

“Zonder drempels vooruit!”

Een praktijkonderzoek naar het effect van Psychomotorische Therapie voor jongvolwassenen met meervoudige beperkingen

2-6-2014

BA/ PMT deeltijd

Lucinda Looijenga- s1047571



Begeleider: Lia van der Maas
Opdrachtgever: Marit Dhondt
Beoordelaar: Annelee Mataheru



VOE CODE DEELTIJD: HSK3-AFS-BD13



VOORWOORD

In het kader van de deeltijdopleiding Bewegingsagogie & Psychomotorische therapie (BAPMT), aan de Christelijke Hogeschool te Zwolle, heb ik een scriptie geschreven. Dit onderzoek sluit goed aan bij mijn werkzaamheden als bewegingsagoog op de kinderrevalidatie. Op mijn werk zie ik van dichtbij hoe de kinderen met meervoudige beperkingen in een gat vallen als ze 18 jaar zijn en van school af gaan. Toen ik de stap maakte om mijn eindstage bij het activerings-, behandel- en afasiecentrum Heliomare te gaan lopen, viel alles op zijn plek. Ik had beter zicht op het traject ná revalidatie. Het was een schrok voor me om te zien waar ze terecht waren gekomen. Ze kwamen erg passief op me over. Daarom wilde ik graag onderzoeken wat deze jongvolwassenen nodig hebben op bewegings-, en behandelgebied. Ik kreeg de ruimte om binnen het activiteitencentrum een PMT-bewegingsgroep op te zetten.

Al snel kwam ik erachter dat er weinig onderzoek gedaan is naar deze doelgroep op het gebied van zelfmanagement. Wel bij een soortgelijke doelgroep, namelijk jongeren met chronische/ lichamelijke beperkingen in de leeftijd van 16- 25 jaar waar binnen de revalidatie meer aandacht voor is gekomen. Zelf werk ik ook voor de jongerenpoli binnen het Rijnlands Revalidatie Centrum (RRC) in Leiden. Mede mogelijk gemaakt door het project ‘op eigen benen’ van de hogeschool van Rotterdam. Mijn dank gaat uit naar Sander Hilberink, de coördinator van het project dat in 2012 is afgerond. Samen met de projectleider Anneloes van Staa hebben ze mij in de goede richting geholpen in de beginfase van mijn afstudeeropdracht. Sander is senior onderzoeker en Anneloes is lector transitie in zorg aan de hogeschool van Rotterdam. Deze namen komen in mijn onderzoek regelmatig naar voren. Ook wil ik Froukje Snoeren van het Trimbos Instituut bedanken die het mogelijk heeft gemaakt dat ik gebruik kon maken van haar Master Thesis en de Nederlands vertaalde versie van de vragenlijst.

Daarnaast wil ik Lia van der Maas, docente aan de Calo bedanken die mij tijdens het schrijven van mijn scriptie goed heeft begeleid samen met mijn beoordelaar Annelee Mataheru. Ten slotte wil ik mijn persoonlijke dankwoord richten aan mijn stagebegeleider Marit Dhondt en de locatiemanager van Heliomare Mieke van Arem die vanaf het begin vertrouwen in mij hadden. Voor een breder beeld van mijn werkveld heeft het mij goed gedaan om op een andere werkplek onderzoek te mogen doen.

De verdieping op het gebied van psychomotorische therapie vind ik interessant bij deze doelgroep. Er valt nog zoveel te bereiken bij deze jongeren. Ik ben blij met het resultaat. Het heeft me meer inzicht gegeven in de doelgroep. Ik hoop dat ik hiermee een groter publiek enthousiast kan maken, kan stimuleren tot gericht en verder onderzoek.

Veel plezier met het lezen van mijn verslag!

Lucinda Looijenga
Den Haag
luc@rrc.nl

“Als je ervan uitgaat dat participatie een kern van het leven is, is het makkelijk te begrijpen dat mensen willen en kunnen participeren, maar ook dat iedereen het anders vormgeeft en invult.” – Uit: Disability Studies en Participatie/ Dr. Mieke Cardol (2013).

SAMENVATTING

Aanleiding en doelstelling

Uit onderzoek blijkt dat de groep jongvolwassenen met meervoudige beperkingen een vertraagde psychosociale ontwikkeling heeft, minder sociale participatie ervaart en meer moeite heeft met zelfmanagement. Doel van dit praktijkonderzoek is inzichtelijk maken wat het effect van psychomotorische therapie (PMT) is op zelfmanagement van deze doelgroep. Het onderzoek vindt plaats in het activerings-, behandel- en afasiecentrum Heliomare in Aalsmeer. Ten behoeve van het onderzoek is er een PMT-beweegprogramma samengesteld met specifieke interventies.

Methode

Het effect van de interventie op zelfmanagement wordt gemeten door middel van een kwantitatieve vragenlijst die aan het begin en eind wordt afgenomen: Arc's zelfbepalingslijst (Van Snoeren, 2008). Daarnaast vindt er een kwalitatief onderzoek plaats om te achterhalen wat de subjectieve ervaringen van de deelnemers zijn geweest. Aan het eind van het PMT-beweegprogramma worden deze vraagg gesprekken eenmalig afgenomen en op film opgenomen.

Resultaten

Twaalf deelnemers hebben deelgenomen aan de PMT-bewegingsgroep, van wie tien deelnemers uiteindelijk volledig konden meewerken aan het onderzoek. Zes van de tien deelnemers zijn vooruit gegaan op het gebied van zelfmanagement. Bovendien laten de resultaten uit de vraagg gesprekken zien dat de PMT-bewegingsgroep als een positieve bijdrage werd ervaren door de jongvolwassenen.

Discussie en conclusie

Er is verder onderzoek nodig naar de betrouwbaarheid van de meetinstrumenten. De gegeven PMT-beweegprogramma lijkt een positief effect te hebben op zelfmanagement van de deelnemers.

SUMMARY

Motive and purpose

Former research has shown that young adults with multiple disabilities suffer from delayed psychosocial development, less social participation and less self-determination. This practical study focuses on self-determination of young adults with multiple disabilities, treated in Heliomare activity & treatment center in Aalsmeer. The goal of this research is to identify the effect of psychomotor therapy (PMT) on the self-determination of this group. For the purpose of this practical study a PMT-physical program was developed, specifically designed for the subject of research.

Method

The effect of this PMT-physical program on self-determination of the target group is measured with a questionnaire, filled out by every participant at the beginning and end of the research period: Arc's Self Determination Scale (Wehmeyer & Kelchner, 1995b). The subjective experiences of the target group are measured through interviews, after conclusion of the program. The interviews have been recorded on film.

Results

Twelve young adults have participated in the PMT-physical program. Of these twelve participants, ten were able to fully commit themselves to the program and research. Six out of ten participants have shown improvement on self-determination skills after following the program. The interviews have also shown that participants experienced the intervention as a positive contribution.

Discussion and conclusion

Further research is needed to verify the reliability of the instruments of measurement used for this research. It appears that the PMT-physical program does have a positive effect on the self-determination skills of the participants.

Inhoudsopgave

Inleiding	4
1. Theoretisch kader	6
1.1 De doelgroep van Heliomare	
1.2 Psychomotorische Therapie	
1.3 Zelfmanagement	
2. Methode.....	9
2.1 Populatie	
2.2 Onderzoeksdesign	
2.3 Procedure	
2.4 Interventie	
2.5 Meetinstrumenten	
2.6 Dataverwerking	
3. Resultaten	13
3.1 Onderzoekspopulatie	
3.2 Mate van zelfmanagement	
3.3 Effect van de PMT-interventie op zelfmanagement	
3.4 Subjectieve ervaringen van de deelnemers	
4. Discussie.....	17
5. Conclusie.....	18
6. Aanbevelingen	19
Literatuur.....	20
Bijlagen	21

Inleiding

Steeds meer jongeren met chronische aandoeningen, lichamelijke en/ of meervoudige beperkingen bereiken de volwassenleeftijd. Zij moeten ondanks hun aandoening zo zelfstandig mogelijk worden om te kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven (Van Staa, -et al., 2008). Uit het onderzoeksproject 'Op Eigen Benen Vooruit!' blijkt dat de overstap van kinderzorg naar de volwassenzorg voor veel jongeren met uiteenlopende chronische aandoeningen en/ of lichamelijke beperkingen niet optimaal verloopt. Het project is uitgevoerd door de hogeschool van Rotterdam in samenwerking met het Centraal Begeleidingsorgaan (CBO) in Utrecht. De overgang kan erg ingrijpend zijn door het verlies van vertrouwde zorgverleners en het ontbreken van een gerichte aanpak (Van Staa & Schoots, 2012). De gevolgen van een slechte transitie dragen bij aan slechtere klinische uitkomsten zoals onnodige complicaties, negatieve gezondheidsuitkomsten en een uitval van jongeren uit de zorg. Bij het ondersteunen van het zelfmanagement in de overgang naar volwassenheid en om de overstap naar de volwassenzorg effectiever te laten verlopen is er een actieprogramma opgezet. Het doel van dit actieprogramma, dat is voortgekomen uit het onderzoeksproject 'Op Eigen Benen', was het verbeteren van de inhoud en de organisatie van de zorg voor de jongeren in de leeftijd tussen 12 en 25 jaar.

Uit de resultaten van onderzoek naar het actieprogramma 'Op Eigen Benen Vooruit!' die in 2012 is afgerond blijkt dat deze groep een vertraagde psychosociale ontwikkeling heeft, minder sociale participatie ervaart en meer moeite heeft met zelfmanagement. Naar aanleiding van dit project zijn er in verschillende revalidatiecentra jongerenafdelingen opgezet, ook wel jongeren-transitiepoli's genoemd, om de doorstroom naar de volwassenzorg soepeler te laten verlopen. De doelgroep van de jongerenpoli's zijn jongeren tussen de 16 en 25 jaar met chronische, somatische aandoeningen en een IQ boven de 70. Afhankelijk van de problematiek doorlopen zij modules rond wonen, dagbesteding, werk en relaties. Het verwachte resultaat is dat de jongeren vooruitgang boeken op zelfmanagement, dat de acceptatie van de handicap is toegenomen en een negatief zelfbeeld is verminderd. Naar verwachting verbetert de kwaliteit van zorg als de behandeling beter aansluit bij de levenssituatie van de jongeren.

Binnen het huidige onderzoek wordt de focus gelegd op het zelfmanagement van de jongvolwassenen met meervoudige beperkingen in het activerings-, behandel- en afasiecentrum Heliomare in Aalsmeer. Deze focus is gekozen vanwege de onbekendheid van en onwetendheid over deze doelgroep die zichtbaar is binnen deze locatie. Daarnaast bleek dat zelfmanagement de belangrijkste behandelactor was van het actieprogramma ‘Op Eigen Benen Vooruit!’ om de jongeren met chronische en/of somatische aandoening beter voor te bereiden op de volwassenenzorg. Er is helaas zeer weinig bekend over meervoudig (complex) beperkte jongeren die overstappen naar de volwassenenzorg en wat de ervaringen zijn van de betrokkenen (Bindels- de Heus, Van Staa, Van Vliet, Ewals, & Hilberink, 2013). Het blijkt dat de jongvolwassenen met meervoudige beperkingen van Heliomare, zich momenteel vervelen, niet voor zichzelf opkomen en minder initiatief nemen tijdens de activiteiten die aangeboden worden.

De problematiek van de jongvolwassenen op de locatie Aalsmeer van Heliomare is zeer divers. Zo is er een groep met een ernstige lichamelijke beperking die ernstig tot zeer ernstig verstandelijk beperkt zijn (IQ onder de 50) en onder de meervoudig complexe gehandicapte (MCG) doelgroep valt. Daarnaast zijn er jongeren met een chronische aandoening/ (ernstige) lichamelijke beperking met een lichte tot matige verstandelijke beperking (IQ boven de 50) die meervoudig gehandicapt (MG) genoemd wordt. Voor de MG-doelgroep zijn er geen specifieke modules ontwikkeld binnen dit activiteitencentrum en daar wordt aandacht op gericht tijdens dit praktijkonderzoek. Voorheen bestond er wel een speciale groep voor de jongvolwassenen, maar deze is opgeheven vanwege het feit dat de jongvolwassenen volgens de visie van Heliomare moesten integreren bij de volwassen niet-aangeboren hersenletsel (NAH) doelgroep. Tijdens een gesprek met de gedragsdeskundige (GZ-psycholoog) van de locatie kwam naar voren dat er in 2008 een weerbaarheids-training werd gegeven. Aan deze training is geen vervolg gegeven terwijl hij wel aansloeg. Dit kwam mede door de bezuinigingen in de zorg en doordat de behandelindicatie niet meer bij alle jongvolwassenen werd afgegeven. Financieel gezien bleek deze indicatie nodig te zijn om bewegingstherapie te kunnen volgen. Vanwege de bezuinigingen zijn er minder activiteitenbegeleiders en behandelaars werkzaam, wat de begeleiding kan bemoeilijken. Het gaat om een doelgroep die intensieve begeleiding nodig heeft, ook op bewegingsgebied. Tijdens een observatieperiode is gebleken dat de jongvolwassenen baat hebben bij een PMT-bewegingsgroep speciaal toegespitst op hun mogelijkheden en behoeftes.

Om deze doelgroep beter te bedienen wat betreft bewegingsactiviteiten binnen het activiteitencentrum en tegelijkertijd hun zelfmanagement te vergroten is er een psychomotorische therapie (PMT) beweegprogramma ontwikkeld. Hieraan gekoppeld is de volgende onderzoeksvraag gesteld:

Wat is het effect van een PMT-beweegprogramma op het zelfmanagement van jongvolwassenen met meervoudige beperkingen binnen het activerings-, behandel- en afasiecentrum Heliomare?

Leeswijzer

Het onderzoek wordt uitgewerkt door de theoretische kaders in hoofdstuk 1 uit te werken die relevant zijn voor het onderzoek. Eerst wordt uitgelegd wat psychomotorische therapie inhoudt, daarna wordt dieper ingegaan op de doelgroep en wordt er een beschrijving gegeven van zelfmanagement om de onderzoeksvraag te verduidelijken. In hoofdstuk 2 komt de methode aan bod met een beschrijving van de onderzoeksgroep, de procedure, de interventie die is uitgevoerd en de meetinstrumenten die gebruikt zijn. De resultaten van de vragenlijsten en subjectieve vraaggesprekken worden vervolgens uitgewerkt in hoofdstuk 3 met behulp van tabellen en een grafiek. De citaten worden weergegeven in een verslag dat te vinden is in de bijlagen. Uiteindelijk wordt in hoofdstuk 4 de discussie weergegeven en worden op basis daarvan in hoofdstuk 5 de conclusies getrokken die nodig zijn om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Ten slotte worden in het laatste hoofdstuk aanbevelingen gedaan die refereren aan het doel van het onderzoek.

