

PMT in “zorgpaden”

Een verkennend onderzoek naar de visie van psychomotorisch therapeuten binnen de
enkelvoudige zorg van GGZ-Friesland op de beschrijving en ontwikkeling van stoornisgerichte
PMT-modules binnen de zorgprogramma's van GGZ-Friesland



Masterthesis

Master opleiding Psychomotorische Therapie,
Chr. Hogeschool Windesheim

Auteur: Ebel Dijkhuis
Psychomotorisch therapeut GGZ-Friesland

Begeleider: Dr. R.J. Bosscher

Zwolle, juni 2010

PMT in “zorgpaden”

Inhoudsopgave

1. Voorwoord	4
2. Samenvatting	5
3. Inleiding	6
4. Methoden	8
- Onderzoeksmethode	8
- Onderzoekspopulatie	9
- Onderzoeksprocedure	9
5. Resultaten	14
6. Conclusies en discussie	19
7. Literatuur	22
8. Bijlages	
- Bijlage 1. Uitnodiging voor deelname	23
- Bijlage 2. Uitnodiging expertpanels 22	25
- Bijlage 3. Vragen voor expertgroepen 24	27

Voorwoord

In het kader van de Master opleiding Psychomotorische Therapie (PMT) aan de Hogeschool Windesheim in Zwolle heb ik gekozen een onderzoek te doen binnen de instelling waarin ik al zo'n 20 jaar werk als psychomotorisch therapeut: GGZ-Friesland. Deze keuze is mede gebaseerd op mijn persoonlijke zorg om de toekomst van de PMT binnen deze GGZ-instelling. Het appel van de organisatie om stoornisgericht te behandelen, de behandelingen vooral vorm te geven volgens landelijke multidisciplinaire richtlijnen, onduidelijkheid of de PMT hier voldoende bij aansluit en de lage organisatiegraad van psychomotorisch therapeuten in de verschillende regio's van GGZ-Friesland, maken dat de PMT mogelijk een onzekere toekomst tegemoet gaat. Om de PMT ook in de toekomst een duidelijke plaats binnen GGZ-Friesland te laten innemen leek het mij gewenst te proberen een samenwerkingsproces tussen psychomotorisch therapeuten op gang te brengen, gericht op ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-producten die binnen de daar reeds ontwikkelde stoornisgerichte zorgprogramma's in heel GGZ-Friesland aangeboden kunnen worden. Dit onderzoek is mogelijk een eerste stap in de richting van dit samenwerkingsproces.

De opzet, uitvoering en verslaglegging van dit onderzoek was niet gelukt zonder de hulp en inzet van een aantal mensen. Ik wil allereerst Ruud Bosscher bedanken voor zijn uitgebreide en leerzame reflectie op de door mij aangeleverde ideeën en tekst. Daarnaast wil ik alle psychomotorisch therapeuten in de enkelvoudige zorg voor volwassenen van GGZ-Friesland enorm bedanken voor hun bereidheid aan dit onderzoek mee te werken. De medewerkers van het secretariaat GGZ-Friesland, ambulante zorg, regio Drachten wil ik bedanken voor het vele typewerk. Reinder Haakma, regiomanager GGZ-Friesland, Drachten/Dokkum, wil ik bedanken voor de facilitaire medewerking en ondersteuning van dit onderzoek. Mijn partner Els en mijn beide dochters wil ik bedanken voor hun vele geduld en dito kopjes koffie tijdens de afgelopen periode waarin ik vooral een "studeerkamerhuisgenoot" was.

Roden, juni 2010

Ebel Dijkhuis

Samenvatting

In deze master thesis wordt een onderzoek beschreven naar de visie van psychomotorisch therapeuten in de enkelvoudige zorg voor volwassenen (EZV) van GGZ-Friesland op de ontwikkeling van stoornisgerichte behandelmodules voor psychomotorische therapie (PMT) voor stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen binnen GGZ-Friesland. Het betreft een kwalitatief en verkennend onderzoek in de vorm van groepsinterviews met 13 psychomotorisch therapeuten die in de EZV van de 4 regio's van GGZ-Friesland werkzaam zijn.

