikkeld hebben specifiek voor deze doelgroep (vergelijkbaar met inzet muziektherapie bij cliënten met ernstige afasie)
- Hoop dat je er wat mee kunt, bij vragen hoor ik het graag.
Merk dat een aantal van 'onze' cliënten zeker gebaad is bij rouw verwerking-begeleiding, ondersteund door creatief bezig zijn juist omdat het praten er over niet mogelijk is(of deels),
hartelijke groet Rita
- Dat medewerkers op locatie bekend zijn met het rouwproces, wat zij daar in kunnen betekenen en wat hun handelen hierop het effect heeft.
- Dat is een wel heel algemene vraag.
- ?
- Dat je kunt accepteren hoe het is.
- Wat ik zou wensen is meer uitwisseling van informatie en ervaringen/casussen met andere beeldend therapeuten.

- Gezien de verschillen per cliënt zou een rijtje aandachtspunten prettig zijn. Ik geloof niet in een 'standaardwerk' gezien ieder mens een andere begeleiding bij rouw vraagt. Wat wel prettig zou zijn is dat er een soort checklist is/komt, waarin staat waar je (mogelijk) aan zou kunnen denken en wat aandacht verdient.
- Dat cliënten als er behoefte aan is, de mogelijkheid hebben om een levensboek te maken. Ook in samenwerking met de familie en andere voor de cliënt belangrijke mensen. (vrijwilligers, begeleiders, kennissen?!?!)

De antwoorden hebben we in een grafiek samengebracht. Door de antwoorden te bundelen kwamen we op de volgende verdeling uit. Er is behoefte aan een richtlijn of protocol waarin de behandeling voor rouw na het oplopen van NAH te behandelen (6) 5 deskundigen hebben behoefte aan het delen van, de kennis van, de verschillende gebruikte creatieve werkvormen. Er oog is voor het individuele proces van de cliënt en(4) en er een aanbod komt voor de behandeling van rouw bij NAH zowel aangeboden in groepen als individueel.



Praktijkproject

[On]Beperkt leed

Plan van aanpak



Monique Zuyderduin en Angelique Brugman
1590517 en 1571305

Opleiding: Creatieve therapie
Beoordelaren: Neel de Haan en Huub Notermans
Consulent: Jaap Driest

21-05-2013

In dit plan van aanpak beschrijven we de verschillende stappen die we zullen ondernemen om tot ons eindproduct te komen. Dit zullen we op systematische en planmatige wijze doen om zo van de uitvoering, het product, de presentatie en evaluatie naar de uiteindelijke einddocumentatie toe te werken.

INHOUD

Inleiding.....	92
1. De vraagstelling.....	92
1.1 Onderwerp	92
1.2 Probleemanalyse	93
1.3 Product.....	93
1.4 Resultaat	94
1.5 De stappen tot het resultaat	94
1.6 Leerdoelen gerelateerd aan het opleidingsprofiel.....	95
1.6.1 Angelique	95
1.6.2 Monique	95
2. Inhoud van het product	95
2.1 Behandelen van de cliënt	95
2.2 Werken in een werksomgeving	96
2.3 Werken aan professionaliteit en professionalisering.....	96
2.4 Bronnen.....	96
3. Doelgroep, adresgroep en evaluatiegroep	97
3.1 De doelgroep.....	97
3.2 De adresgroep	97
3.3 De evaluatiegroep	97
3.4 Het totale veld van belanghebbenden	97
4. De planmatigheid van uitvoering, evaluatie en beoordeling	98
4.1 Verdeling per persoon Oriëntatie en Vooronderzoek.....	98
4.2 Tidschema.....	98
4.3 Evaluatie procedure	101

INLEIDING

In dit plan van aanpak beschrijven we de verschillende stappen die we zullen ondernemen om tot ons eindproduct te komen. Dit zullen we op systematische en planmatige wijze doen om zo van de uitvoering, het product, de presentatie en evaluatie naar de uiteindelijke einddocumentatie toe te werken.

1. DE VRAAGSTELLING

Door het beschrijven van het onderwerp, probleemanalyse, product en het resultaat dat we willen bereiken beschrijven we de gegevens waar we ons praktijkproject mee van start zullen gaan. Dit geheel vormt samen de vraagstelling voor ons praktijkproject.

1.1 ONDERWERP

Het onderwerp van ons praktijkproject is rouw en verliesverwerking in de beeldende therapie. Hierbij richten we ons op mensen met NAH waarbij we in gaan op de verwerking van het verlies van functies. Monique zal zich verdiepen in rouw en kinderen m. b. t functie verlies, Angelique zal zich verdiepen in rouw en volwassenen met betrekking tot functie verlies. Dit onderwerp is vanuit onze eigen interesse en onze beroepspraktijk ontstaan.