1. Theoretisch kader

1.1 De doelgroep van Heliomare

Cerebrale parese (CP) is onder de jongvolwassenen binnen het activerings-, behandel en afasiecentrum Heliomare de meest voorkomende lichamelijke beperking.

De levensverwachting van volwassenen met cerebrale parese ligt tegenwoordig veel hoger vanwege technische en medische vooruitgang van de laatste 30 jaar. Vroeger werden jongvolwassenen met CP niet ouder dan 20 jaar. Volgens de richtlijn, diagnostiek en behandeling van kinderen met CP, wordt CP omschreven als: “CP is een klinisch syndroom waarbij het belangrijkste kenmerk een houdings-, of bewegingsstoornis is en van de bewegingsstoornissen zijn de spastische bewegingsstoornissen de meest voorkomende” (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2009, p. 9). Gezien de aanbevelingen van de richtlijn CP is aandacht voor de sociaal- emotionele ontwikkeling van mensen met CP noodzakelijk. Denk hierbij aan trainingen op het gebied van sociale vaardigheden, weerbaarheid, zelfacceptatie, assertiviteit en gewenst gedrag (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2006).

Er bestaan verschillende onderzoeken naar ontwikkelingen in de participatie van mensen met (chronische) beperkingen. Zij participeren in het dagelijks leven nog steeds minder dan mensen zonder beperkingen. In de praktijk zijn het de vaardigheden ten aanzien van zelfmanagement die ontbreken en jongvolwassenen met een beperking worden niet altijd gestimuleerd tot actieve participatie (Trainor, 2005). In het domein Activiteiten en Participatie van de Internationale Classificatie voor Gezondheid en Functioneren, oftewel ICF (WHO, 2001) wordt participatie gedefinieerd als “iemand's deelname aan het maatschappelijk leven” en activiteiten gezien als “onderdelen van iemand's handelen”. Het gaat hierbij onder andere over mobiliteit, arbeid, opleiding, vrije tijd en sociale contacten (p. 11). Binnen het activiteitencentrum van Heliomare is het aanbod van activiteiten divers. Het richt zich op recreatie en educatie, begeleiding (individueel en in groepsverband), training en behandeling. Hierbij wordt gewerkt aan doelen afgestemd op de individuele cliënt.

De MG-doelgroep hebben naast hun (ernstige) lichamelijke beperking een lichte tot matige verstandelijke beperking. Zo hebben ze naast hun beperking op intellectueel functioneren (leren en denken), beperkingen in de sociale aanpassing. Mensen met een licht verstandelijke beperking en/of zwakbegaafdheid zijn moeilijk in staat complexe sociale situaties te overzien en kunnen zich moeilijk in het dagelijks leven staande houden (Neijmeijer, Moerdijk, Veneberg & Muusse, 2010). De combinatie van een lichamelijke en verstandelijke beperking maakt de deelname aan het maatschappelijke leven dus nog moeilijker.

Het werkende leven is gezien de beperkingen niet voor deze jongvolwassenen weggelegd. Zij bezoeken daarom een activiteitencentrum waar verschillende dagactiviteiten georganiseerd worden om de vaardigheden te stimuleren in de werkende en recreatieve sfeer.

(http://www.bosk.nl/templates/mercury.asp?page_id=3140, 2014, para. 8).

Volgens de DSM- IV behoren mensen met een IQ tussen de 50- 55 en 70 tot de categorie lichte verstandelijke beperking/ lichte zwakzinnigheid. In de praktijk wordt de bovengrens van het IQ voor deze doelgroep ruimer genomen en kan een IQ tussen de 70 en 85 aangeduid worden als zwakbegaafd. De indeling van IQ-waarden bij mensen met een verstandelijke beperking volgens Wechsler WAIS-III

Lichte verstandelijke beperking= IQ tussen 70-79= MG doelgroep

Matige verstandelijke beperking= IQ tussen 50-69= MG doelgroep

Ernstige verstandelijke beperking= IQ tussen 25-49= MCG doelgroep

Zeer ernstige verstandelijke beperking= < 25= MCG doelgroep

1.2 Psychomotorische therapie

Cliënten die willen leren om voor zichzelf op te komen en grenzen te stellen naar anderen, kiezen in de (klinische) praktijk vaak voor psychomotorische therapie. Zowel in de revalidatie als in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Een veel gebruikte coping strategie van sub-assertieve mensen is het aanpassen aan anderen waar ze last van kunnen ondervinden (Mosselman, 2011). Het algemene doel van de PMT volgens de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT) binnen de revalidatie of aanverwante setting is de revalidant te helpen een optimale bio psychosociale integratie te vinden en het zelfmanagement te bevorderen (Boonstra,-et al., 2009). Om deze integratie te bewerkstelligen wordt er binnen de PMT gebruik gemaakt van bewegings- en lichaamsgerichte methodieken. In de praktijk van de PMT worden de methodieken vaak in combinatie gebruikt omdat op deze wijze de integratie van denken, voelen en handelen bevorderd kan worden (NVPMT, 2009).

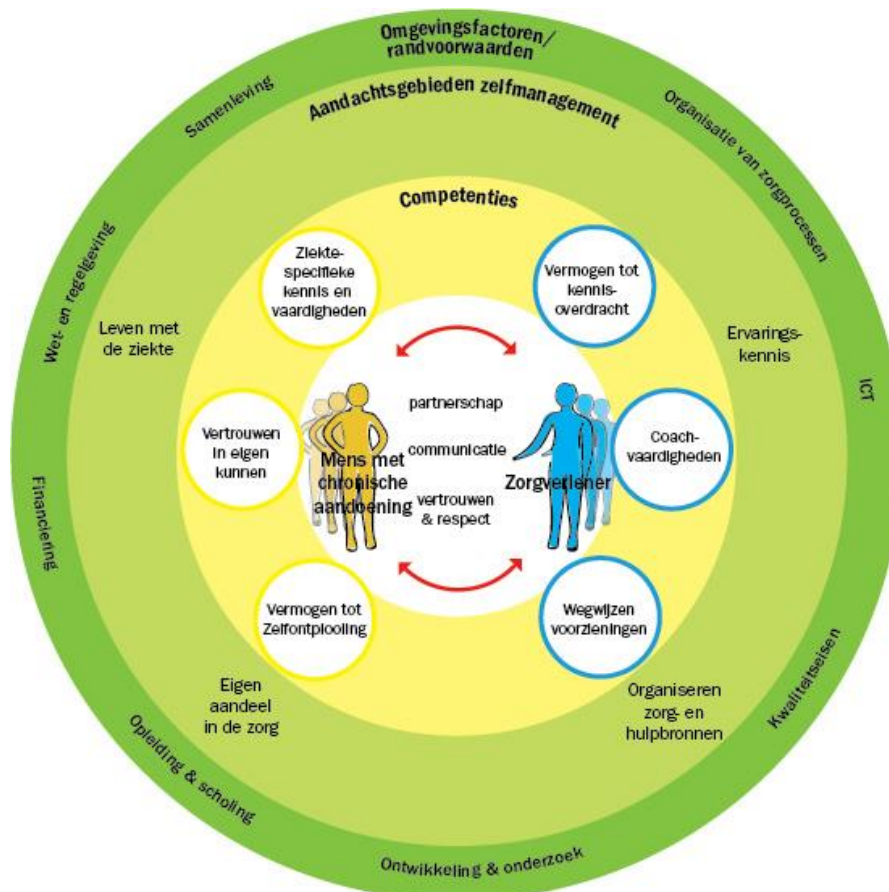
1.3 Zelfmanagement

Zelfmanagement wordt volgens de website van het project op ‘Eigen Benen Vooruit!’ gedefinieerd als “de mogelijkheid van het individu om de symptomen, behandeling, fysieke en psychosociale consequenties en de veranderingen in levensstijl die inherent zijn aan het leven met een chronische aandoening te managen” (Zelfmanagement/ Zelfstandigheid, para. 1). “Het bevorderen van zelfmanagement wordt gezien als een aanvulling op de zorg en houdt in dat de arts en kind intensief samenwerken om de ziekte onder controle te krijgen, zodat er in het dagelijkse leven zo min mogelijk last van wordt ondervonden” (<http://www.opeigenbenen.nu/nl/ouders/zelfmanagement/>, 2014, para. 2).

De houding van de adolescenten met chronische aandoeningen en het niveau van zelfmanagement lijken de hoekstenen te zijn voor de bereidheid om de transfer naar de volwassenzorg te kunnen maken (Van Staa, et al., 2010). Deze kunnen beïnvloed worden door bepaalde omgevingsfactoren zoals de samenleving, wet- en regelgeving, financiering en opleiding & scholing (figuur 1).

In het generiek model zelfmanagement (figuur 1), wat ontwikkeld is door de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) in samenwerking met het Centraal Begeleidingsorgaan (CBO), worden de essenties van zelfmanagement duidelijk. De kern van dit model is de interactie tussen de chronisch zieke en de zorgverlener.

In figuur 1 worden de onderdelen genoemd waar aandacht aan kan worden besteed. Aan de linkerkant van het model zijn de vaardigheden van de persoon met de chronische aandoening weergegeven om het werken aan zelfmanagement te realiseren. In de eerste ring om de kern van het model heen staan de belangrijkste competentie-gebieden die van belang zijn bij zelfmanagement. Voor de mens met een chronische aandoening zijn dat ziekte specifieke kennis en vaardigheden, vertrouwen in eigen kunnen en het vermogen tot zelfontplooiing. De tweede ring bevat aandachtsgebieden, onderwerpen die aandacht verdienen en waar mensen met een chronische aandoening de regie over kunnen nemen. De specifieke onderwerpen zijn: Ervaringskennis, leven met de ziekte en eigen aandeel in de zorg.



Figuur 1. Generiek model zelfmanagement. Ontwikkeld voor het zelfmanagementprogramma NPCF – CBO (2011). *Kort en krachtig*. Geraadpleegd op <http://www.zelfmanagement.com/tools/modellen/>.

2. Methode

2.1 Populatie

De onderzoeksgroep bestaat uit jongvolwassenen (20- 40 jaar) met een meervoudige beperking van het Heliomare activerings-, behandel- en afasiecentrum te Aalsmeer. Binnen deze groep is er sprake van diverse lichamelijke beperkingen. Zo zijn er mensen met cerebrale parese van verschillende niveaus, een spieraandoening, ontwikkelingsstoornissen, neurologische aandoeningen en overige problematiek. Over het algemeen maken de deelnemers gebruik van een hulpmiddel om zichzelf voort te kunnen bewegen. Naast de lichamelijke beperkingen, hebben ze een verstandelijke beperking, een IQ variërend tussen de 50 en 80.

Inclusie criteria:

- onder MG vallen aangeboren hersenletsels zoals Cerebrale Parese, neuro musculaire aandoeningen en aangeboren ontwikkelingsstoornissen met bijkomende problematiek;
- jongvolwassenen van Heliomare die op donderdag tussen 10.00- 12.00 uur geen vast programma hebben. Individuele activiteitenprogramma gaat vóór in verband met de indicatie die gegeven is;
- hulpvraag op bewegingsgebied of die interesse hebben in een MG-jongerengroep;
- met of zonder rolstoel en IQ tussen de 50 en 80 (lichte tot matige verstandelijke beperking).

Exclusie criteria:

- gedragsmatig moeilijk te behandelen, daardoor niet kunnen functioneren binnen een groep;
- epilepsie is een veel voorkomende co-morbiditeit die aanwezig is bij deze doelgroep. Bij zeer actieve epilepsie kan er bekeken worden of deelname uitgesloten moet worden;
- niet leerbaar kunnen zijn, bijv. IQ onder de 50 blijkt moeilijk te behandelen te zijn;
- als er geen toestemming gegeven wordt voor deelname aan het onderzoek. Zij mogen uiteindelijk wel meedoen met de groep, maar worden niet meegenomen in het onderzoek;
- slechte gezondheidstoestand en/of meerdere aandoeningen waarbij het bewegen een risico vormt.

2.2 Onderzoeksdesign

Er is sprake van een kwantitatief onderzoek binnen een longitudinaal onderzoeksdesign. Er zijn meerdere meetmomenten en de variabelen worden op diverse tijdstippen gemeten (Bakker & van Buuren, 2009). Alle jongvolwassenen hebben semi-zelfstandig een vragenlijst ingevuld. Het gaat om een pre-experiment. De subjectieve ervaringen van de PMT-interventie binnen de ontwikkelde MG-groep worden achterhaald door een kwalitatief onderzoek en het effect van de interventie op zelfmanagement wordt gemeten door middel van een kwantitatieve vragenlijst.

2.3 Procedure

Van oktober 2013 tot april 2014 kon er een gericht praktijkonderzoek gedaan worden door de psychomotorische therapeut i.o. onder supervisie van een ervaren psychomotorische therapeut. Er werd een PMT-beweegprogramma ontwikkeld, die in een later stadium ook uit te voeren is voor de activiteitenbegeleiders en diverse behandelaars. Bij het bepalen of de deelnemers voldeden aan de inclusie criteria voor het onderzoek heeft er een observatieperiode van twee maanden plaatsgevonden en is er informatie verzameld uit de medische dossiers. Tevens werden tijdens deze periode de wensen en behoeften binnen deze doelgroep in kaart gebracht, zodat het PMT-beweegprogramma op maat gemaakt kon worden. Vooraf werd een lijst opgesteld met alle jongvolwassenen met meervoudige beperkingen die aanwezig waren op de dag dat het PMT-beweegprogramma gegeven kon worden. De deelnemers zijn mondeling van informatie voorzien voordat de groep startte. Op de dagen dat de psychomotorische therapeut i.o. niet aanwezig was, werden flyers uitgedeeld en posters opgehangen met de nodige informatie. Er werd gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef door gegevens uit de medische dossiers te verzamelen. Er was sprake van een vrijwillige deelname aan het onderzoek. Vanwege een relatief korte onderzoeksperiode was het noodzakelijk dat de jongvolwassenen trouw zouden deelnemen aan het programma. Dit werd aan de jongvolwassenen gecommuniceerd. Een deelnemerslijst werd bijgehouden. Er is een deelnameformulier opgesteld (bijlage 5) dat is ondertekend door de jongvolwassenen.