De vraagstelling van het onderzoek spitste zich toe op de visie van deze 13 psychomotorisch therapeuten op de specifieke bijdrage van de PMT aan de behandeling van genoemde stoornissen, op de beschrijving van de inhoud van stoornisgerichte PMT-modules en op de samenwerking om tot moduleontwikkeling te komen.

Tijdens het onderzoek kwamen de psychomotorisch therapeuten uit de verschillende regio's van GGZ-Friesland met elkaar in gesprek en werden meningen, ideeën en wensen met betrekking tot de inhoud en ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules verzameld. Niet alleen werden individuele visies verzameld maar werden zowel consensus als differentiatie duidelijk m.b.t. de onderzoeksthema's en werden tijdens de interviews ook nieuwe (gedeelte) visies benoemd.

Conclusie van het onderzoek is ten eerste dat de geïnterviewde therapeuten van de verschillende regio's van GGZ-Friesland op dit moment m.b.t de organisatie, inhoud en interventiewijze op uiteenlopende wijze invulling geven aan de behandeling van genoemde stoornissen.

Een tweede conclusie van het onderzoek is dat de psychomotorisch therapeuten een duidelijke specifieke bijdrage van de PMT zien in de behandeling van genoemde stoornissen en deze specifieke bijdrage ook graag vorm willen geven in stoornisgerichte PMT-modules, aansluitend op de ontwikkelde zorgprogramma's in GGZ-Friesland.

Een derde conclusie is dat de psychomotorisch therapeuten redelijke overeenstemming hebben over een format waarmee zij de inhoud van de te ontwikkelen stoornisgerichte PMT-modules kunnen beschrijven.

Verder werd duidelijk dat psychomotorisch therapeuten in relatie tot de andere dan PMT-modules binnen de zorgprogramma's hechten aan zowel afstemming in vormgeving als afbakening met betrekking tot de inhoud hiervan.

Tot slot laat het onderzoek zien dat psychomotorisch therapeuten, ondanks hun aarzelingen met betrekking tot het werken met uitsluitend stoornisgerichte PMT-modules, de urgentie van samenwerking in de ontwikkeling van deze modules inzien en daarin ook hun wenselijke processtappen formuleren. Echter; facilitering vanuit de Raad van bestuur en (regio-) management van GGZ-Friesland, interne en externe ondersteuning en het leggen van relevante contacten hiervoor worden als essentiële voorwaarden voor het slagen van het proces van moduleontwikkeling gezien.

Inleiding

Aanleiding voor dit onderzoek was een in 2009 ingezette interne reorganisatie van GGZ-Friesland waarbij gekozen is voor behandeling middels geprotocolleerde, multidisciplinaire en stoornisgerichte zorgprogramma's, te beginnen voor stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. De keuze voor de inzet van behandelmodules binnen deze zorgprogramma's gebeurt via zgn. "zorgpaden". Een zorgpad is een instrument in de GGZ waarbij via een (diagnostische) beslisboom keuzes gemaakt worden voor de inzet van specifieke behandelmodules. De zorgprogramma's voor stemmingsstoornissen en angststoornissen zijn per maart 2010 in eerste vorm geïmplementeerd in de EZV en het zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen is op dit moment in ontwerp. De zorgprogramma's en de behandelmodules zijn inzet van verdere ontwikkeling.

Binnen deze reeds ontwikkelde zorgpaden wordt PMT ingezet voor zover PMT in de landelijke multidisciplinaire richtlijnen voorkomt. Deze inzet is vrij summier omdat PMT in de gepubliceerde richtlijnen maar beperkt voorkomt. Wanneer de PMT echter een duidelijker rol wil hebben in de behandeling binnen de zorgpaden voor de EZV, zal zij zich in de nabije toekomst moeten richten op de ontwikkeling van een eenvormig, geprotocolleerd en stoornisgericht aanbod dat aansluit op genoemde landelijke multidisciplinaire richtlijnen en op de zorgprogramma's binnen GGZ-Friesland. Deze ontwikkeling wordt ook door het regio-management van GGZ-Friesland ondersteund.