Monique heeft 15 jaar ervaring in het werken met jongeren met een lichamelijke beperking. Zij heeft les gegeven in praktijkonderwijs Heliomare in het vak 'plant' (tuinieren). Doordat de jongeren steeds meer moesten gaan focussen op de toekomst, kwam het besef van 'ik heb een beperking', sterk naar voren. Het zelfbeeld moest worden bijgesteld en veel jongeren kwamen 'opnieuw' in de rouw. Voor Monique de rede om de opleiding CT te gaan doen. Tijdens de opleiding als beeldende therapeut heeft Monique veelal met kinderen en jongeren gewerkt met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en rouwproblematiek. Binnen Heliomare is een speciale klas ontwikkeld voor kinderen/jongeren met een recent opgelopen NAH. De observatieklas. Binnen deze klas wordt bekeken wat de mogelijkheden zijn voor leerlingen om weer terug te stromen binnen het onderwijs en wordt er veel aandacht besteedt aan rouw en verlies. Tijdens het volgen van de Minor Verlieskunde, heeft Monique op aanvraag van Heliomare een informatiemap gemaakt voor nieuwe medewerkers. In deze map staat informatie over NAH, ontwikkelingsfase van kinderen met betrekking tot rouw en wat betekent dat voor kinderen/jongeren met een NAH. Monique heeft de rouwtaken van kinderen, vertaalt naar rouwtaken van kinderen met NAH. Dit omdat de rouwtaken altijd beschreven worden vanuit dood en er weinig beschreven is vanuit verlies van functie. Ook heeft Monique voorlichting gegeven aan de bestaande medewerkers van de observatieklas met betrekking tot rouw. Hierbij lag de focus op de begeleiding van leerlingen met NAH en rouw.

Angelique heeft ervaring opgedaan vanuit haar rol als beeldend therapeut i.o. binnen Siza. Hier is zij werkzaam geweest op verschillende vestigingen. Op iedere vestiging werkte ze wel met dezelfde doelgroep; mensen met een lichamelijke beperking en/of NAH. Op al deze plekken was de verwerking van lichamelijke verliezen een belangrijk thema. Naar aanleiding van deze gegevens werd haar interesse gewekt. In gesprek met Carolin Burkard de beeldende therapeut van Siza werd ze in haar vermoeden bevestigd. Er is behoefte aan informatie en behandeling voor mensen met NAH waarbij in gegaan wordt op de verwerking van het lichamelijke verlies.

We hebben allebei dus veel ervaring met de doelgroep en gedurende de opleiding liepen we er tegen aan dat er op dit vlak nog weinig is onderzocht, ontwikkeld of vorm gegeven is. Dit blijkt ook uit het afstudeerscriptie van Sandra Beuving (2010). Haar scriptie is een groot praktijkonderzoek naar beeldende therapie bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandel aanbod van de revalidatie. Hierin schrijft ze een aanbeveling voor de beroepspraktijk vaktherapie: *"Vanuit de setting waar in het praktijkonderzoek heeft plaats gevonden wil ik graag een aanbeveling doen voor vervolgonderzoek voor de beroepspraktijk. Dit heeft betrekking op de vraag hoe zou beeldende therapie invulling kunnen geven aan een nazorgtraject 'vaktherapie' na de afrondingsfase van de revalidatiebehandeling van de volwassene."*

De kennis is van belang voor de doelgroep en voor de professionals die met de doelgroep werkzaam zijn. Veel kennis is er al, maar er is met betrekking tot beeldende therapie nog weinig opgeschreven. Hierdoor wordt er figuurlijk gesproken steeds het wiel opnieuw uitgevonden. Door de kennis op schrift te stellen en met elkaar te delen wordt het geheel professioneler. De doelgroep kan adequater geholpen worden en kan zelf ook de informatie vinden, gebruiken en eventueel zelfonderzoek starten.

Binnen rouw en verlies begeleiding wordt veel gebruik gemaakt van symbolen en rituelen. *"Bij doorwerken kunnen naast gespreks- ook expressieve technieken gebruikt worden. Vervolgens kan men afscheid nemen."*

.....loslaten van wat ooit was. Hierbij kunnen symbolen en rituelen ingezet worden.” aldus Nijmanning in haar boek Zingevingstherapie. “Een ritueel is een handeling of een serie handelingen die de overgang naar een nieuwe levensfase markeert en die gepaard gaat met verbale formules.” (Monnik, 2008, p. 138).

“Praten alleen werkt niet. Ik werk daarom veel met creatieve werkvormen. In haar werkruimte staan een pot verf, grote vellen papier, doosjes, duplo poppetjes, stiften en kralen.” aldus van Veldhuizen in het stuk ‘Verlies een plek geven’ in het vakblad Maatwerk nummer 2, 2011

Doordat beeldende therapie methodisch gebruik maakt van beeldende materialen en een ervaringsgerichte therapie is sluit het goed aan op onze doelgroep. Wij willen dit met literatuur onderbouwen en werkvormen koppelen aan de kunstanaloge procesbenadering en de creatieve procestheorie. Hier hebben we voor gekozen omdat de doelgroep zo divers is. Hierdoor kan de beeldend therapeut een keuze maken voor de benadering die bij de cliënt past. Op deze manier is er oog voor het individuele proces. De creatieve procestheorie gaat uit van de appèlwaarde van de verschillende materialen waarbij het sensopathisch werken een belangrijk aandeel heeft. Bij de kunstanaloge procesbenadering wordt er meer vrijheid geboden en staat het scheppingsproces en het doorlopen van de verschillende stappen die daarbij horen voorop. Hierbij gaat het dus om de weg/proces dat de persoon aflegt naar het product toe.