Om het zelfmanagement te kunnen meten was er een voor-en nameting binnen de onderzoeksperiode. De vragenlijst werd onder begeleiding van de psychomotorische therapeut i.o. ingevuld voor en na het PMT-beweegprogramma. Dat wil zeggen dat de jongvolwassene semi-zelfstandig de vragenlijst in kon vullen. Aan het einde van de interventie heeft er een vraaggesprek plaatsgevonden om te achterhalen wat de ervaringen en de belevingen van de jongvolwassenen waren met betrekking tot de ontwikkelde PMT-beweegprogramma. Vooraf werd er met de jongvolwassenen afgesproken met wie het vraaggesprek individueel, in tweetallen en in groepsverband plaats kon vinden. Het interview werd afgenomen door de onderzoeker, tevens therapeut van het PMT-beweegprogramma.

2.4 Interventie

Een acht weken durend PMT-beweegprogramma werd ontwikkeld en is weergegeven in bijlage 4. De deelnemers zullen 1x per week psychomotorische therapie krijgen van 60 minuten in totaal. De volgende PMT thema's komen aan bod bij deze specifieke doelgroep: 1. Samenwerken, 2. Zelfbeeld, 3. Spanning/ grenzen en 4. Weerbaarheid/ opkomen voor jezelf (tabel 1), welke herleidbaar zijn uit het generiek model zelfmanagement (figuur 1). Het betreffen de vaardigheden die nodig zijn om jezelf te kunnen managen. Elk thema wordt twee weken behandeld met tussendoor ruimte voor bewegingsactiviteiten. Er wordt tijdens het programma geoefend met meer assertief gedrag, initiatief nemen, grenzen bepalen en emoties tonen. Verder worden de deelnemers uitgenodigd tot betekenisverlening in bewegen en lichamelijkeheid. De nog aanwezige motorische vaardigheden worden onderhouden door bewegingsactivering, het beleven in plezier door lotgenotencontact en het zelfvertrouwen wordt vergroot door positieve bewegingservaring.

Structuur sessies

- Kringgesprek/ transfer dagelijks leven;

Een terugkoppeling wordt gemaakt, hebben ze de geleerde stof kunnen toepassen?

- Rationale (uitleg)

Doel wordt besproken en thema wordt geïntroduceerd;

- PMT-oefenvormen a.d.h.v. thema

Als er tijd over is wordt een eindspel/ bewegingsactiviteit gespeeld.

Tabel 1. Een schematische weergave van de thema's die tijdens het programma aan bod zullen komen

THEMA	DOEL	OEFENVORMEN
Samenwerken	In kaart brengen hoe de samenwerking verloopt tussen de jongvolwassenen. Welke rollen nemen ze aan en welke keuzes maken zij om initiatief te nemen en zelfmanagement hierin te realiseren. <i>Oefengericht- functionele strategie*</i>	Week 1: Parachute Week 2: Met materialen naar de overkant. PMT Interventie en contextmanipulaties aanbieden binnen de bewegingsactiviteiten
Zelfbeeld	Inzicht krijgen in het beeld wat de jongvolwassenen van zichzelf hebben en hoe anderen hen zien, Wat doet het met de ander als je een bepaalde houding aanneemt, reflectie hierop. <i>Ontdekkende-conflictgerichte strategie*</i>	Week 1: 'lekker in je vel' kaartspel Week 2: presentaties over jezelf Er worden lichaamsgerichte PMT interventie ingezet.
Spanning/ Grenzen	Bewust worden welke persoonlijke zone voor de jongvolwassenen geldt. Afstand & Nabijheid. Lichamelijk contact en keuzes maken daarin, het herkennen van lichamelijke sensaties. <i>Ervaringsgerichte-stimulerende strategie*</i>	Week 1: parcours - ren/ rij je rot activiteit - geblijnddoekt afleggen Week 2: lichaamsgerichte activiteit, controlled approach
Weerbaarheid/ opkomen voor jezelf	Bewustwording van eigen regie en voor jezelf opkomen: nee/ stop durven zeggen. <i>Ervaringsgerichte-stimulerende strategie, oefengericht-functionele strategie, ontdekkende-conflictgerichte strategie*</i>	Week 1: lichaamssignalen bekijken, wat gebeurt er als ik plotseling nee of stop zeg. Week 2: rots & water interventie en 'een stevig rondje'.

* In het beroepsprofiel van psychomotorische therapie worden de verschillende PMT- strategieën uitgelegd (NVPMT, 2009).

De interventies van het PMT- beweegprogramma wordt onder andere gebaseerd op de weerbaarheidsinterventie rots en water (Ykema, 2006), het denk- en doe boek: weerbaarheid voor jongeren (Cautaert, Dupont & Ideler, 2001) en het boekje 'bewegen en bewogen worden' van Kroesen, Niks & Bellemans (2013) dat gemaakt is voor de doelgroep ernstig meervoudige beperking (EMB) wordt gebruikt als leidraad. Het beroepsprofiel van de psychomotorische therapeut die afkomstig is van de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT, 2009) wordt ook gebruikt bij het ontwikkelen van het PMT-beweegprogramma met lichaamsgerichte- en bewegingsgerichte interventies erin. Gezien de diversiteit van de doelgroep staan de oefenvormen niet vast, maar zijn slechts een indicatie. Het differentiëren binnen de PMT-oefenvormen is noodzakelijk.

2.5 Meetinstrumenten

Zelfbepalingslijst:

Om zelfmanagement te meten wordt er gebruikt gemaakt van een gevalideerd meetinstrument dat vertaald is naar de Nederlandse taal, namelijk de Arc's Self Determination Scale (Wehmeyer & Kelchner, 1995b) oftewel de Arc's zelfbepalingslijst. De letterlijke (gevalideerde) Nederlandse vertaling van de Arc's Self Determination Scale is van Snoeren (2008). Aan de hand van het validatie onderzoek is gebleken dat de vragenlijst voldoende valide en betrouwbaar is. Verder lijken er geen andere geschikte vragenlijsten voor deze doelgroep beschikbaar te zijn. De Nederlands vertaalde vragenlijst is opgevraagd bij de auteur. Er wordt geadviseerd om de vragenlijst samen met de jongere in te vullen vanwege de complexiteit van de vragenlijst (bijlage 1).

De Arc's zelfbepalingslijst bestaat uit vier sub schalen speciaal voor jongeren/ jongvolwassenen met een lichte verstandelijke beperking en/of leerproblemen: Autonomie, Zelfregulatie, Psychologische Zelfstandigheid en Zelfrealisatie. Het doel van de vragenlijst is het in kaart brengen van kwaliteiten en zwakheden aan de hand van een zelfrapportage.

Sub schaal 1: Autonomie, bestaat uit 32 vragen met een scoringsmogelijkheid van 0 t/m 3 punten. Binnen het onderdeel autonomie zijn vaardigheden zoals keuzes maken, problemen oplossen en doelen bepalen zichtbaar. Aangezien de jongvolwassenen niet meer op school zitten, hebben ze de school gerelateerde onderdelen ingevuld zover als mogelijk was.

Sub schaal 2: Zelfregulatie, bestaat uit negen vragen met een scoringsmogelijkheid van 0 t/m 2 punten. Dit onderdeel bestaat uit negen open vragen. Bij zelfregulatie gaat het om zelfobservatie, zelfevaluatie en voor zichzelf opkomen. Uit het validiteitsonderzoek is gebleken dat sub schaal twee zelfregulatie net onvoldoende betrouwbaar is voor de doelgroep jongeren met een licht verstandelijke beperking (Snoeren, 2008). De verwachting is dat de jongeren/ jongvolwassenen moeite hebben met het invullen van de negen open vragen.

Sub schaal 3: Psychologische zelfstandigheid, bestaat uit 16 vragen waar 0 of 1 punt op gescoord kan worden. De vaardigheden die aansluiten bij psychologische zelfstandigheid zijn daadkracht en vertrouwen in jezelf.

Sub schaal 4: Zelfrealisatie, bestaat uit 15 vragen waar 1 of 2 punten op gescoord kan worden. Zelfbesef en zelfevaluatie zijn onderdelen van zelfrealisatie.

De vragenlijst kent in totaal 72 items. Deze worden aan het einde bij elkaar op geteld voor het bepalen van het zelfmanagement. Hoe hoger de score, hoe groter het zelfmanagement is. De vaardigheden per onderdeel kunnen allemaal gekoppeld worden aan zelfmanagement.

Subjectieve ervaring:

Ook worden de subjectieve ervaringen meegenomen in een kwalitatief onderzoek aan de hand van een vraaggesprek dat aan het einde van het PMT-beweegprogramma eenmalig werd afgenomen. Het gaat om een vrijwillige deelname aan het groepsvraaggesprek. Er wordt vooraf afgesproken wie het nog leuk vindt om daarna individueel of in tweetallen te worden geïnterviewd. In dit groeps-, individuele en tweetallen vraaggesprek zal er worden ingegaan op de wensen en behoeften van de jongvolwassenen bij deelname aan de PMT-bewegingsgroep. De vragen zullen gaan over de beleving van de jongvolwassenen bij het PMT-beweegprogramma. Vanwege het personeelstekort en om een goed beeld te krijgen van het geheel worden de gesprekken afgenomen door de onderzoeker zelf.

Enkele voorbeelden van gestelde vragen zijn:

1. Wat vond je van deze bewegingsgroep?
2. Kun je vertellen wat je eraan hebt gehad?
3. Vind je dat de bewegingsgroep door moet gaan?

2.6 Dataverwerking

De scores van de Arc's zelfbepalingslijst worden in Excel verwerkt. De Arc's Self Determination Procedural Guidelines (Wehmeyer, 1995a) worden gebruikt om de puntentelling te bepalen en om de gegevens te kunnen verwerken. Per deelnemer worden de punten bij elkaar opgeteld en in een tabel weergegeven (bijlage 3). Het betreft een groepsresultaat door het groepsgemiddelde uit te rekenen. De uitkomst van de voor- en nameting wordt in een grafiek en tabel weergegeven. Vervolgens worden de subjectieve vraaggesprekken aan de hand van een verslag (bijlage 2) geregistreerd en meegenomen in het onderzoek. De uitspraken die het meeste naar voren kwamen en relevant zijn voor het onderzoek worden specifiek vermeld in het verslag door het weergeven van citaten.

De resultaten van de Arc's zelfbepalingslijst worden vergeleken met de scores van het validiteitsonderzoek (Snoeren, 2008). De doelgroep waar de vragenlijst op getest is binnen het validiteitsonderzoek bestaat uit jongeren in de leeftijd van 14 tot en met 22 jaar, met een lichte verstandelijke beperking en/of leerproblemen. Daarnaast was er ook sprake van bijkomende problematiek, zoals ADHD, emotionele problematiek of een aan autisme verwante stoornis.

3. Resultaten

3.1 onderzoekspopulatie

In totaal werden zestien deelnemers mondeling benaderd om deel te nemen aan het PMT beweegprogramma. Uiteindelijk hebben twaalf deelnemers deelgenomen aan de groep, van wie tien deelnemers volledig konden meewerken aan het onderzoek. De vier die vroegtijdig met de groep zijn gestopt waren niet gemotiveerd om deel te nemen of werden vanwege de exclusiecriteria uitgesloten van deelname. Vanwege een slechte gezondheidstoestand en te laag IQ zijn de laatste twee deelnemers uitgevallen. De deelnemer met het lage IQ mocht wel deelnemen aan de groep, maar heeft niet meegedaan aan het onderzoek. Dit was vooraf met de deelnemer besproken. De meeste deelnemers (80 procent) bevonden zich in de leeftijd tussen de 20 en 30 jaar oud en hadden een IQ tussen de 50 en 80- een lichte tot matige verstandelijke beperking (tabel 2). Tachtig procent van de deelnemers hadden cerebrale parese met een Grof Motorisch Functionerings-Classificatie Systeem (GMFCS) niveau IV. Dit betekent dat de jongvolwassene zich zelfstandig konden voortbewegen met behulp van een elektrisch vervoershulpmiddel. De rest van de jongvolwassenen, namelijk 20 procent van de MG-groep had een neuromusculaire aandoening in combinatie met een verstandelijk beperking, ontwikkelingsstoornis en/of overige problematiek en had een IQ tussen de 70 en 80 (een lichte verstandelijke beperking).

Tabel 2. Kenmerken van de onderzoeksgroep

Deelnemer	Geslacht + leeftijd	IQ	Bijzonderheden
1	Vrouw, 21 jaar	80	Zwakbegaafd, Neuromusculaire aandoening, epilepsie
2	Vrouw, 20 jaar	70	Licht verstandelijk beperkt, CP, Handbewogen rolstoel
3	Man, 20 jaar	75	Licht verstandelijk beperkt, CP, Handbewogen rolstoel
4	Man, 23 jaar	76	Licht verstandelijk beperkt, CP, Enige loper
5	Man, 40 jaar	80	Zwakbegaafd, CP, moeilijk verstaanbaar
6	Vrouw, 27 jaar	75	MLK niveau, neuromusculaire aandoening
7	Man, 30 jaar	79	MLK niveau, CP, rijdt zijn rolstoel met zijn kin
8	Man, 36 jaar	60	Matig verstandelijk beperkt, CP, Slechthorend
9	Man, 27 jaar	64	Matig verstandelijk beperkt, CP, ZML niveau
10	Man, 26 jaar	55	Matig verstandelijk beperkt, CP, ZML niveau

IQ= Intelligentiequotiënt, CP= Cerebrale parese, MLK= Moeilijk lerend, ZML= Zeer moeilijk lerend.

Tabel 2 laat zien dat twee deelnemers opvallen vanwege hun (kalender) leeftijd. Zij zijn 36 en 40 jaar oud, terwijl het een groep voor jongvolwassenen betrof. Deze deelnemers hadden een goede aansluiting met de rest van de groep. Van de tien deelnemers zaten er zeven in een elektrische rolstoel, twee in een handbewogen rolstoel en er was sprake van één loper die meedeed aan de groep. Er deden drie vrouwen en zeven mannen mee aan het onderzoek. De eerste vier deelnemers die in de tabel weergegeven staan zijn het minst lichamelijk beperkt. Hier vallen de twee handbeworgen rolstoelers, degene met het hoogste IQ en de enige loper van de groep onder.