Probleemstelling

Bij aanvang van het onderzoek werkten psychomotorisch therapeuten in de vier regio's van GGZ-Friesland los van elkaar. Het behandelaanbod PMT was niet op elkaar afgestemd en er was weinig onderling contact over behandelinhoud. Hierdoor waren er tot nu toe door psychomotorisch therapeuten geen of nauwelijks "Frieslandbrede" initiatieven genomen in de ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules en dreigde de PMT de aansluiting te missen bij de beschrijving van de zorgprogramma's binnen GGZ-Friesland. Het appel vanuit het management van GGZ-Friesland om tot ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules te komen was dus sterk. De voorwaarden om tot daadwerkelijke beschrijving hiervan te komen, zoals consensus tussen psychomotorisch therapeuten over plaats van de PMT binnen stoornisgerichte behandeling, afstemming over inhoud en vormgeving van deze PMT-modules en organisatorische voorwaarden, waren echter niet aanwezig. Ook was door psychomotorisch therapeuten nog weinig gebruik gemaakt van reeds elders beschreven PMT-modules binnen zorgprogramma's voor specifieke stoornisgebieden of ervaringen in het ontwikkelen hiervan.

Doelstelling

Dit verkennend onderzoek diende er toe een aanzet te geven tot consensusvorming m.b.t. het door psychomotorisch therapeuten gezamenlijk te ontwikkelen eenduidige, geprotocolleerde en stoornisgerichte PMT-modules voor de EZV binnen GGZ-Friesland.

Het doel van de interviews was daarom het duidelijk krijgen van de visie van de psychomotorisch therapeuten in de VEZ van GGZ-Friesland op de specifieke bijdrage van de PMT binnen de stoornisgerichte behandeling, op een mogelijk format voor de beschrijving van PMT-modules en op de samenwerking om tot stoornisgerichte modulevorming te komen.

Met betrekking tot het format voor moduleomschrijving moet hierbij aangetekend worden dat in de huidige door GGZ-Friesland beschreven zorgprogramma's behandelmodules slechts kort benoemd worden. Daarnaast is sprake van een aantal voorgeschreven items, vaak ook organisatorisch van aard, welke in de uitgebreidere beschrijving van de diverse behandelmodules gehanteerd worden.

Relevantie

Aansluitend op dit onderzoek zou mogelijk door de psychomotorisch therapeuten in de EZV van GGZ-Friesland, ondersteund door het management van GGZ-Friesland, een traject ingezet kunnen worden

van organisatievorming, vormgeving, implementatie en onderzoek van stoornisgerichte PMT-modules binnen de zorgpaden stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

Literatuur

Om als onderzoeker een beeld te krijgen van de wijze waarop stoornisgerichte behandelmodules beschreven kunnen worden is kennis genomen enkele publicaties rond dit thema zoals de door Fahrenfort (1987) beschreven methodevorming en het door Fabius (1998) beschreven concept moduleontwikkeling voor PMT. Ook is door de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT, 1998) een uitgave verschenen waarin een handleiding voor moduleontwikkeling beschreven wordt. Een voorbeeld van samenwerking tussen PMT en andere disciplines in de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen wordt gegeven door Rekkers (2005).

Als referentiepunt voor de vraagstelling in de interviews over de inhoud van mogelijke stoornisgerichte PMT-modules is een drietal publicaties genomen, te weten:

- a. de multidisciplinaire richtlijnen voor depressie, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen (Trimbosinstituut 2007/2008),
- b. de daaruit beschreven zorgprogramma's van GGZ-Friesland voor stemmingsstoornissen en angststoornissen (Tijssen e.a., 2009),
- c. de uitgave "In Beweging", een overzicht van mogelijke stoornisgerichte producten voor psychomotorische therapie (van Hattum & Hutschemaekers, 2000).

Specifieke vraagstelling

Bij aanvang van het onderzoek was onduidelijk wat de visie van PMT-ers in de EZV van GGZ-Friesland was op een mogelijke specifieke bijdrage van PMT binnen de stoornisgerichte zorgprogramma's, op de vormgeving van een stoornisgericht PMT-behandel aanbod en op de samenwerking om te komen tot eenduidige, geprotocolleerde en stoornisgerichte PMT-modules. De vraagstelling voor het onderzoek was daarom driedig:

- a. Welke specifieke bijdrage kan de PMT in de EZV in GGZ-Friesland leveren aan zorgprogramma's voor stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen?
- b. Wat is voor de geïnterviewde psychomotorisch therapeuten een werkbaar format in de beschrijving van een vormige en geprotocolleerde PMT-modules voor stoornisgerichte zorgprogramma's?
- c. Welke voorwaarden en processtappen zijn voor de geïnterviewde psychomotorisch therapeuten van belang in de samenwerking m.b.t. de ontwikkeling van geprotocolleerde en stoornisgerichte PMT-modules?