1.2 PROBLEEMANALYSE

De theorie over rouw en verlies is veelal beschreven vanuit het overlijden van een dierbare. Aan ons de taak om rouw specifiek te gaan beschrijven vanuit NAH. Hierbij zullen we de rouwtaken van Worden gebruiken. De Amerikaanse rouwdeskundige William Worden heeft in 1982 vier rouwtaken beschreven. Dit taken model wordt in de verlieskunde veel gebruikt omdat het niet zo zeer in gaat op het proces van verlies verwerken, maar het juist de taken beschrijft die moeten worden verricht. Deze taken zullen wij dusdanig moeten beschrijven dat deze voor mensen met NAH herkend worden. De uitdaging bij deze doelgroep is de diversiteit van de beperking. De theorie zullen we laten checken door deskundigen zowel uit het werkveld als vanuit de doelgroep die wij beschrijven. Dan pas kunnen wij de werkvormen gaan koppelen aan de rouwtaken.

Zoals we hierboven hebben beschreven wordt er binnen de verliesbegeleiding veel gewerkt met creatieve werkvormen maar deze zijn veelal niet onderbouwd met theorie. Aan ons de taak om deze creatieve werkvormen te onderbouwen met de kunstanaloge procesbenadering en de creatieve procestheorie. Maar ook om deze werkvormen te koppelen aan de rouwtaken en deze keuzes te onderbouwen.

Wat wij hopen is dat de input van werkvormen geleverd gaat worden vanuit de deskundige die hierin werkzaam zijn. Maar of dat gaat lukken, moeten wij nog zien.

1.3 PRODUCT

Er zullen twee producten uit dit project voortvloeien; informatie voor op een website en een aanbod van werkvormen.

- We gaan de rouwtaken herschrijven van dood, naar verlies van lichamelijke functies. Deze informatie zal op een website komen te staan. Dit kan een eigen website zijn of gebruik maken van een bestaande website zoals hersenstichting, etc. Het zal een informatieve website worden waar we de specifieke informatie van rouw met betrekking tot lichamelijke verlies situaties zullen plaatsen. Hierbij richten wij ons op de doelgroep, behandelaren. Monique zal de informatie verwerken met betrekking tot de doelgroep kinderen en Angelique zal de informatie verwerken met betrekking tot de doelgroep volwassenen.
- Daarnaast gaan we werkvormen bundelen waarbij we de verbinding leggen tussen de rouwtaken met betrekking tot verlies van lichamelijke functies en beeldende therapie. Wat we willen is dat er een combinatie van werkvormen ontstaat die wij vinden via boeken, internet, onderzoeken, in combinatie met werkvormen waar beeldend therapeuten en rouwtherapeuten al goede resultaten mee hebben behaald. Vervolgens gaan wij deze onderbouwen met theorie. Symboliek en rituelen zullen hierbij een belangrijk onderdeel van zijn omdat deze binnen rouwbegeleiding veel wordt ingezet.

De werkvormen zullen we zo beschrijven dat iedere beeldend therapeut er gelijk mee aan de slag kan. Dit houdt in dat we de werkvorm in zijn geheel zullen beschrijven inclusief een beschrijving van de materialen, gereedschap en andere belangrijke zaken. De werkvormen zullen per rouwtaak geordend worden. Hiermee bedoelen we dat we per rouwtaak een veelvoud van beschreven werkvormen zullen koppelen. De werkvormen die onder één rouwtaak vermeld staan zijn dus in willekeurige volgorde geschreven omdat we geen vast omlijnde module maken. Het wordt dus een dynamisch geheel. Hier

kieszen we bewust voor omdat ieder persoon anders met een verlies omgaat en daardoor de rouwfasen verschillend doorloopt. Er is daarom geen standaard route voor.

Deze bundeling van werkvormen willen we gaan aanbieden aan beeldende therapeuten die lid zijn van de vakvereniging door middel van een link. We kiezen ervoor om dit alleen zichtbaar te laten zijn voor vakgenoten en niet voor iedereen om zo de expertise van beeldende therapie te laten waar het hoort.

Monique zal zich hierbij richten op de doelgroep kinderen en Angelique zal zich richten op de doelgroep volwassenen.

1.4 RESULTAAT

Ons doel is om rouwtaken dusdanig te beschrijven zodat deze toepasbaar zijn voor rouwproblematiek rondom het verliezen van lichamelijke functies. Deze algemene informatie willen wij verspreiden via een website en is voor iedereen toegankelijk.

We schrijven geen vast omlijnde module, maar het wordt een aanbod van verschillende beeldende werkvormen gekoppeld aan de rouwtaken. Hier kiezen we bewust voor omdat ieder persoon anders met een verlies omgaat en daardoor de rouwfasen verschillend doorloopt. Er is daarom geen standaard route voor. De werkvormen willen we gaan aanbieden aan beeldende therapeuten die lid zijn van de vakvereniging door middel van een link. We kiezen ervoor om dit alleen zichtbaar te laten zijn voor vakgenoten en niet voor iedereen om zo de expertise van beeldende therapie te laten waar het hoort.