3.2 Mate van zelfmanagement

Tabel 3. Vergelijking tussen de voormeting van het praktijkonderzoek en scores validiteitsonderzoek van Snoeren (2008).

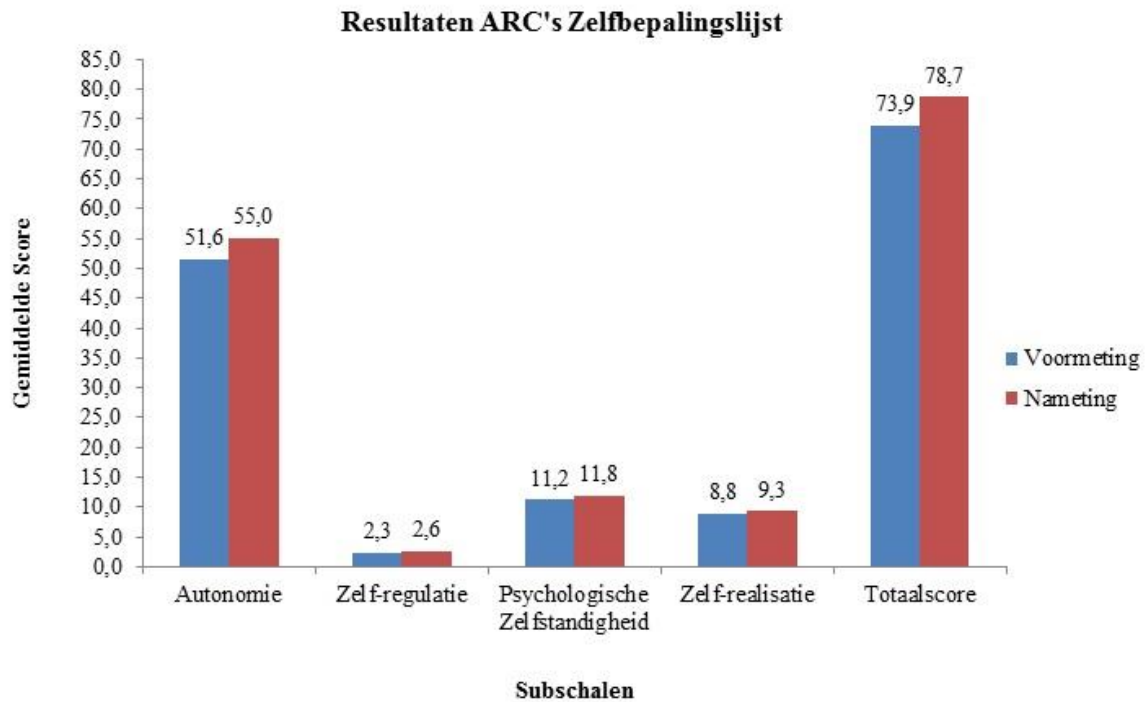
Autonomie		Zelfregulatie		Psychologische zelfstandigheid		Zelfrealisatie		Totaalscore	
PO	VO	PO	VO	PO	VO	PO	VO	PO	VO
51.6	62.0	2.3	10.4	11.2	12,9	8.8	4.7	73.9	89.3

PO= praktijkonderzoek, VO= validiteitsonderzoek (Snoeren, 2008).

In tabel 3 zijn de resultaten van de Arc's zelfbepalingslijst vergeleken met het validiteitsonderzoek. De jongeren van deze validiteitsstudie scoren hoger bij de sub schalen autonomie en zelfregulatie. De jongvolwassenen van dit praktijkonderzoek scoren ongeveer gelijk aan de jongeren in het validiteitsonderzoek op de sub schaal psychologische zelfstandigheid en aanzienlijk hoger op de laatste sub schaal zelfrealisatie. De jongvolwassenen uit dit praktijkonderzoek scoren lager (respectievelijk 73,9 en 89,3) op zelfmanagement dan de jongeren uit het validiteitsonderzoek.

3.3 Effect van het PMT-beweegprogramma op zelfmanagement

Figuur 2 laat zien wat het effect is van het PMT-beweegprogramma op het zelfmanagement van de jongvolwassenen met meervoudige beperkingen. Het betreft een groepsresultaat. De vier sub schalen en een totaalscore zijn weergegeven. Bij elk onderdeel is er een lichte stijging te zien na een periode van acht weken. De hoogte van de scores variëert in verband met het aantal vragen dat gesteld werd, de complexiteit van de vragen en hoeveelheid punten die gescoord kon worden (zie methode).



Figuur 2. De resultaten van de Arc's zelfbepalingslijst

Tabel 4. De individuele resultaten schematisch weergegeven

Sub schaal	Autonomie		Zelf- regulatie		Psych. Zelf- standigheid		Zelf- realisatie		Totaalscore	
Client	Voor	Na	Voor	Na	Voor	Na	Voor	Na	Voor	Na
1	67	62	0	0	11	7	15	15	93	84
2	62	54	2	0	15	15	11	7	88	79
3	71	65	1	2	14	10	3	9	89	86
4	57	55	8	8	13	12	13	6	91	81
5	54	63	5	6	10	11	9	12	78	91
6	44	55	1	1	12	13	10	11	67	80
7	45	63	4	5	11	13	11	12	71	93
8	43	45	0	0	7	10	8	9	58	64
9	39	49	0	2	9	9	7	11	55	71
10	34	39	2	2	6	10	7	6	49	57

In tabel 4 zijn de resultaten per deelnemer te zien. Aan de resultaten te zien zijn zes van de tien jongvolwassenen vooruit gegaan op alle vier de sub schalen. De andere deelnemers (de eerste vier) scoorden totaal wat lager dan bij de voormeting, vooral bij sub schaal autonomie. Dit zijn de deelnemers met een hoog IQ die lichamelijk het minst beperkt zijn. Deze deelnemers scoorden hoog bij de voormeting in vergelijking met de rest van de deelnemers.

3.4 Subjectieve ervaringen van de deelnemers

In totaal zijn er vijf interviews afgenomen, waarvan twee individueel, twee in tweetallen en één in groepsverband. De uitgetikte vraaggesprekken dienen als data en zijn weergegeven in bijlage 2. De belangrijkste onderwerpen die naar voren kwamen en waar de jongvolwassenen veel aan hebben gehad of indruk op hen hebben gemaakt waren het samenwerken, stop zeggen, opkomen voor jezelf, het psychologische stuk gecombineerd met het bewegen, het communiceren en het contact maken met lotgenotencontact. Het beter leren kennen van zichzelf en plezier maken vonden de jongvolwassenen ook belangrijk. Deze elementen werden door meerdere personen opgenoemd. Volgens een deelnemer is het “opkomen voor jezelf erg belangrijk en bij je eigen mening blijven” (bijlage 2, p. 24). Het opvallende was dat het stop zeggen en voor jezelf opkomen door de helft van de groep genoemd werd. Een sprekende zin die uit het individuele interview kwam was: “Ik denk dat het goed is voor de meeste jongeren om zichzelf beter te leren kennen. Door dingen te doen die je eigenlijk niet wil, maar toch leren durven” (bijlage 2, p. 25). Waar ze het meeste aan hebben gehad is het contact maken met elkaar, het samenwerken en het bespreken van wat er gebeurt als je dicht bij iemand staat. “het op een andere manier jezelf beter leren kennen” (bijlage 2, p. 24) werd genoemd.

De PMT-oefenvorm die bij de individuele interviews het meeste naar voren kwam was het naar elkaar toe lopen of rijden en stop zeggen als iemand te dichtbij kwam. Eén persoon gaf aan dat hij het psychologische gedeelte interessant vond in combinatie met bewegen. Meer mensen deelden zijn mening. “Het psychologisch bewegen, niet alleen het sporten” zoals de deelnemer dat aangaf (bijlage 2, p. 24). Als de groep doorgaat willen ze dat het bewegen gecombineerd blijft met de PMT-interventie. Wat ze als vervelend hebben ervaren was dat er niet meer begeleiding beschikbaar was voor het invullen van de vragenlijsten en dat zij niet meer individuele hulp kregen bij het PMT-beweegprogramma. Hierdoor moesten ze wat langer wachten tijdens de PMT-oefenvormen.

4. Discussie

Methode

De Nederlandse vertaling van de Arc's Self Determination Scale, namelijk de Arc's zelfbepalingslijst kan goed ingezet worden bij de meervoudig gehandicapten (MG) doelgroep. Zoals verwacht bleek sub schaal 2 zelfregulatie met de open vragen te moeilijk te zijn voor deze doelgroep. Zelfs met een persoonlijke begeleider bleken sommige vragen onmogelijk te beantwoorden. De resultaten worden wel meegenomen in het onderzoek, maar er zal rekening worden gehouden met deze beperking. De scores zullen mogelijk lager uitkomen dan dat het daadwerkelijk is. Bij sub schaal 1 autonomie ging een gedeelte over school gerelateerde activiteiten. Bij deze doelgroep bleek dat niet van toepassing te zijn, waardoor op sommige vragen geen punten gescoord konden worden.

De specifieke interventie en bewegingsactiviteiten in het PMT-beweepprogramma staan niet vast. De MG-doelgroep is een diverse groep waar veel verschillende interventies ingezet kunnen worden en gezien de complexiteit van de doelgroep is er veel variatie in oefenvormen nodig. De bewegingsactiviteiten kunnen goed ingezet worden als eerste stap naar de PMT-oefenvormen door eerst de deelnemers uit te nodigen tot bewegen en hier vervolgens betekenis aan te verlenen gekoppeld aan de PMT-thema's. Dit is in de praktijk duidelijk naar voren gekomen en bleek een goede vorm van werken te zijn. Het is belangrijk dat er genoeg begeleiding aanwezig is om alle jongvolwassenen genoeg aandacht te kunnen geven. Binnen de verschillende thema's bleek veel herhaling nodig te zijn waar nu niet altijd de tijd en gelegenheid toe was, omdat er maar één therapeut aanwezig was tijdens de sessies. De deelnemers zijn specifiek gescreend en het programma is op hun specifieke wensen en behoeften geschreven, dit kan mogelijk lastig te generaliseren zijn naar andere jongvolwassenen met meervoudige beperkingen. Er kan veel gedifferentieerd worden binnen de gegeven PMT-oefenvormen. Om een goede uitvoering te kunnen bewerkstelligen is het noodzakelijk om vooraf een observatie periode in te voeren. Dit is belangrijk om goed in te kunnen schatten op welk cognitief en motorisch niveau de jongvolwassenen zitten en wat er nodig is. Zo kan er een gericht PMT-beweepprogramma opgesteld worden om de doelen, wensen en verwachtingen te kunnen realiseren.

Resultaten

Op onderdeel 2 zelfregulatie zijn er in totaal niet veel punten gescoord, maar er is wel een lichte stijging te zien. Snoeren (2008) beschrijft dat voorzichtigheid geboden is bij de interpretatie van de gegevens in verband met de moeilijkheidsgraad van de open vragen voor de doelgroep jongvolwassenen met een lichte verstandelijke beperking. Tijdens het invullen van de vragenlijsten bleek deze voorzichtigheid terecht gezien het feit dat zelfs met extra uitleg en begeleiding de vragen soms nog steeds niet in te vullen waren door de deelnemers. Vier deelnemers, met het hoogste IQ en minst lichamelijke beperkt, laten een kleine daling zien in de totaalscore. Vooral bij sub schaal autonomie scoren ze alle vier wat lager. Deze daling in resultaat is niet te verklaren met het IQ van de jongvolwassenen. Een hoger IQ leidde in dit geval niet tot een beter resultaat, terwijl voor zelfrapportage wel noodzakelijk is om een wat hogere IQ te hebben. De reden dat de vier deelnemers lager scoorden bij de nameting zou kunnen zijn dat er bij de voormeting meer hulp was bij het afnemen van de vragenlijsten. Een co-therapeut kon de vragen waar nodig toelichten.

Uit onderzoek, dat is uitgevoerd bij jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking volgens Wechsler WAIS-III is gebleken, dat het sociale aanpassingsvermogen een belangrijker criterium is dan de IQ-score. Het IQ-score is niet hét criterium voor het onderkennen van een verstandelijke beperking (Thijs, Hoogervorst, Pesch & Ponsioen, 2010).

Totaal is 60 procent van de deelnemers vooruit gegaan op zelfmanagement door het PMT-beweepprogramma. Gezien de resultaten is het onderdeel autonomie het grootste binnen de vragenlijst waar de meeste vooruitgang wordt gezien. Het groepsresultaat geeft slechts een klein percentage aan vooruitgang weer, vanwege het feit dat vier jongvolwassenen achteruit zijn gegaan en de interventie gedurende een vrij korte periode werd uitgevoerd. Bij een langere behandelperiode krijgen de deelnemers meer herhaling van de PMT-oefenvormen en hebben ze meer tijd om de geleerde oefenstof toe te passen in het dagelijks leven. Daarnaast hadden de scores vergeleken kunnen worden met een controlegroep voor een beter resultaat. Een soortgelijke groep binnen het activiteitencentrum die de vragenlijsten in vullen zonder deelname aan de PMT-bewegingsgroep. Vanwege de complexiteit van de doelgroep en tijdsdruk is hier niet voor gekozen.

Het verschil in scores tussen dit praktijkonderzoek en het validiteitsonderzoek is mogelijk ontstaan doordat de gemiddelde leeftijd van de jongeren 15,45 jaar was, tegen een gemiddelde leeftijd van 27 jaar in dit praktijkonderzoek. Een verklaring zou kunnen zijn dat de jongvolwassenen van dit praktijkonderzoek in een andere ontwikkelfase van hun leven zitten en waarschijnlijk meer levenservaring hebben. Naast het verschil in leeftijd is er ook een verschil in problematiek zichtbaar. In het validiteitsonderzoek kwamen er meer gedragsproblemen onder de deelnemers voor. De jongvolwassenen in dit praktijkonderzoek waren meervoudig beperkt en rolstoelafhankelijk waardoor ze met de nodige hulpmiddelen zo zelfstandig mogelijk kunnen leven. Ook konden ze de school gerelateerde vragen niet invullen en sub schaal 2 zelfregulatie bleek moeilijk te beantwoorden te zijn.