Verwachtingen

Gezien de reeds bestaande beschrijving van PMT-modules in het digitale modulenboek van GGZ-Friesland (2009) werd verwacht dat de geïnterviewde therapeuten in staat zouden zijn de specifieke bijdrage aan stoornisgerichte PMT-modules te beschrijven en te kunnen benoemen welke aspecten van inhoud in vormgeving voor deze modules voor hen van belang zijn.

Gezien de mogelijk zwakke positie van de PMT in de zorgpaden van GGZ-Friesland werd verwacht dat een besef van urgentie zou leiden tot voldoende motivatie om een traject van samenwerking aan te gaan in het ontwikkelen van "Frieslandbrede" stoornisgerichte PMT-modules.

Methoden

Onderzoeksmethode

Gekozen is voor een kwalitatief en verkennend onderzoek in de vorm van groepsinterviews met zgn. expertpanels.

- Voor een kwalitatief onderzoek is gekozen omdat de verscheidenheid aan visies van de respondenten en de mogelijke consensusvorming centraal stonden. Deze verscheidenheid komt het best aan het licht in interviewvorm.
- Voor een verkennend onderzoek is gekozen omdat de ontwikkeling van gezamenlijke PMT-behandelmodules in GGZ-Friesland nog van start moet gaan en onduidelijk was wat de visie van PMT-ers op het startpunt van handelen en de inhoud van PMT-modules voor angststoornissen, stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen zou zijn.
- Voor groepsinterviews is gekozen om de mogelijkheid van uitwisseling, overleg, consensusvorming met betrekking tot visie en samenwerking te benutten.
- De groepsgrootte beperkte zich tot 4 á 5 personen vanwege de daardoor geschapen mogelijkheid tot ruime inbreng van de deelnemers en tot ruimte voor discussie en mogelijke consensusvorming en/of differentiatie.
- Voor meerdere expertpanels werd gekozen om alle PMT-ers in de EZV in GGZ-Friesland bij het onderzoek te kunnen betrekken.

Bij de samenstelling van de expertpanels werd rekening gehouden met zgn. “project-level issues” en “grouplevel-issues” (Morgan, 2003). Dat betekende dat het mogelijk moest zijn om over de breedte van de onderzoeksvragen voldoende data te verkrijgen (project-level), maar ook dat per panel psychomotorisch therapeuten uit verschillende regio’s van GGZ-Friesland en verschillende behandelafdelingen vertegenwoordigd moesten zijn (group-level).

Aan alle expertpanels is in aanvang dezelfde set met open hoofd- en subvragen voorgelegd. Om deze vragen voldoende duidelijk en volledig beantwoord te krijgen kon de interviewer daarnaast gebruik maken van vragen ter uitleg, toelichting of verheldering, b.v.: “kun je dit nader omschrijven?”, Kun je een voorbeeld noemen?”, Hoe bedoel je dit? enz. Hiermee wordt het zgn. “boommodel” (Evers, 2007) toegepast, een interviewstructuur waarbij rondom een onderzoeksonderwerp (stam) gebruik gemaakt wordt van een aantal hoofdvragen (takken), subvragen (zijtakken) en mogelijke verduidelijkingsvragen (takjes).

Met betrekking tot de mogelijke inhoud van de PMT-modules werden de items voor hulpvraag, hulpaanbod en ordening van interventies, zoals benoemd in de uitgave “In beweging” (Van Hattum & Hutschemaekers, 2000), evenals de beschrijving van de PMT in de huidige zorgprogramma’s van GGZ-Friesland, als achtergrond voor het gesprek aan de deelnemers voorgelegd.

De tijdsduur van het interview bestond per expertpanel uit één bijeenkomst van 2 uren. Afhankelijk van de resultaten van het eerste interview met de expertpanels kon het onderzoek daarmee afgerond worden of nog een vervolgbijeenkomst georganiseerd worden danwel telefonische aanvulling gevraagd worden aan de deelnemers. Van de laatste 2 opties is geen gebruik van gemaakt omdat genoeg data verzameld waren uit de eerste bijeenkomst.