Een aantal concrete kwaliteitseisen die we aan het resultaat willen stellen zijn:

- De koppeling van rouwtaken en beeldende werkvormen is voor kinderen en volwassenen met NAH relevant en worden duidelijk omschreven.
- De werkvormen die gekoppeld zijn aan de verschillende rouwtaken zijn duidelijk onderbouwd met theorie. Hierbij wordt er duidelijk beschreven waarom zij belangrijk zijn voor de betreffende rouwtaak.
- De website is voor iedereen toegankelijk en verstrekt informatie met betrekking tot NAH en rouw bij kinderen en volwassenen.
- De werkvormen zijn toegankelijk voor de beeldend therapeuten die aangesloten zijn bij de vakvereniging. Hierdoor wordt het vak beeldende therapie geprofessionaliseerd en zijn we bewust om gegaan met de vaardigheden en kennis die het toepassen van de werkvormen en het vak van beeldend therapeut vereist.
- Doordat er beeldende werkvormen gekoppeld worden aan de verschillende rouwtaken wordt het voor de beeldend therapeut mogelijk om methodisch te werk te gaan. Hierdoor wordt de meerwaarde van beeldende therapie met betrekking tot rouw onderbouwd en voldoet het aan de behoefte die in het vooronderzoek naar voren kwam.
- Doordat het product aansluit op aanbevelingen die we in de al ontwikkelde producten hebben gevonden sluit het aan bij de actuele wetenschappelijke stand van zaken.
- Het product past in de behandelsetting doordat het aansluit bij de mogelijkheden van de cliënt.

1.5 DE STAPPEN TOT HET RESULTAAT

Aangezien Monique al vele jaren binnen Heliomare werkzaam is zal zij haar naast haar ervaring ook haar contacten binnen Heliomare gebruiken. Angelique is al jaren werkzaam met de doelgroep binnen Siza en zal daarom naast haar ervaringen ook haar contacten binnen Siza gebruiken. Tevens zullen we gebruik maken van de verschillende contacten en beschikbare kennis die we hebben opgedaan vanuit de Minor verlieskunde. Tevens zullen we gebruikmaken van de verschillende groepen op LinkedIn met betrekking tot rouw, beeldende therapie, NAH etc. waar we lid van zijn.

Boeken die bijvoorbeeld gebruikt kunnen worden zijn:

Creatieve procestheorie:	Grabau E. en Visser H. (red); creatieve therapie, spelen met mogelijkheden, Houten BSL(in bezit)
	Schweizer C. e.a. (red) Handboek beeldende therapie, uit de verf, Houten BSL (in bezit)
Analogie	Rutte-Saris (proefschrift uit 2002)
	Handboek creatieve therapie Henk Smeijsters (in bezit)
Algemeen	Damasio A.R. 2003 Ik voel dus ik ben. Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen. Amsterdam; Wereldbibliotheek.

Wat dit onderzoek oplevert is te lezen in ons vooronderzoek dat als apart onderdeel van de einddocumentatie wordt gedocumenteerd.

1.6 LEERDOELEN GERELATEERD AAN HET OPLEIDINGSPROFIEL

1.6.1 ANGELIQUE

Vanuit het leerplan voor intervisie heb ik het volgende doel omschreven dat relevant is voor dit praktijkproject: C3: De beginnend creatief therapeut verricht praktijkonderzoek

Deze beroepscompetentie heb ik als doel genomen omdat ik nog niet eerder een praktijk onderzoek van deze omvang heb verricht. Binnen de intervisie bijeenkomsten zie ik vooral de mogelijkheid om advies en feedback van mijn groepsgenoten te ontvangen en ervaringen met betrekking tot het doen van onderzoek met elkaar kunnen delen. Ook zal de samen werking met Monique een belangrijke aanvulling zijn. Aangezien we samen werken aan dit praktijkproject.

Hieronder zal ik het doel met betrekking tot competentie C3 SMART formuleren:

Specifiek	Door het werken aan het praktijkproject waarbij ook het doen van literatuuronderzoek en een behoefteonderzoek aan de orde komen, zal ik aan deze competentie voldoen. Hierbij zal het bespreken en delen van mijn ervaringen en die van de anderen tijdens intervisie met betrekking tot onderzoek steunend zijn.
Meetbaar	Het literatuuronderzoek en het behoefteonderzoek leveren een product op dat meetbaar is. Deze twee onderzoeken maken deel uit van mijn praktijkproject.
Acceptabel	Dit doel is acceptabel doordat het aansluit bij de opdracht vanuit de opleiding en het goed bespreekbaar is binnen de intervisie bijeenkomsten.
Realistisch	Het is realistisch doordat mijn groepsgenoten ook met een dergelijk onderzoek bezig zijn waardoor we elkaar tot steun kunnen zijn en we onze ervaringen met elkaar kunnen delen. Hierdoor kunnen we met elkaar mee denken en feedback aan elkaar geven.
Tijd	Dit doel zal de gehele duur van intervisie in beslag nemen aangezien het praktijkproject langer loopt dan de intervisie bijeenkomsten. De intervisie bijeenkomsten waar ik leerpunten en ervaringen zal delen zullen een keer in de twee weken gedurende zes bijeenkomsten plaats vinden. Het gehele doel is behaald als Monique en ik het praktijkproject hebben afgerond, ingeleverd en we met een voldoende beoordeeld zijn.

1.6.2 MONIQUE

Ik heb in de loop der jaren al veel kennis opgedaan met betrekking tot rouw en verlies. Het is vanaf het begin al duidelijk geweest dat ik me wil specialiseren in rouwproblematiek. Door dit product te gaan ontwikkelen krijg ik nog meer kennis over rouw en de doelgroep. Dit product kan ik gebruiken als beeldende therapeut. Mijn leerdoelen zijn:

- Behoeftedonderzoek doen en filteren wat de vraag is vanuit het werkveld. Dit is nieuw voor mij.
- Het herschrijven van de rouwtaken specifiek voor kinderen met NAH op een dusdanige manier dat deze toepasbaar is in het werkveld.
- Creatieve werkvormen onderbouwen met theorie en koppelen aan de verschillende rouwtaken.