Uitvoering

Er zijn een aantal aspecten die de uitkomsten beïnvloed kunnen hebben. Tijdens het invullen van de vragenlijst gaat het om een momentopname. Ze waren allemaal niet even serieus met het beantwoorden en/of invullen van de vragen. Gedurende het PMT-beweegprogramma zijn de deelnemers serieuzer geworden. Aan het begin wisten ze nog niet echt wat er van hen verwacht werd. De jongvolwassenen kunnen ook beïnvloed worden door de antwoorden van de anderen die gegeven werden tijdens het afnemen van de vragenlijsten, dit kon door de beperkte begeleiding niet vermeden worden. Het bleek te tijdrovend om alle vragenlijsten individueel af te nemen. Voor een beter resultaat en een hogere betrouwbaarheid is het gewenst dat de vragenlijst samen met de jongere wordt afgenomen. Vanwege de observatieperiode van twee maanden en de tijdsdruk van het onderzoek was er minder tijd over voor de daadwerkelijke uitvoering van het onderzoek. Ook kon er geen controle-groep meegenomen worden in het onderzoek. Een twaalf weken durend programma zou gezien het cognitieve en motorisch niveau van de deelnemers beter zijn.

Kijkend naar de aanwezigheid van de deelnemers gaat het om een doelgroep die regelmatig afwezig is bij de behandelingen. Een verklaring zou kunnen zijn dat ze vatbaarder zijn voor ziekte. Om de transfer te bevorderen, zou het een optie kunnen zijn om huiswerkopdrachten mee te geven en een logboek bij te houden hoe ze de geleerde oefenstof in de praktijk hebben toegepast. Hier was weinig tot geen aandacht voor. Verder kijkend naar de interviews die afgenomen werden hadden de deelnemers moeite met het geven van negatieve feedback. Waarschijnlijk kwam dit vanwege hun lager cognitief niveau en dat de onderzoeker en therapeut dezelfde persoon was. Bij het beantwoorden van de vragen spelen sociaal wenselijke antwoorden een grote rol bij deze doelgroep. Als iemand anders de vraaggesprekken had afgenomen, kon er een objectiever beeld van de deelnemers gegeven worden.

5. Conclusie

De vraag was wat het effect is van een PMT-beweegprogramma gericht op het zelfmanagement voor jongvolwassenen met meervoudige beperkingen binnen het activerings-, behandel- en afasiecentrum Heliomare. Vanwege een korte behandelperiode en het lage aantal deelnemers kunnen er geen harde conclusies getrokken worden. Voor een beter resultaat is het noodzakelijk om een controlegroep in te voeren, zodat er een vergelijking gemaakt kon worden tussen twee groepen binnen dezelfde locatie. Wel kan geconcludeerd worden dat PMT een meerwaarde lijkt te hebben binnen de MG-doelgroep. Dit is duidelijk zichtbaar in de stijgende scores die zijn weergegeven in figuur 2 en tabel 4. Meer dan de helft van de deelnemers (60 procent) hebben vooruitgang geboekt binnen de vier domeinen van zelfmanagement: autonomie, zelfregulatie, psychologische zelfstandigheid en zelfrealisatie. De beleving van de deelnemers is meegenomen in het onderzoek en hieruit blijkt dat het PMT-beweegprogramma als positief is ervaren. De belangrijkste redenen, die de deelnemers geven waarom deze bewegingsgroep moet blijven bestaan zijn het lotgenotencontact, het vergrote zelfmanagement en het plezier dat de deelnemers door bewegingsactivering hebben ervaren. Ook wat betreft het samenwerken en contact tussen de deelnemers is er een verandering zichtbaar. Zowel in de resultaten van de vragenlijsten als in de vraaggesprekken komt dit naar voren. Door de klinische observatie is het duidelijk geworden dat deze deelnemers vrolijker zijn binnen het activiteitencentrum Heliomare. De deelnemers nemen vaker initiatief en geven aan dat ze zich minder vervelen binnen het activiteiten- en behandelaanbod. Dit gaven de behandelaars en activiteitenbegeleiders ook aan tijdens en vlak na het uitvoeren van de PMT-bewegingsgroep.

6. Aanbevelingen

Onderzoek

In de inleiding staat beschreven dat er weinig bekend is over de overstap van jongeren met meervoudige (complexe) beperkingen naar de volwassenenzorg en hoe dit wordt ervaren door de betrokkenen. Ook is de vraag wat er voor deze jongeren nodig is om het zelfmanagement te kunnen vergroten. Het is aan te bevelen om meer gericht onderzoek te doen naar PMT binnen deze doelgroep. Bijvoorbeeld met een controlegroep van ongeveer gelijk niveau erbij binnen het activiteitscentrum. Om het breder te kunnen trekken zou er ook gekozen kunnen worden om het revalidatietraject erbij te betrekken. Psychomotorische therapie (PMT) wordt steeds bekender in de revalidatie en door verder onderzoek naar het traject na revalidatie kan dit ook meegenomen worden. Het is een doelgroep die vaak vergeten wordt. De mogelijkheden binnen deze doelgroep is groot wat vaak niet ingezien wordt.

Groepsgrootte en - samenstelling

Gezien de hulpmiddelen die bij deze doelgroep nodig zijn, is het aan te raden om een grote sportzaal of oefenruimte te gebruiken. De groep kan in tweeën gesplitst worden als blijkt dat er te weinig ruimte is. Bij meer dan zes deelnemers is het verstandig om een co-therapeut in te zetten. Zo kan er optimaal geleerd worden. Gezien de complexiteit van de doelgroep, is het niet haalbaar om gelijkheid in de groep te creëren. Er zullen altijd verschillen bestaan binnen het cognitief, sociaal-emotioneel en lichamelijk functioneren. Om gericht te kunnen werken kan er wel een IQ-indeling gemaakt worden. Op motorisch gebied is het aan te raden om diversiteit van hulpmiddelen in een groep te hebben (een loper, handbewogen rolstoel en een looprek bijvoorbeeld). Het aanbieden van de PMT-oefenvormen is dan minder beperkt, dan wanneer alleen mensen in een elektrische rolstoel deelnemen aan de groep.

Meetinstrumenten

Er is meer onderzoek nodig naar de betrouwbaarheid van de Arc's zelfbepalingslijst van Snoeren (2008) bij deze doelgroep, vooral op onderdeel 2 zelfregulatie. Zwakheden en kwaliteiten worden in kaart gebracht door middel van zelfrapportage. Volgens eerder onderzoek is het moeilijk, maar niet onmogelijk om zonder enige zelfrapportage het meten van zelfmanagement mogelijk te maken voor mensen met een ernstige beperking (Wehmeyer, 2005). Het onderzoeken of er een geschikt observatie instrument is om zelfmanagement te meten bij deze doelgroep is hierdoor aan te bevelen. Aangezien er geen andere vragenlijsten lijken te bestaan voor deze doelgroep is het voor nu aan te bevelen om de Arc's zelfbepalingslijst te gebruiken. Het geeft een goed beeld van het denken en voelen van de deelnemer en hoe te handelen in situaties. Ook is het van belang om meetinstrumenten te ontwikkelen om zo effectmeting en meer gericht onderzoek mogelijk te maken voor deze doelgroep. Vanwege sociaal wenselijke antwoorden die de jongvolwassenen mogelijk gaven bij de subjectieve vraaggesprekken is het aanbevolen om een neutrale behandelaar of activiteitenbegeleider in te zetten die het PMT-beweepprogramma niet gegeven heeft.

Behandeling

In dit onderzoek werd er gebruik gemaakt van bewegings- en lichaamsgerichte interventies in een beweeprogramma binnen de psychomotorische therapie (PMT). Voor de MG-doelgroep leek dit een goede vorm te zijn met betrekking tot zelfmanagement. Een langere periode PMT zou goed zijn voor deze doelgroep om meer resultaat te kunnen boeken. Binnen de onderzoeksperiode is naar voren gekomen dat de jongvolwassenen naast de gegeven PMT-interventie ook willen sporten. Als de wens op sportgebied groot is, kan er gekeken worden naar een aparte sportgroep naast een therapiegroep. De jongvolwassenen met een IQ onder de 50 kunnen dan namelijk ook deelnemen aan deze sportgroep. Vanwege het cognitief niveau kon deze groep niet meedoen aan de interventie van het PMT-beweeprogramma. Binnen de revalidatie kan dit PMT-beweeprogramma wel aangeboden worden. Vooral binnen de transitie- jongerenpoli's die speciaal ontwikkeld zijn voor deze doelgroep. Net als in de revalidatie kunnen er bij het traject na revalidatie specifieke modules ontwikkeld worden, waarin de verschillende hulpvragen aan bod komen. Onderwerpen kunnen zijn: een actieve leefstijl, relaties, eigen regie en zelfmanagement, dat aangeboden kan worden binnen de psychomotorische therapie. Een weerbaarheidsprogramma kan ontwikkeld worden samen met de maatschappelijke werker of de GZ-psycholoog. Zo kunnen de obstakels in het dagelijks leven meegenomen worden.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Bakker, E., & Van Buuren, H. (2009). *Onderzoek in de gezondheidszorg*. Groningen/ Houten: Noordhoff uitgevers, 44-49.
- Bindels-de Heus, G. C. B., van Staa A. L., van Vliet, I., Ewals, F. V. P. M., & Hilberink, S. R. (2013). Transferring young persons with profound intellectual and multiple disabilities from pediatric to adult medical care: Parents' experiences and recommendations. *Rotterdam: Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(3): 176- 189.
- Boonstra, I., Mengerink, B., Engelen, B., Penders, S., Oonk, W., & Van der Maas, L. (2009). *Visie omtrent Psychomotorische Therapie in de Revalidatiesetting*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie.
- Cautaert, S., Dupont, V., & Ideler, I. (2001). *Weerbaarheid voor jongeren: een denk- en doeboek*. Antwerpen- Apeldoorn: Garant- uitgevers, 163-164.
- Gorter, J. W., van Tol, E., van Schie, P., & Ketelaar, M. (2009). *Gross Motor Function Classification System: Expanded and Revised*. Utrecht/ the Netherlands: NetChild Network for Childhood Disability Research.
- Kroesen, B. J., Niks, C., & Bellemans, T. (2013). *Bewegen en bewogen worden*. Hogeschool Windesheim: Special Heroes, 78- 79.
- Mosselman, W. (2011). Meer lef door beter lichaamsbesef: Een onderzoek naar psychomotorische interventies bij assertiviteitsproblematiek. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 9, 17- 26.
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. (2006). Richtlijn diagnostiek en behandeling van kinderen met spastische Cerebrale Parese. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijke gehandicapten in de GGZ, een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos instituut.
- NVPMT, 2009. Beroepsprofiel Psychomotorisch Therapeut ("Beroepsprofiel," 2009).
- Snoeren, F. M. M. (2008). *The Arc's Self-Determination Scale: Validatie van de Nederlandse vertaling* (Master's thesis). Utrecht: Faculty of Social and Behavioral Theses.
- Thijs, F., Hoogervorst, J., Pesch, W., & Ponsioen, A. (2010). Het gebruik van de WAIS-III-NL bij (jong) volwassenen met lagere IQ 's: Vissen in troebel water. *De psycholoog* (38).
- Trainor, A. A. (2005). Self- determination perceptions and behaviors of diverse students with LD during transition planning process. *Journal of Learning Disabilities*, 38(3), 233- 249.
- Van Staa, A. L., Hilberink, S.R., Eysink Smeets- van der Burgt, A.E., van der Stege, H.A., Jedeloo, S., & Roebroek, M.E. (2008). Transitie van kindzorg naar volwassenenzorg: Revalidatie in actie, *Revalidata, onderzoek en publicatie* (146), 3- 10.
- Van Staa, A. L., Van der Stege, H.A., Jedeloo, S., Moll, H.A., & Hilberink, S.R. (2010). Readiness to Transfer to Adult Care of Adolescents with Chronic Conditions: Exploration of Associated Factors. *Elsevier: Journal of Adolescent Health*, 48: 295- 302.
- Van Staa, A., & Schoots, H. (2012). *Betere transitiezorg voor jongeren met chronische aandoeningen, resultaten van het actieprogramma op eigen benen vooruit!* Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Wehmeyer, M. L. (1995a). *The Arc's self-Determination scale: Procedural guidelines*. Arlington, TX: Arc.
- Wehmeyer, M. L., & Kelchner, K. (1995b). *The Arc's self-Determination scale: The adolescent version*. The arc of the United States.
- Wehmeyer, M. L. (2005). Self-Determination and Individuals with Severe Disabilities: Re-examining, Meanings and Misinterpretations. University of Kansas: *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30(3): 113- 120.
- World Health Organization. (2001). International Classification of functioning, Disability and Health. Dutch translation: WHO-FIC Collaborating Centre, Bilthoven/ the Netherlands.
- Ykema, F. (2006). *Het rots en water- programma, sociale competentie programma*. Schagen: Gadaku Institute / Rots & Water Instituut NL.

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst: Ned. Vertaling
Bijlage 2: Verslag vraaggesprekken
Bijlage 3: Resultaten schema's
Bijlage 4: PMT-beweegprogramma
Bijlage 5: Deelnameformulier

BIJLAGE 1: Vragenlijst Nederlandse vertaling van SD schaal (verkorte versie)

Arc's zelfbepalingsschaal (versie voor adolescenten)

Naam:

Leeftijd:

Datum:

IQ:

Onderdeel 1: Autonomie

Uitleg: Geef bij elke vraag aan welk antwoord het beste weergeeft wat je doet in een bepaalde situatie. Er zijn geen goede en foute antwoorden. Je mag maar 1 antwoord geven per vraag.

1A: Onafhankelijkheid: Routine persoonlijke verzorging en gezinsgerichte functies

1. Ik maak mijn eigen maaltijden en/of snacks klaar
2. Ik zorg voor mijn eigen kleren
3. Ik doe klusjes thuis
4. Ik houd mijn persoonlijke spullen bij elkaar
5. Ik kan zelf eenvoudige eerste hulp of medische zorg gericht op mezelf toepassen
6. Ik zorg goed voor mijzelf

1B: Onafhankelijkheid: Interactie met de omgeving

7. Ik maak vrienden met andere kinderen van mijn leeftijd
8. Ik maak gebruik van het postkantoor
9. Ik houd zelf mijn afspraken en vergaderingen bij
10. Ik kan omgaan met verkopers in winkels en restaurants

1C: Handelen op basis van voorkeuren, gedachten, interesses en vaardigheden: Recreatie en vrije tijd

11. Mijn vrijetijdsbesteding is gebaseerd op mijn interesses
12. Ik plan activiteiten in het weekend die ik leuk vind om te doen
13. Ik doe mee aan school-gerelateerde activiteiten
14. Mijn vrienden en ik kiezen voor activiteiten die wij willen doen
15. Ik schrijf brieven, aantekeningen en praat met vrienden en familie aan de telefoon
16. Ik luister naar de muziek die ik leuk vind

1D: Handelen op basis van voorkeuren, overtuigingen, interesses en vaardigheden: maatschappelijke betrokkenheid en interactie

17. Ik ben vrijwilliger bij activiteiten die mij interesseren
18. Ik ga naar de restaurants die ik leuk vind
19. Ik ga naar de bioscoop, concerten en de disco
20. Ik ga winkelen of breng tijd door in het winkelcentrum
21. Ik neem deel aan jongerengroepen (zoals scouting, kerkgroepen enz.)