2. INHOUD VAN HET PRODUCT

Ons praktijkproject bestaat uit een synthese van de drie verschillende segmenten uit het opleidingsprofiel. Doordat we hieronder per segment beschrijven hoe dat is betrokken in ons product maken we dat inzichtelijk.

2.1 BEHANDELEN VAN DE CLIËNT

Dit praktijkproject is met betrekking tot maatschappelijk perspectief zeker relevant. Ieder mens krijgt te maken met lichamelijke achteruitgang. De één echter meer dan de ander. Dit levert niet voor iedereen psychische problemen op. Echter door de vooruitgang van de medische kennis blijven meer mensen met forse lichamelijke beperkingen leven waar ze voorheen overleden aan de gevolgen daarvan. Hierdoor zijn de veranderingen fors en is de kans vergroot dat er behandeling nodig is rondom de rouw om het lichamenlijk verlies. Door middel van

een citaat uit het boek 'Ziekten en handicaps' zullen we hier dieper op in gaan: *"Het aantal kinderen met een chronische ziekte of lichamelijke handicap dat de volwassen leeftijd bereikt, is de afgelopen veertig jaar sterk toegenomen." Dit is toe te schrijven aan de vooruitgang in medische kennis die heeft geleid tot effectievere behandelingen. Sommige ziekten waaraan kinderen vroeger overleden zijn inmiddels zelfs te genezen. Aan de andere kant blijven door diezelfde medische vooruitgang kinderen in leven met restverschijnselen, prematuur geboren bijvoorbeeld."* Aldus M.Elichma en G. Sinnema (2010).

Behandeling van onze doelgroep is van belang. Deze stelling nemen wij aan vanuit onze voorkennis met betrekking tot de doelgroep en het thema rouw dat daarbij komt kijken. Rouwtherapeuten maken al veelvuldig gebruik van creatieve werkvormen als het gaat over rouw. Dit bleek uit de lessen die we hebben gehad van de gastdocenten in de minor verlieskunde.

We hopen in ons vooronderzoek bevestigd te worden door andere professionals, onderzoeken en literatuur.

2.2 WERKEN IN EEN ARBEIDSOMGEVING

De arbeidsomgeving wordt betrokken in ons product doordat we beeldend therapeut en de andere professionals die met onze doelgroep werken betrekken in ons onderzoek. Hierbij doen we een beroep op hun expertise, ervaringen en behoeften.

Gezien de tijd waarin we nu leven en de verandering in het zorgstelsel zullen mensen langer thuis moeten blijven wonen, hun netwerk inschakelen daar waar mogelijk is en pas zorg geld krijgen als het niet anders kan. Door deze werkvormen te koppelen aan de rouwtaken met betrekking tot verlies van lichamelijke functies zouden mensen die daardoor psychisch vastlopen, behandeld kunnen worden door een beeldende therapeut.

De ontwikkeling binnen vaktherapie is dat vaktherapeuten steeds vaker kiezen om zelfstandig te gaan werken. Op de site www.vaktherapie.nl vond ik de volgende informatie die deze stelling ondersteunt: *"Vaktherapie heeft een belangrijke plek binnen het behandelaanbod binnen instellingen voor de GGZ, jeugdhulpverlening, verstandelijk gehandicaptenzorg, kinder- en jeugdpsychiatrie, forensische psychiatrie, ouderenzorg enz. Ook zijn de laatste jaren steeds meer vaktherapeuten zich zelfstandig gaan vestigen in een zelfstandige praktijk of multidisciplinaire praktijk."* in het document; Richtlijnen voor de zelfstandig gevestigd vaktherapeut Opgesteld door de commissie Zelfstandig Gevestigd Vaktherapeuten (ZGVT)

2.3 WERKEN AAN PROFESSIONALITEIT EN PROFESSIONALISERING

Doordat we ons richten op het onderbouwen van de verschillende werkvormen die veel gebruikt worden en we de koppeling gaan maken met de verschillende rouwtaken zullen wij ons richten op de professionalisering van de rouw behandeling bij onze doelgroep. Hierbij dragen wij bij aan de ontwikkeling van beeldende therapie.

2.4 BRONNEN

Bij de totstandkoming van ons praktijkproduct zullen we gebruik maken van veel verschillende bronnen/ literatuur etc. Hieronder volgen de bronnen die we gebruikt hebben bij de totstandkoming van dit hoofdstuk:

Beuving, S., (2010). *Groot praktijk onderzoek, Beeldende therapie als behandelvorm binnen de revalidatiecentra. Een onderzoek naar hoe beeldende therapie ingezet kan worden bij de behandeling van de psychosociale gevolgen van een invaliderende ziekte of ongeval binnen het bestaande behandelaanbod van de revalidatie.* Afstudeerscriptie Hogeschool Utrecht: Amersfoort, Beoordelaar: Han Kurstjens.

Elich, M., & Sinnema G. (2010). *Ziekten en handicap*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Richtlijnen voor de zelfstandig gevestigd vaktherapeut, Opgesteld door de commissie Zelfstandig Gevestigd Vaktherapeuten (ZGVT)

www.vaktherapie.nl

3. DOELGROEP, ADRESGROEP EN EVALUATIEGROEP

Hieronder zullen we beschrijven waar de verschillende groepen mensen waar wij over schrijven en mee samen gaan werken aan voldoen.

3.1 DE DOELGROEP

De doelgroep is de groep cliënten waar wij het product voor schrijven, dus richten we ons op de doelgroep kinderen met NAH en volwassenen met NAH waarbij er sprake is van rouw om verlies van lichamelijke functies. Binnen revalidatie is vaktherapie een onderdeel van behandeling.

3.2 DE ADRESGROEP

De adresgroep bestaat uit een groep geïnteresseerden in de werkcontext van ons product. Wij zullen ons product aan hen presenteren d.m.v. internet en mail contact. De adresgroep zal bestaan uit rouwtherapeuten, beeldend therapeuten, medewerkers binnen Heliomare en Siza. Zo zorgen we ervoor dat de adresgroep een volledige afspiegeling is van professionals waarop wij ons met ons product op richten. Door de presentatie aan deze groep mensen treden wij naar buiten in het werkveld waarin we opereren.

Zodra we groen licht hebben gekregen zullen we deze mensen benaderen. Zodra we contact hebben gelegd met deze groep zullen we deze nader omschrijven.

3.3 DE EVALUATIEGROEP

Een klein deel van de adresgroep, een goede afspiegeling van de professionals waar we ons product op richten, vragen we om deel te nemen aan onze evaluatiegroep. Zij zullen zich in ons product verdiepen en het evalueren. Zij zullen er met betrekking tot vorm en inhoud een waarde oordeel over geven waarmee wij ons product nog meer kwaliteit kunnen geven. Wij zullen ons product aan hen presenteren d.m.v. internet en mail contact. Hieronder volgen de namen van de professional die we op het oog hebben:

Carolín Burkard	Beeldend therapeut Siza, ervaring met NAH en rouw
Huub Ramakers	Gedragkundige, GZ-psycholoog, maakt deel uit van de kenniscirkel NAH van Siza
Ank Kempink	Beeldend therapeut werkzaam als activiteitenbegeleider bij het Centrum voor NAH van Siza
Mechteld Dijkman	Klinisch psycholoog/neuropsycholoog, Coördinator NAH poli volwassenen van Heliomare
Daan Westerink	Journalist, rouwdeskundige en docent, eigenaresse van Bureau Daan Westerink
Theo Olling en Coby Schoen	Vaktherapeut beeldend en Clustermanager Betsy Perk een wooncluster voor mensen met een lichamelijke beperking en/of niet-aangeboren hersenletsel.

Er is in onze evaluatiegroep expertise op alle vlakken van ons praktijkproduct. Er zijn deskundigen op het vlak van kinderen, volwassenen, rouw en NAH.

3.4 HET TOTALE VELD VAN BELANGHEBBENDEN

Het totale veld van belanghebbenden zijn: Behandelaren, werknemers van Siza, Heliomare, ouders van de kinderen, volwassenen die met het verlies van lichamelijke functies te maken krijgen, volwassenen die beeldende therapie krijgen, rouwtherapeuten, vaktherapeuten, vakvereniging, iedereen die meer informatie wil lezen over rouw bij het verliezen van lichamelijke functies en NAH.

4. DE PLANMATIGHEID VAN UITVOERING, EVALUATIE EN BEOORDELING

4.1 VERDELING PER PERSOON ORIËNTATIE EN VOORONDERZOEK

Door het maken van een verdeling per persoon maken we inzichtelijk wat ieder gaat doen gedurende de oriëntatie en het vooronderzoek.

Activiteit	Monique	Angelique
Opzet vooronderzoek	X	X
Plan van aanpak	X	X
Wat is er al ontwikkeld omtrent rouw om het verlies van lichamelijke functies bij NAH	X	X
Literatuuronderzoek kinderen, rouw, NAH en beeldende therapie	X	
Creatieve procestheorie koppelen met rouw	X	
Literatuuronderzoek volwassenen, NAH, rouw en beeldende therapie		X
Kunstanaloge procesbenadering koppelen met rouw		X
Onderbouwing symbolen en rituelen	X	
Contacten leggen m.b.t. adresgroep	X	X
Contacten leggen m.b.t. evaluatiegroep	X	X
Behoeftedonderzoek werkveld	X	X
Behoeftedonderzoek werkveld verwerken		X
Verslaglegging m.b.t. kinderen	X	
Verslaglegging m.b.t. volwassenen		X
Eindredactie verslag oriëntatie en vooronderzoek		X

Het vooronderzoek zal per persoon 150 uur in beslag nemen. Dat staat gelijk aan totaal 300 uur.

4.2 TIJDSSCHEMA

Hieronder geven wij door middel van een tabel, een duidelijk en volledig tijdschema, opgesteld met een fase indeling, herkenbare mijlpalen en eindpunten. Er is een realistische inschatting gemaakt van de in te vullen studie uren.