1E: Handelen op basis van voorkeuren, overtuigingen, interesses en vaardigheden: Naschoolse richtingen

22. Mijn school- en vrijetijdsactiviteiten zijn gebaseerd op mijn interesses in een bepaalde carrière
23. Ik werk aan het schoolwerk dat mijn carrièrekansen vergroot.
24. Ik maak carrièreplannen voor de lange termijn
25. Ik werk of heb gewerkt om geld te verdienen
26. Ik doe mee, of heb meegedaan aan carrièretraining of beroepstraining

27. Ik heb mijn interesse voor een baan nader bekeken door de werkplek te bezoeken, of door met mensen te praten die dat beroep uitoefenen

1F: Handelen op basis van voorkeuren, overtuigingen, interesses en vaardigheden: Persoonlijke expressie

28. Ik kies zelf mijn kleren en persoonlijke items die ik dagelijks nodig heb
29. Ik kies mijn eigen haarstijl
30. Ik kies zelf de cadeaus uit om aan familie en vrienden te geven
31. Ik richt mijn eigen kamer in
32. Ik kies zelf waar ik mijn persoonlijke geld aan uitgeef.

Antwoordcategorieën:

- Ik doe dit niet, zelf niet als ik de kans krijg
- Ik doe dit soms als ik de kans krijg
- Ik doe dit meestal als ik de kans krijg
- Ik doe dit altijd als ik de kans krijg

Onderdeel 2: Zelf-regulatie

Uitleg: Elke vraag vertelt het begin van een verhaal en hoe het eindigt. Jouw taak is te vertellen wat er is gebeurd in het midden van het verhaal, om het begin en het einde met elkaar te verbinden. Lees het begin en het einde van elke vraag en vul dan het beste antwoord in in het midden van het verhaal. Er zijn geen goede en foute antwoorden

2A: Interpersoonlijke cognitieve probleemoplossing

33.

Begin: Je hebt een vergadering samen met je ouders en leerkrachten, over de planning van je vakken. Jij wilt het vak volgen waarbij je kunt leren als kassière te werken in een winkel. Je ouders willen dat je de Familie/gezin en Kinderopvang les volgt. Je kunt maar 1 van de vakken volgen.

Midden: ...

Eind: Aan het einde van het verhaal kies je voor de beroepsopleiding waarbij je leert als kassière te werken.

34.

Begin: Je hoort een vriend(in) praten over een nieuwe baan die vrijkomt in de lokale boekwinkel. Jij houdt van boeken en wilt een baantje. Je besluit dat je graag in de boekwinkel zou willen werken.

Midden: ...

Eind: Aan het einde van het verhaal werk je in de boekwinkel

35.

Begin: Jouw vrienden doen alsof ze boos op je zijn. Je bent hier verontwaardigd over

Midden: ...

Eind: Aan het einde van het verhaal kun je prima met je vrienden opschieten

36.

Begin: Op een morgen ga je naar je Engelse les en ontdekt dat je Engelse boek niet in je rugzak zit. Je bent van streek omdat je dat boek nodig hebt om je huiswerk te maken.

Midden: ...

Eind: Aan het einde van het verhaal gebruik je je Engelse boek om je huiswerk te maken

37.

Begin: Je maakt onderdeel uit van een club op school. De adviseur van de club kondigt aan dat de clubleden de volgende vergadering nieuwe bestuursleden moeten kiezen. Jij wilt graag voorzitter van de club worden.

Midden: ...

Eind: Aan het einde van het verhaal ben jij gekozen als voorzitter van de club.

38.

Begin: Je bent op een nieuwe school en je kent niemand. Je wilt vrienden hebben.

Midden: ...

Eind: Aan het einde van het verhaal heb jij veel vrienden op je nieuwe school.

2B: Doelen stellen en taakuitvoering

39. Waar wil je wonen nadat je van school af bent/ geslaagd bent?

40. Waar wil je werken nadat je van school af bent/ geslaagd bent?

41. Wat voor transportmiddel wil je gaan gebruiken als je van school af bent/ geslaagd bent?

Antwoorden:

- Dat heb ik nog niet gepland

- Ik wil

Schrijf 4 dingen op die je moet doen om dit doel te bereiken:

Onderdeel 3: Psychologische zelfstandigheid

Uitleg: Kruis het antwoord aan dat het beste bij je past (dat jou gedrag het beste beschrijft) Je mag maar 1 antwoord aankruisen. Er zijn geen goede en foute antwoorden.

42.

A. Ik doe meestal wat mijn vrienden willen, of

B. Ik zeg het mijn vrienden als ze iets doen dat ik niet wil doen

43.

A. Ik zeg het anderen als ik nieuwe of andere ideeën of meningen heb, of

B. Ik ben het meestal eens met de ideeën of meningen van anderen

44.

A. Ik ben het meestal met mensen eens die tegen me zeggen dat ik iets niet kan, of

B. Ik zeg het mensen als ik denk dat ik iets wel kan waarvan zij zeggen dat ik het niet kan

45.

A. Ik zeg het mensen als ze me kwetsen, of

B. Ik durf het niet tegen mensen te zeggen als ze me kwetsen

46.

A. Ik kan mijn eigen beslissingen nemen, of

B. Andere mensen nemen beslissingen voor mij

47.

A. Goed mijn best doen op school, levert me niet iets goeds op, of

B. Goed mijn best doen op school helpt me een goede baan te krijgen

48.

A. Ik kan hebben wat ik wil als ik hard werk, of

B. Ik heb veel geluk nodig om te krijgen wat ik wil

49.

A. Het heeft geen zin om steeds iets opnieuw te proberen, want er verandert toch niets, of

B. Ik blijf het proberen, zelfs nadat er iets fout is gegaan

50.

- A. Ik heb de vaardigheden de baan uit te oefenen die ik wil, of
- B. Ik kan niet doen wat nodig is om de baan uit te oefenen die ik wil

51.

- A. Ik weet niet hoe ik vrienden moet maken, of
- B. Ik weet hoe ik vrienden moet maken

52.

- A. Ik kan met anderen samenwerken, of
- B. Ik kan niet goed met anderen samenwerken

53.

- A. Ik maak geen goede keuzes, of
- B. Ik kan goede keuzes maken

54.

- A. Als ik de vaardigheden heb, is het mogelijk voor me om de baan te krijgen die ik wil, of
- B. ik krijg waarschijnlijk niet de baan die ik wil, zelfs niet als ik er de vaardigheden voor heb

55.

- A. Ik zou het moeilijk hebben met het maken van nieuwe vrienden, of
- B. Ik ben in staat nieuwe vrienden te maken in nieuwe situaties

56.

- A. Ik ben in staat om met anderen samen te werken als dat nodig is, of
- B. Ik ben niet in staat om met anderen samen te werken als dat nodig is

57.

- A. Mijn keuzes worden niet gerespecteerd, of
- B. Ik ben in staat keuzes te maken die belangrijk voor me zijn

Onderdeel 4: Zelf-realizatie

Uitleg: Geef bij de volgende stellingen/uitspraken aan of ze passen bij hoe jij over jezelf denkt/ hoe jij je voelt. Er zijn geen goede en foute antwoorden. Kruis het antwoord aan dat het beste bij je past.

- 58. Ik schaam me voor geen enkele van mijn emoties
- 59. Ik voel de vrijheid om boos te zijn op mensen waar ik om geef
- 60. Ik kan mijn gevoelens laten zien, zelf als anderen me kunnen zien
- 61. Ik kan mensen aardig vinden, zelfs als ik het niet met ze eens ben
- 62. Ik ben bang dingen fout te doen
- 63. Het is beter om jezelf te zijn, dan om populair te zijn
- 64. Mensen houden van me omdat ik liefde geef
- 65. Ik weet wat ik het beste kan
- 66. Ik accepteer mijn eigen beperkingen
- 67. Ik heb het gevoel dat ik veel niet kan
- 68. Ik vind mezelf leuk
- 69. Ik ben geen belangrijk persoon
- 70. Ik weet hoe ik mijn beperkingen kan verbergen
- 71. Anderen vinden me leuk
- 72. Ik ben zelfverzekerd over mijn vaardigheden

Antwoorden:

- mee eens
- niet mee eens

BIJLAGE 2: Verslag vraaggesprekken

De 5 filmfragmenten gaan over de ervaringen van de jongvolwassenen die gaan over de bewegingsgroep door middel van een individueel en groepsgesprek. De citaten worden hieronder weergegeven. Ook wordt er een casuspersoon uitgehaald en het interview wordt uitgeschreven.

Tabel 1. Weergave van de vragen die gesteld kunnen worden en welke gesprekstechnieken er zijn

Hoofdvragen	Overige vragen	Gesprekstechnieken
Het gesprek wordt afgenomen door de onderzoeker zelf om een goed beeld te krijgen. Enkele voorbeelden van gestelde vragen kunnen zijn: 1. Wat vond je van deze bewegingsgroep? 2. Kun je vertellen wat heb je eraan hebt gehad? 3. Vind je dat de bewegingsgroep door moet gaan?	- waarom moet de groep doorgaan? - wat vond je zo leuk dan? - en hoe leer je jezelf beter kennen? - en wat bijvoorbeeld, kun je een voorbeeld noemen? - wat vond je er gezellig aan? - wat heb je dan geleerd, kun je dat benoemen? - heeft iedereen dat zo ervaren? - wat viel jullie op?	- herhalen van de zinnen - samenvatten van de antwoorden - parafraseren - vragen of het klopt - vertellen waarom, rationale - evt. psycho- educatie geven - misschien kunnen jullie elkaar aanvullen - doorvragen, de onderdelen die we gehad hebben - navragen of ik het zo goed zeg

1. Groepsgesprek met 6 jongvolwassenen (20.C)

Tijdsduur: 5.19 minuten

“het is een gezellige groep”
“van je eigen leeftijd, veel geleerd”
“hoe je met anderen om moet gaan”
“stop zeggen”
“samenwerken met de groep”
“in de ogen kijken, en niet in de lach schieten”
“serieuze kant aanpakken vind ik goed”
“leerzaam, psychologische kant gecombineerd met bewegen”
“grappig & leuk”
“maak niet uit of het doorgaat, mag zo blijven”
“meeste stemmen gelden”
“minder aandacht geven ze aan jongeren”
“praten en contact maken is moeilijk”
“op een andere manier jezelf beter leren kennen”

2. Eerste tweetal (20.D)

Tijdsduur: 2.48 minuten

“leuk om meer over mezelf te leren”
“doet niet snel mee met sportgroep vanwege de vele prikkels, deze groep was rustig, overzichtelijk”
“hoe anderen zijn, contact maken met anderen”
“psychologisch bewegen, niet alleen het sporten”
“als het doorgaat, niet alleen het sporten aanpakken”

3. Tweede tweetal (20.E)

Tijdsduur: 5.12 minuten

“eigen leeftijdsgenoten, niet vaak in het activiteitscentrum zichtbaar”
“ze doen meer voor de ouderen, dan voor de jongeren”
“opkomen voor jezelf is erg belangrijk, bij je eigen mening blijven”
“dingen over jezelf leren is niet zo leuk, confronterend voor mij”
“plezier, lotgenotencontact en kan niet specifiek benoemen wat”
“je kunt meer jezelf zijn bij leeftijdsgenoten, die snappen je”
“mijn gevoel is dat ouderen het wordt opgedragen”

4. Individueel gesprekje (deel 1)

Tijdsduur: 1.19 minuten

“samenwerken, met zijn allen”

“ik vond de groep heel leuk”

“de spelletjes vond ik het leukst”

“eigenlijk alles, vooral met de stok”

“met materialen naar de overkant”

“verder niets mee gedaan eigenlijk”

5. Individueel gesprekje (deel 2)

CASUSPERSOON

Tijdsduur: 2.07 minuten

“Hoi, ik ben Br. Ik ben 23 jaar. Ik zit hier op het activiteitscentrum in Aalsmeer. Ik vond de jongerengroep heel leuk en ik heb er heel veel aan gehad. Met samenwerken, individuele spelletjes, ik vond van alles leuk.

En ja, ik vind eigenlijk dat de groep wel door moet gaan. Ik denk dat het goed is voor de meeste jongeren om zichzelf beter te leren kennen. Door dingen te doen die je eigenlijk niet wil, maar toch leren durven! Met hoe dicht je bij iemand kan komen. Rijdend of lopend en stop zeggen of dit wil ik niet of je bent te dichtbij”



Afbeelding 1. De jongvolwassenen die mee hebben gedaan met de groeps- individuele gesprekken.

BIJLAGE 3: Resultaten schematisch weergegeven

N1= Ou.

Domeinen	1^e meting= 16- 01- 2014	2^e meting= 20- 03- 2014
1. Autonomie	67	62
2. Zelf- regulatie	0	0
3. Psychologische zelfstandigheid	15	15
4. Zelf- realisatie	11	7
IQ= 80		
Totaalscore	93	84

N2= An.

Domeinen	1^e meting= 23- 01- 2014	2^e meting= 20- 03- 2014
1. Autonomie	62	54
2. Zelf- regulatie	2	0
3. Psychologische zelfstandigheid	15	15
4. Zelf- realisatie	9	10
IQ= 70		
Totaalscore	88	79

N3= Ru.

Domeinen	1^e meting= 16- 01- 2014	2^e meting= 20- 03- 2014
1. Autonomie	71	65
2. Zelf- regulatie	1	2
3. Psychologische zelfstandigheid	14	10
4. Zelf- realisatie	3	9
IQ= 75		
Totaalscore	89	86

N4= Br.

Domeinen	1^e meting= 16- 01- 2014	2^e meting= 20- 03- 2014
1. Autonomie	57	55
2. Zelf- regulatie	8	8
3. Psychologische zelfstandigheid	13	12
4. Zelf- realisatie	13	6
IQ= 76		
Totaalscore	91	81

N5= Al. 1

Domeinen	1^e meting= 16- 01- 2014	2^e meting= 20- 03- 2014
1. Autonomie	54	63
2. Zelf- regulatie	5	6
3. Psychologische zelfstandigheid	10	11
4. Zelf- realisatie	9	12
IQ= 80		
Totaalscore	78	91

N6= Yl.

Domeinen	1 ^e meting= 16- 01- 2014	2 ^e meting= 20- 03- 2014
1. Autonomie	44	55
2. Zelf- regulatie	1	1
3. Psychologische zelfstandigheid	12	13
4. Zelf- realisatie	10	11
IQ= 75		
Totaalscore	67	80

N7= Mi.

Domeinen	1 ^e meting= 16- 01- 2014	2 ^e meting= 20- 03- 2014
1. Autonomie	45	63
2. Zelf- regulatie	4	5
3. Psychologische zelfstandigheid	11	13
4. Zelf- realisatie	11	12
IQ= 79		
Totaalscore	71	93

N8= Da.

Domeinen	1 ^e meting= 16- 01- 2014	2 ^e meting= 20- 03- 2014
1. Autonomie	43	45
2. Zelf- regulatie	0	0
3. Psychologische zelfstandigheid	7	10
4. Zelf- realisatie	8	9
IQ= 60		
Totaalscore	58	64

N9= Al. 2

Domeinen	1 ^e meting= 16- 01- 2014	2 ^e meting= 20- 03- 2014
1. Autonomie	39	49
2. Zelf- regulatie	0	2
3. Psychologische zelfstandigheid	9	9
4. Zelf- realisatie	7	11
IQ= 64		
Totaalscore	55	71

N10= Ed.

Domeinen	1 ^e meting= 16- 01- 2014	2 ^e meting= 20- 03- 2014
1. Autonomie	34	39
2. Zelf- regulatie	2	2
3. Psychologische zelfstandigheid	6	10
4. Zelf- realisatie	7	6
IQ= 55		
Totaalscore	49	57

BIJLAGE 4: PMT-beweegprogramma met de beschreven interventies en activiteitenkaarten erin

De doelgroep	Jongvolwassenen tussen de 20 en 40 jaar met een meervoudige beperking en IQ boven de 50. Onder de 50 is moeilijk leerbaar. Eventueel kunnen ze wel deelnemen aan de bewegingsactiviteiten. Deelnemers kunnen zich met een handbewogen/elektrische rolstoel, lopend of met een looprek voortbewegen. Het gaat om een vrijwillige deelname.
Exclusie- en inclusiecriteria	<u>Inclusie criteria:</u> - onder MCG vallen aangeboren hersenletsels zoals Cerebrale Parese, neuro musculaire aandoeningen en aangeboren ontwikkelingsstoornissen met bijkomende problematiek. - jongvolwassenen van Heliomare die op donderdag tussen 10.00-12.00 uur geen vast programma hebben. Individueel programma gaat voor in verband met de indicatie. - hulpvraag op bewegingsgebied of die interesse hebben in een MCG jongerengroep. - met of zonder rolstoel en IQ tussen de 50 en 80 (lichte tot matige verstandelijke beperking) <u>Exclusie criteria:</u> - gedragsmatig moeilijk te behandelen, daardoor niet kunnen functioneren binnen een groep - epilepsie is een veel voorkomende co-morbiditeit die aanwezig is bij deze doelgroep. Bij zeer actieve epilepsie kan er bekeken worden of deelname uitgesloten moet worden. - niet leerbaar kunnen zijn, bijv. IQ onder de 50 blijkt moeilijk te behandelen te zijn. - als er geen toestemming gegeven wordt voor deelname aan het onderzoek. Zij mogen uiteindelijk wel meedoen met de groep, maar worden niet meegenomen in het onderzoek. - slechte gezondheidstoestand/ meerdere aandoeningen waarbij het bewegen een risico vormt
Intake	Observatie/ kennismakingsperiode vooraf, welke PMT thema's komen aan bod en welke deelnemers komen in aanmerking voor de groep. Uiteindelijk wordt er een deelnameformulier ingevuld door de deelnemer met de afspraken rondom therapie waar ze zich aan moeten houden.
Doelen	Doelen die vooral naar voren komen bij de deelnemers zijn: bewegingsactivering, plezier/ lotgenotencontact en het hoofddoel is het vergroten van zelfmanagement.
Referentiekaders	- Uitgangspunt PMT= het Bio Psychosociaal model - Het boekje 'bewegen en bewogen worden van Kroesen, Niks & Bellemans (2013). kan als leidraad gebruikt worden. - De interventie wordt o.a. gebaseerd op de weerbaarheidsinterventie Rots en water (Ykema, 2006) - Het beroepsprofiel van de psychomotorische therapeut die afkomstig is van de NVPMT kan ook gebruikt worden.
Effectmeting	- Praktijkonderzoek naar het effect van psychomotorische therapie bij de nieuw ontwikkelde MCG bewegingsgroep - Pilot periode oktober 2013- april 2014 in het kader van een afstudeeropdracht voor de BA/ PMT deeltijd opleiding.

Randvoorwaarden	<u>Algemeen:</u> Voor de basisberoepscode wordt verwezen naar het beroepsprofiel Psychomotorische Therapeut. <u>Spel- en oefenmateriaal:</u> Voor het beweegprogramma kan er gebruik gemaakt worden van veel verschillend materiaal dat beschikbaar is in de sportzaal. Alle materialen dienen op dezelfde plek gelegd te worden waar het vandaan kwam. <u>Kledingvoorschriften:</u> Er zijn geen kledingvoorschriften, voor de therapeut geldt dat gemakkelijk zittende kleding handig is. <u>Accommodatie:</u> De lichaams- bewegingsgerichte interventies vinden plaats in de sportzaal van het activerings- behandel- en afasiecentrum Heliomare. Het gebruik van de hele zaal is noodzakelijk. <u>Personeel:</u> De interventies kunnen worden gegeven door een 3^e of 4^e jaars PMT-student onder supervisie van een bewegingsagoog/ psychomotorische therapeut met de nodige ervaring. Een PMT-deeltijd student kan de interventies zelfstandig uitvoeren mits hij/ zij zelf werkzaam is als bewegingsagoog. <u>Tijdsinvestering:</u> Naast de sessies kan er overlegd worden bij het koffie- thee moment van 08.00- 08.30 die iedere dag plaatsvindt. Dit is noodzakelijk bij teveel afwezigheid van de cliënt en of als er bijzonderheden zijn.
Evaluatie	Na een periode van 8 weken worden de doelen per groep geëvalueerd bij het teamoverleg. Eventueel kan er per deelnemer bekeken worden of de groep uitgesloten moet worden. Dit wordt besproken in het ondersteuningsteam a.d.h.v. de exclusiecriteria.
Bijlagen	1. poster/ flyer 2. deelnameformulier 3. overnameformulier 4. motivatie groep 5. doelgroep analyse 6. beroepsprofiel PMT (alleen bijlage 2 is relevant voor het onderzoek om toe te voegen)

PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE

Interventies

(zie het beroepsprofiel PMT achterin voor uitleg wat de therapie precies inhoudt).

Gedurende 8 weken worden er specifieke PMT interventies ingezet voor deze doelgroep.

De deelnemers zullen 1x per week bewegingstherapie krijgen van 60 minuten in totaal.

De volgende PMT thema's komen aan bod bij deze specifieke doelgroep:

1. Samenwerken, 2. Zelfbeeld, 3. Spanning/ grenzen en 4. Weerbaarheid/opkomen voor jezelf

Elk thema wordt twee weken behandeld met tussendoor ruimte voor bewegingsactiviteiten.

Structuur sessies

- Kringgesprek/ transfer dagelijks leven

Een terugkoppeling wordt gemaakt, hebben ze de geleerde stof kunnen toepassen?

- Rationale (uitleg)

Doel wordt besproken en thema wordt geïntroduceerd

- PMT oefenvormen a.d.h.v. thema

Als er tijd over is wordt een eindspel/ bewegingsactiviteit gespeeld

→ De volgorde kan nog weleens veranderen, ligt aan de oefenvormen. Op het whiteboard wordt opgeschreven wat we die dag gaan doen. Zo weten de deelnemers wat we gaan doen.

Therapeutische attitude

- Steunend/ motiverend
- Inzicht gevende rol
- Stimulerend/ enthousiasmerend
- Afwachtende rol
- Sturend
- Structurerend
- Positief

BA-PMT aanpak:

Oefenen met meer assertief gedrag, initiatief nemen, grenzen bepalen en emoties tonen. Uitnodigen tot betekenisverlening in bewegen en lichamelijkheid. Onderhouden van aanwezige vaardigheden en het opdoen van positieve bewegingservaring door lotgenotencontact en om hun zelfvertrouwen te kunnen vergroten.

Vanuit de doelgroep is er ook de wens om meer actief te zijn op bewegingsgebied binnen het activiteitencentrum. Het is belangrijk dat er voldoende gevarieerd/ gedifferentieerd wordt met de doelgroep.

De sport- en bewegingsactiviteiten die geschikt voor deze doelgroep zijn o.a.:

1. Boccia, een soort jeu de boules
2. Parcours rijden met obstakels
3. Rolstoelhockey/ voetbal
4. Bowlen/ kegelen
5. Racketsporten met ballonnen
6. Bewegen op muziek



Afbeelding 2. Whiteboard

THEMA 1: Samenwerken

Activiteit:

Parachute en samenwerkingsopdrachten.

Doel:

In kaart brengen hoe de samenwerking verloopt tussen de jongvolwassenen. Welke rollen nemen ze aan en welke keuzes maken zij om initiatief te nemen en zelfmanagement hierin te realiseren.

Kringgesprek:

Werken jullie weleens samen?

Hoe verloopt het samenwerken over het algemeen?

Wat voor keuzes kun je maken als het gaat om samenwerken?

Oefenvormen:

Met materialen naar de overkant.

PMT Interventies en contextmanipulaties aanbieden binnen de twee bewegingsactiviteiten

Beschrijving

Zie de activiteitenkaarten 2x



Afbeelding 3. Een jongvolwassene die mij assisteerde bij de groep

THEMA 2: Zelfbeeld

Activiteit: -

Lichaamsgerichte activiteiten

Doel:

Inzicht krijgen in het beeld wat de jongvolwassenen van zichzelf hebben en hoe anderen hen zien, Wat doet het met de ander als je een bepaalde houding aanneemt, reflectie hierop.

Kringgesprek:

- Wie ben jij en hoe zien anderen jou?
- Wat doet het met je als je voor een groep staat?

Oefenvormen:

Lekker in je vel kaartspel, presentaties over jezelf

Beschrijving

1. Lekker in je vel spel is een kaartspel met coaching kaartjes erin die je afzonderlijk ook kunt gebruiken. Spelenderwijs kan de taal van emoties ontdekt worden. Tekst, beeld en prikkelende vragen helpen gevoelens en emoties bespreekbaar te maken, ze te (h)erkennen en er beter mee om te gaan. De jongvolwassenen mogen een kaartje pakken en vervolgens beantwoorden. Een ander vorm is en kaartje voor iemand anders uitzoeken en voorlezen.

2. De jongvolwassenen kregen vervolgens de opdracht om een poster te maken over zichzelf. Bovenaan het papier werd de naam gezet, leeftijd en waar ze vandaan kwamen. Ze mochten erop zetten waar ze goed in zijn ☺ en waar ze minder goed in zijn ☹. Dit werd vervolgens gepresenteerd aan de groep. Na afloop mocht de groep een cijfer geven voor het resultaat.



Afbeelding 4. Lekker in je vel spel



Afbeelding 5 + 6 De presentaties



THEMA 3: Spanning/ grenzen

Activiteit:

Parcours en lichaamsgerichte activiteiten

Doel:

Bewust worden welke persoonlijke zone voor de jongvolwassenen geldt. Afstand & Nabijheid. Lichamelijk contact en keuzes maken daarin, het herkennen van lichamelijke sensaties.

Kringgesprek:

- Hoe ga je om met spanning? Is dat anders als je in een rolstoel zit?
- Kom je doordat je in een rolstoel zit niet snel dichtbij elkaar te staan?
- Wat doet het met jou als je dicht bij of ver van iemand gaat staat?

Oefenvormen:

Geblinddoekt een parcours afleggen, een ballon laten klappen, controlled approach/ elkaar blijven aankijken totdat iemand lacht en iedereen naar 1 persoon in het midden toerijden.

Beschrijving

1. Parcours



Ren/ rij je rot:

Er wordt een route afgebakend waar de deelnemers zo snel mogelijk moet rennen/ rijden. Liefst een vierkant om de activiteit zelf heen. De loop/ rijrichting wordt duidelijk aangegeven, zo voorkom je botsingen. In het midden liggen verschillende kaarten (gesloten). De teams krijgen allebei een kleur (rood of zwart). De bedoeling is dat er zo snel mogelijk een rondje gereden wordt en bij het midden aangekomen mogen ze een kaart uitkiezen, als het de goede is mogen ze hem meenemen. De deelnemers kunnen met elkaar overleggen en samenwerken. Het team dat het snelst alle kaarten heeft verzameld achter een bepaalde lijn, heeft gewonnen.

Geblinddoekt een parcours afleggen: (zie ook de activiteitenkaart voor meer informatie)

Allereerst wordt het parcours met zicht gereden. De enige loper wordt voor de veiligheid (voor zichzelf en anderen) in een sportrolstoel gezet. De begeleider blijft continue aanwezig. Vervolgens mogen de deelnemers om en om ervaren hoe het is om met ogen dicht te rijden (als dit moeilijk gaat, krijgen ze een blinddoek of slaapmaster op). Na afloop wordt besproken wat de ervaringen en de beleving van de jongvolwassenen waren. Wat ze aan hun lichaam merkten bijvoorbeeld.

2. Controlled approach

Er worden 2-tallen gemaakt, 1 deelnemer is de persoon die werkt, de ander komt op het teken van naar de persoon tegen over hem/ haar toelopen of rijden. De deelnemer geeft door gebaren (of geluiden) aan of iemand mag komen of moet stoppen. De bedoeling is dat de deelnemer stilstaat bij zichzelf en bij elk lichaamssignaal dat de deelnemer voelt de lopende/ rijdende deelnemer laat stoppen. Maakt niet uit hoe klein de lichamelijke verandering is, neem de tijd om daar even bij stil te staan en dat kan alleen als degene die op je af komt lopen stopt. Zoek de voor jou prettige afstand met de ander en dit bespreekbaar maken, bij welke afstand voel je je het rustigst? Experimenteer vervolgens met heel ver weg en heel dicht bij, probeer iemand een keer weer wat naar achter te laten gaan. Daarna kan er gewisseld worden van rol.