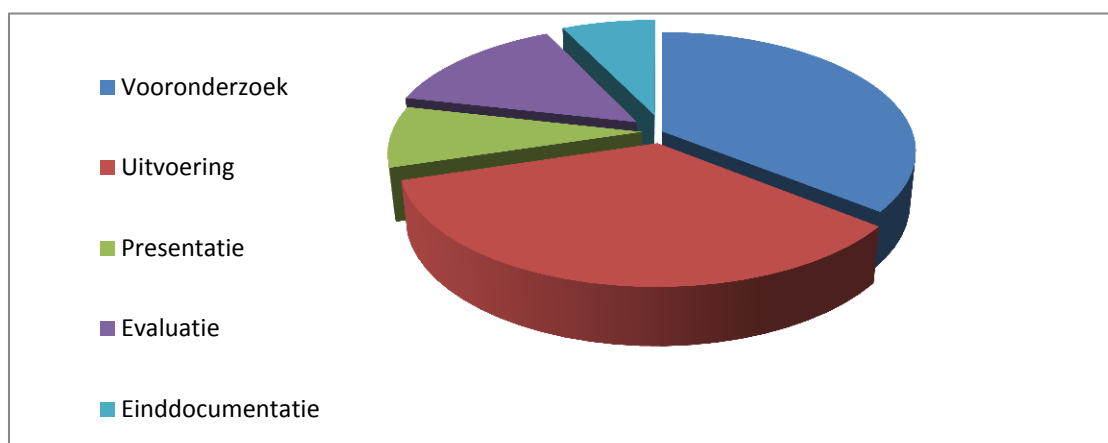
Weeknummer	Fase	Monique	Angelique	Activiteiten	Tijd
Week 4	Startkeuzes maken	Besluit om samen te werken Lezen van de studie handleiding	Besluit om samen te werken Lezen van de studie handleiding	Bellen, mailen en overleggen op school met elkaar	10 uur
Week 5	Startkeuzes maken	Eerste opzet m.b.t. ons praktijkproject schrijven	Eerste opzet m.b.t. ons praktijkproject schrijven Gesprek Carolin (BT Siza) Verslag maken van het gesprek met Carolin.	Bellen, mailen en overleggen op school met elkaar. Opzet sturen naar Gemmy, Opzet nogmaals sturen naar Jaap.	30 uur
Deel 1	Oriëntatie en Plan van aanpak				
Week 6	Oriëntatie	Opzet maken van het vooronderzoek Verkennen wat er al is ontwikkeld m.b.t.	Opzet maken van het vooronderzoek Verkennen wat er al is ontwikkeld m.b.t.	Gesprek met consultant Jaap voorbereiden	60 uur

		doelgroep, hulpvraag en beeldende therapie	doelgroep, hulpvraag en beeldende therapie		
Week 7	Oriëntatie	Informatie zoeken in de mediatheek Gesprek met consulent Jaap Plan van aanpak opzetten	Informatie zoeken in de mediatheek. Gesprek met consulent Jaap Verslag maken van het gesprek met Jaap Plan van aanpak opzetten	Afspreken in de mediatheek Angelique en Monique bereiden het gesprek met Selma voor via Skype. Plan van aanpak mailen aan elkaar en aanvullen	60 uur
Week 8	Ontwerpfase Plan van aanpak	Gesprek met Selma van Siza Plan van aanpak maken Verkennen wat er al is ontwikkeld m.b.t. rouw en NAH bij kinderen gecombineerd met beeldende therapie.	Gesprek met Selma van Siza Verslag maken van het gesprek met Selma Plan van aanpak maken Verkennen wat er al is ontwikkeld m.b.t. rouw en NAH bij volwassenen gecombineerd met beeldende therapie.	Nabespreken van het gesprek met Selma. Plan van aanpak maken en versturen naar de consulent Jaap. Verkennen wat er al is ontwikkeld. D.m.v. internet, databases, mediatheek, HBO Kennisbank etc.	60 uur
Week 9	Ontwerpfase Plan van aanpak	Feedback van consulent Jaap verwerken Overleg met Heliomare Verslag maken van het overleg met Heliomare. Literatuuronderzoek doen m.b.t. rouw en NAH bij kinderen gecombineerd met beeldende therapie.	Feedback van consulent Jaap verwerken Gesprek met Ank BT Siza Verslag maken van het gesprek met Ank. Literatuuronderzoek doen m.b.t. rouw en NAH bij volwassenen gecombineerd met beeldende therapie.	Feedback van consulent Jaap m.b.t. het plan van aanpak	50 uur
Week 10	Ontwerpfase Plan van aanpak	Behoeftedonderzoek maken en verspreiden. Contacten leggen met de adres- en evaluatiegroep Literatuuronderzoek doen m.b.t. rouw en NAH bij kinderen gecombineerd met beeldende therapie. Literatuuronderzoek creatieve procestheorie.	Behoeftedonderzoek maken en verspreiden. Contacten leggen met de adres- en evaluatiegroep Literatuuronderzoek doen m.b.t. rouw en NAH bij volwassenen gecombineerd met beeldende therapie. Literatuuronderzoek kunstanalogue procesbenadering.	Behoeftedonderzoek verspreiden via mail en LinkedIn Contacten leggen met de adres- en evaluatiegroep Afspraak met Wilma Tanis Literatuuronderzoek doen.	30 uur
Deel 2	Uitvoering en Einddocumentatie				
Week 11	Uitvoering	Beschrijven van het theoretische gedeelte	Beschrijven van het theoretische gedeelte	Schrijven	40 uur