Variatie:

Elkaar blijven aankijken totdat iemand lacht, dit steeds herhalen. En op tijd stop zeggen bijv.

THEMA 4: Weerbaarheid/ opkomen voor jezelf

Activiteit: een stevig rondje

Doel: Bewustwording van eigen regie en voor jezelf opkomen: nee/ stop durven zeggen.

Kringgesprek:

- Hoe ga je om met kritiek?
- Hoe geef jij aan wat je wel en niet wilt?
- Kun jij op tijd stop/ nee zeggen?

Oefenvormen:

Kijken naar lichaamssignalen, wat gebeurt er als ik plotseling nee of stop zeg. En een rollenspel: Wisselen van stemgebruik: zacht, hard, overdreven, lachend, streng etc.

Beschrijving

1. Rots en water (Ykema, 2006)

Dit is een psycho- fysieke training dat kan worden ingezet als weerbaarheidsprogramma en kan jongvolwassenen eventueel ondersteunen bij de overgang naar de volwassenheid.

Rots en water, hoe gaat dat in zijn werk?

Het programma begint met oefeningen in stevig staan en zitten. Het gaat dan om:

- Geaard zijn, letterlijk en figuurlijk met beide benen op de grond staan (stevig staan)
- Ontspannen zijn, dit is met een rustige buikademhaling
- In contact zijn, het aankijken van de ander

BASIS “Zet je voeten stevig neer, voel je voeten op de grond, ontspan je schouders en voel je kracht in je buik (die span je licht aan). Daarnaast is een stevige, maar niet te strakke of te felle oogblik belangrijk” (Ykema, 2006).

De basis van zelfvertrouwen en de mentale kracht zit hem in wat je wilt zeggen, het richten op de ander en in je stem, in je blik van je ogen, maar ook in je houding. Dit is nodig voor:

- Reacties op grensoverschrijdend gedrag
 - Jezelf over drempels heen helpen, faalangst overwinnen
 - Zelfcontrole, beheersing van te sterke boosheid en angst.
- ➔ Aanpassen voor de doelgroep door in plaats van grond, voetenplankje te zeggen en vertalen naar makkelijke taal. Ligt eraan welke jongvolwassenen je voor je hebt.

2. Een stevig rondje (Cautaert, Dupont & Ideler, 2001)

Doelstelling:

- Krachtig voor jezelf en voor je goede eigenschappen leren uitkomen
- Kennismaken met jezelf

Opdracht:

Er wordt een namenrondje gedaan. De bedoeling is dat er zolang wordt doorgegaan totdat iedereen krachtig en zelfzeker zijn of haar naam uitgesproken heeft. Na het eerste rondje expliciet vragen dit te herhalen, maar nu krachtiger dan de eerste keer. Bij zichzelf de kracht leren voelen om er te zijn en om te denken ‘ik mag er wezen zoals ik ben’.

Variatie:

Opnieuw een namenrondje, maar hierbij wordt een zelfverzonnen beweging gemaakt die bij jezelf past. Vervolgens noemt de begeleider een naam op en is het de bedoeling dat de groep de beweging maakt die daarbij hoort. Het leren kennen, concentratie, geheugen en snelheid.

Activiteitenkaarten

BEWEGINGSAGOGIE

Bewegingsactiviteiten

Activiteit 1. Parachute (Kroesen, Niks & Bellemans, 2013)

Doel: samenwerken, het ervaren van de zintuigen horen, zien en voelen

Arrangement:

- de parachute wordt uitgevouwen en neergelegd op de grond
- de deelnemers houden de parachute vast aan de handvaten en maken er bewegingen mee
- ze kunnen met 1 hand de parachute vasthouden en met de andere hand de rolstoel besturen

Uitleg activiteit:

Proberen om met elkaar de parachute in beweging te krijgen door deze te wapperen, als er een bal op ligt zorgen dat die erop blijft door de parachute omhoog te laten bewegen

Begeleidingswijze:

- eventueel wordt de hand van de deelnemer door de lus van het handvat gestopt
- de begeleider kan zelf meedoen om het ritme aan te geven met verbale instructies
- er kan afgeteld worden, zodat de deelnemers weten wanneer ze omhoog moeten
- als het blad van de rolstoel in de weg zit, kan deze in overleg weg worden gehaald

Differentiatie:

- als het vasthouden een probleem is kan de parachute aan de rolstoel vastgemaakt worden
- deelnemers kunnen ook onder de parachute plaatsnemen als het bewegen moeilijk gaat
- er kunnen ballen gebruikt worden die met behulp van de parachute de lucht in gaan
- als het goed gaat mogen twee deelnemers van plek wisselen als de parachute hoog is
- er kunnen ballen/ ballonnen gebruikt worden van verschillende grootte en gewicht
- ook kunnen er meerdere ballen tegelijk gebruikt worden, ligt aan het aantal deelnemers

Randvoorwaarden + materialen:

Er moet genoeg ruimte zijn om de parachute op en neer te laten bewegen. Er zitten 12 handvaten aan een parachute. Herhaling is belangrijk om de activiteit goed uit te kunnen voeren bij deze doelgroep. Materialen → Een parachute en verschillende soorten ballen.



Afbeelding 7. De parachute

Activiteit 2. Met materialen naar de overkant

Doel: samenwerken, welke rol neem jij aan binnen een groep? (wisselen van rol)

Arrangement:

- er worden twee team gemaakt, er wordt rekening gehouden met de problematiek
- iedereen moet een materiaal vasthouden en gezamenlijk naar de overkant gaan
- overleggen is hierbij belangrijk, hoe pakken de deelnemers het met elkaar aan
- de materialen mogen niet op de grond komen, anders moet heel het team weer terug
- materialen kunnen gekoppeld worden aan elkaar. Dit overleggen ze met elkaar
- het team moet gelijktijdig over de aangegeven gele lijn zijn (niet los van elkaar).

Begeleidingswijze:

- er wordt een captain aangewezen die de groep bij elkaar houdt en de leiding neemt
- eventueel kan de begeleider aanwijzingen geven hoe de samenwerking beter kan
- de deelnemers zelf laten werken en kijken wat er gebeurt. Wel opletten of het goed gaat
- de begeleider geeft vooraf korte instructie en stelt dit waar nodig bij als dit nodig is
- veiligheid staat op de voorgrond, als blijkt dat sommige materialen te groot zijn worden deze door de begeleider aangepast/ vervangen door geschikt materiaal. Dit wordt ook overlegd.

Differentiatie:

- klein materiaal worden gegeven aan jongvolwassenen die minder kunnen
- de ruimte kan kleiner en groter gemaakt worden door met pylonen af te bakenen.
- sommige jongvolwassenen hoeven niet gezamenlijk met de groep mee vanwege de beperkingen zijn ze individueel inzetbaar in het team. Dit wordt gezamenlijk besproken
- als blijkt dat de opdracht te moeilijk is kan er van team gewisseld worden of er kan afgesproken worden welk materiaal wel op de grond mag komen of wie dat wel mag.

Randvoorwaarden + materialen:

Een lege sporthal is nodig om alle materialen naar de overkant te krijgen, als blijkt dat de ruimte toch nog te klein is, kan er gekozen worden om de teams apart te laten vertrekken. Om het tempo erin te houden kan er een tijdslimiet ingezet worden wanneer ze binnen moeten zijn. Eventueel kan er met achtergrondmuziek gewerkt worden als het niemand stoort.

Materialen → bijv. Stok, ringen, ballen, paaltjes, kegels, pittenzakjes en overig spel materiaal. De materialen worden aangepast op het team en individuele- en groepsmogelijkheden.



Afbeelding 8. De lege sporthal van Heliomare

Activiteit 3. Parcours rijden

Doel: het herkennen van lichamelijke/ zintuiglijke sensaties door te ervaren hoe het is om geblinddoekt een parcours te rijden, controle loslaten en vertrouwen op iemand zijn stem.

Arrangement:

- Er wordt samen met de deelnemers een parcours verzonnen en klaargezet. Zo weten ze precies wat de volgorde is. De richting wordt gekozen hoe ze het parcours moeten gaan rijden.
- De eerste keer wordt het parcours met zicht gereden, zo kunnen er valkuilen ontdekt worden
- Iedereen krijgt een persoonlijke begeleider toegewezen als er besloten wordt om het parcours met ogen dicht te rijden (één van de deelnemers), er worden dus tweetallen gemaakt.
- De volgorde van deelname wordt bepaald samen met de deelnemers, zo is er een vaste volgorde en structuur wordt geboden binnen de activiteit.
- Volgorde van activiteiten zijn: over de mat heenrijden, slalommen om de pylonen, achteruit rijden tussen de paaltjes en tussen de banken rijden zonder deze aan te raken.

Begeleidingswijze:

De begeleider/ therapeut is continue aanwezig voor de veiligheid en helpt waar nodig bij de obstakels. Ook kan er een assistent aangewezen worden die de therapeut helpt met begeleiden. Het parcours wordt 2x uitgezet, om zo het lange wachten tegen te houden. Dit kan pas wanneer er voldoende begeleiding aanwezig is of de deelnemers zelfstandig genoeg zijn.

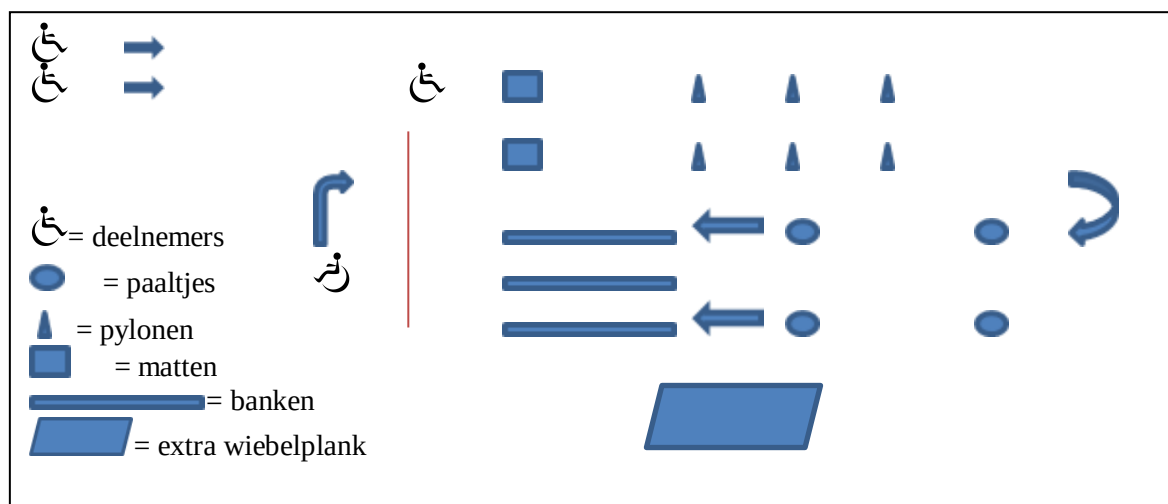
Differentiatie:

- Bij sommige onderdelen zoals de mat of wiebelplank mogen de deelnemers overslaan als dit te moeilijk blijkt te zijn. Dit wordt in overleg met de deelnemer zelf gedaan (zelf bepalen).
- Er kan op tijd gereden worden, vooral voor de deelnemers die het parcours gemakkelijk rijden. Ze kunnen tegen elkaar strijden of proberen hun eigen tijd te verbeteren.
- Als het parcours toch te moeilijk of te spannend is, kan er gekozen worden om zonder blinddoek te rijden. Maar dit wordt pas besloten nadat het een keer geprobeerd is.
- De deelnemers kunnen achteruit rijdend het parcours afleggen, evt. met extra hulp

Randvoorwaarden + materialen:

De hele sportzaal gebruiken en aangeven aan de deelnemers moeten gaan staan om niet in de weg te staan. Vanwege het verzinnen en klaarzetten van het parcours is het de bedoeling dat er voldoende tijd voor gereserveerd wordt. Materialen die ingezet kunnen worden zijn → pylonen, paaltjes matten, wiebelplank en banken. De volgorde bepalen ze zelf na goedkeuring van de therapeut/ begeleider. Zo kan er gekeken worden hoeveel initiatief er genomen wordt.

Figuur 2. Arrangement uitwerking parcours met bijpassende symbolen



TOEZEGGING DEELNAME AAN GROEP

Hierbij geeft ondergetekende wel/ niet * toestemming voor deelname op donderdagochtend van 10.30-11.30 uur aan de onderzoeksperiode 23- 1- 14 t/m 20- 03- 2014 met als naam:

(*doorhalen wat niet van toepassing is) Het is belangrijk dat je elke week aanwezig bent!

Bewegingsgroep voor jongeren/ jongvolwassenen met meervoudige beperkingen

Naam : _____

Geboortedatum : _____

Het doel van dit onderzoek is te achterhalen wat voor activiteiten- en behandelaanbod de jongvolwassenen nodig hebben, zodat er wordt ingegaan op de wensen en behoeften gericht op de bewegingsactivering en zelfmanagement. Een praktisch handboek wordt ontwikkeld voor de activiteitenbegeleiders/ behandelaars zodat ze handvatten hebben voor deze doelgroep. Het kan voorkomen dat er foto's gemaakt worden voor het handboek, maar dit wordt uitsluitend gebruikt voor studiedoeleinden. Hier wordt zorgvuldig mee omgegaan.

PMT interventies:

Er worden specifieke PMT interventies ingezet. De volgende thema's komen aan bod bij deze specifieke doelgroep.

1. Grenzen- samenwerkingsopdrachten
2. Zelfbeeld- zelfvertrouwen, wie ben ik?
3. Spanning- afstand en nabijheid
4. Weerbaarheid- eigen regie, keuzes maken

De jongere/ jongvolwassene zal dan:

- Geen pauze moment hebben in de ochtend
- ADL voor- of achteraf geregeld hebben
- Volledige deelname aan het onderzoek is noodzakelijk
- 2 meetmomenten hebben: vooraf en achteraf
- Vragenlijsten invullen voor studie
- Plezier in bewegen staat centraal!
- (Bewegings) thema's komen aan bod

Bovenstaande informatie is met de jongvolwassenen mondeling gecommuniceerd.

➔ Marit Dhondt is de stagebegeleider van Lucinda Looijenga (deeltijd PMT studente)

Handtekening cliënt

Datum

Plaats