		kinderen/rouwtaken Onderzoek werkvormen voor kinderen m.b.t. rouwtaken Vragen naar werkvormen bij de adresgroep	volwassenen/rouwtaken Onderzoek werkvormen voor volwassenen m.b.t. rouwtaken Vragen naar werkvormen bij de adresgroep	Adresgroep benaderen en ontvangen van werkvormen.	
Week 12	Uitvoering	Beschrijven van het theoretische gedeelte kinderen/ rouwtaken Feedback doelgroep vragen m.b.t. rouwtaken en verwerken.	Beschrijven van het theoretische gedeelte volwassenen/rouwtaken Feedback doelgroep vragen m.b.t. rouwtaken en verwerken.	Schrijven Input werkvormen	60 uur
Week 13	Uitvoering	Vooronderzoek afronden en verslaglegging maken. Werkvormen kinderen onderbouwen vanuit theorie/rouw	Vooronderzoek afronden en verslaglegging maken. Werkvormen volwassenen onderbouwen vanuit theorie/rouw	Vooronderzoek afronden en verslaglegging maken.	70 uur
Week 14	Uitvoering	Werkvormen kinderen onderbouwen vanuit theorie/rouw	Werkvormen volwassenen onderbouwen vanuit theorie/rouw	Schrijven Input werkvormen	60 uur
Week 15	Uitvoering	Werkvormen kinderen onderbouwen vanuit theorie/rouw Manier van presenteren bedenken en aan consulent Jaap voorleggen	Werkvormen volwassenen onderbouwen vanuit theorie/rouw Manier van presenteren bedenken en aan consulent Jaap voorleggen	Schrijven Input werkvormen Consult met Jaap waarin we de manier van presenteren onderbouwen	60 uur
Week 16	Presentatie	De onderbouwde werkvormen bundelen en presenteren aan de adresgroep. Website maken	De onderbouwde werkvormen bundelen en presenteren aan de adresgroep. Website maken	Product verwerken tot presentatie en presenteren aan de adresgroep Web deskundige inschakelen m.b.t. website.	40 uur
Week 17	Evaluatie	Feedback adresgroep m.b.t. kinderen verwerken. Website maken Procesverslag schrijven	Website maken Procesverslag schrijven.	Procesverslag schrijven	50 uur
Week 18	Evaluatie	Evaluatieprocedure opzetten Evaluatie uitvoeren	Evaluatieprocedure opzetten Evaluatie uitvoeren	Evaluatiegroep benaderen en laten uitvoeren.	30 uur
Week 19	Evaluatie	Evaluatiegegevens	Evaluatiegegevens	Feedback verwerken	40 uur

		verwerken in conclusie en aanbevelingen	verwerken in conclusie en aanbevelingen		
Week 20	Einddocumentatie	Einddocumentatie schrijven Product einddocumentatie afronden.	Einddocumentatie schrijven Product einddocumentatie afronden. Eindredactie m.b.t. layout.	Afronden	58 uur
Week 21		Het product inleveren Een borrel drinken! Dus met de trein gaan!	Het product inleveren Een borrel drinken! Dus met de trein gaan!	Praktijkproduct inleveren! In tweevoud en digitaal op de cursussite en HBO Kennisbank! (Product, vooronderzoek, plan van aanpak, onderbouwend verslag en het procesverslag,)	2 uur

In totaal zullen we gezamenlijk 840 uur aan het product werken.



4.3 EVALUATIE PROCEDURE

Wij willen graag op het onderstaande beoordeeld worden:

- De koppeling van rouwtaken en beeldende werkvormen is voor kinderen en volwassenen met NAH relevant en worden duidelijk omschreven.
- De werkvormen die gekoppeld zijn aan de verschillende rouwtaken zijn duidelijk onderbouwd met theorie. Hierbij wordt er duidelijk beschreven waarom zij belangrijk zijn voor de betreffende rouwtaak.
- De website is voor iedereen toegankelijk en verstrekt informatie met betrekking tot NAH en rouw bij kinderen en volwassenen.
- De werkvormen zijn toegankelijk voor de beeldend therapeuten die aangesloten zijn bij de vakvereniging. Hierdoor wordt het vak beeldende therapie geprofessionaliseerd en zijn we bewust om gegaan met de vaardigheden en kennis die het toepassen van de werkvormen en het vak van beeldend therapeut vereist.
- Doordat er beeldende werkvormen gekoppeld worden aan de verschillende rouwtaken wordt het voor de beeldend therapeut mogelijk om methodisch te werk te gaan. Hierdoor wordt de meerwaarde van

beeldende therapie met betrekking tot rouw onderbouwd en voldoet het aan de behoefte die in het vooronderzoek naar voren kwam.

- Doordat het product aansluit op aanbevelingen die we in de al ontwikkelde producten hebben gevonden sluit het aan bij de actuele wetenschappelijke stand van zaken.
- Het product past in de behandelsetting doordat het aansluit bij de mogelijkheden van de cliënt.

Zodra de evaluatiegroep vast staat zullen we een zinvolle opzet voor de evaluatieprocedure bedenken in dialoog met de evaluatiegroep. Met de leden wordt dan een planning gemaakt waarbij we duidelijke afspraken maken. Deze afspraken zullen we schriftelijk vastleggen.