Onderzoekspopulatie

Het onderzoek richtte zich op de operationele populatie, n.l. alle PMT-ers, werkzaam in de EZV in de vier regio's van GGZ-Friesland (14 personen). Er werden uiteindelijk drie interviewgroepen gevormd (twee groepen van vier en een groep van vijf deelnemers).

- Het onderzoek beperkte zich tot psychomotorisch therapeuten die werkzaam zijn EZV in GGZ-Friesland omdat de inzet van stoornisgerichte zorgprogramma's het eerst in de EZV plaatsvindt. Ook de daaruit volgende mogelijke praktische en inhoudelijke vervolgstappen na dit onderzoek richting meer geprotocolleerde PMT-behandelmodules richten zich op deze groep.
- Het onderzoek richtte zich op alle psychomotorisch therapeuten (operationele populatie) omdat deze groep klein genoeg is om in zijn geheel te interviewen en daarmee de mogelijkheid te benutten om alle psychomotorisch therapeuten te kunnen betrekken bij de ontwikkeling van geprotocolleerde en stoornisgerichte PMT-modules.
- In de samenstelling van elke interviewgroep werd getracht iedere regio (Leeuwarden, Sneek, Heerenveen en Drachten/Dokkum), en binnen die regio zoveel mogelijk psychomotorisch therapeuten van verschillende behandelafdelingen vertegenwoordigd te laten zijn. In laatste instantie waren de voorkeursdata van de deelnemers bepalend voor de samenstelling.

Onderzoeksprocedure

Achtereenvolgens werden de volgende stappen in het onderzoek genomen:

a. Werving en toegang verkrijgen

Het voorstel van onderzoek is vooraf schriftelijk en mondeling aan het regiomanagement voorgelegd met de vraag of deze het onderzoek inhoudelijk ondersteunde en deze waar nodig wilde faciliteren. Het onderzoek werd van harte ondersteund en gefaciliteerd met:

- gebruik van ruimte en apparatuur.
- secretariële ondersteuning in de dataverwerking.
- tijdsinvestering in de interviews (regiomanager heeft dit met de andere regiomanagers overlegd) door de respondenten en onderzoeker.

Om enig zicht te krijgen op de aanmelding van voldoende respondenten aan het onderzoek werden voorafgaand aan de start van het onderzoek enkele psychomotorisch therapeuten van GGZ-Friesland mondeling door onderzoeker gevraagd of deze nut en noodzaak inzagen van dit onderzoek en of zij in principe deel wilden nemen hieraan. Alle op deze wijze benaderde therapeuten waren enthousiast over het onderzoek en zegden alvast hun deelname toe.

b. Organisatorische randvoorwaarden voor de interviews

De volgende acties werden ondernomen: locatie van interviews vaststellen, gespreksruimte vastleggen, opnameapparatuur regelen, tijdstip in agenda vastleggen, koffie en thee regelen, receptie op de hoogte brengen, secretariële ondersteuning inschakelen, e.d.

c. Werving van deelnemers

Schriftelijk werd contact met de psychomotorisch therapeuten gelegd met de vraag of zij wilden deelnemen aan een expertpanel over ontwikkeling van geprotocolleerde en stoornisgerichte PMT-modules in GGZ-Friesland en daarvoor een keer voor een interview van twee uren bij de GGZ in Drachten wilden komen. Daarbij werd informatie verstrekt over het onderzoek: aanleiding onderzoek, algemene vraagstelling, te behandelen items, grootte en samenstelling van het panel en inventarisatie van voorkeursdagen (zie bijlage 1).

d. Samenstelling panels en bijeenkomstdata vaststellen

Na de eerste schriftelijke benadering (bijlage 1) zijn alle 14 psychomotorisch therapeuten door de onderzoeker telefonisch benaderd met de vraag of ze mee wilden doen en of er belemmeringen waren in beschikbare dagen en tijdstip van de interviews. Van de benaderde therapeuten wilden er 13 meedoen. Een persoon zegde af i.v.m. komend zwangerschapsverlof. Voor telefonische benadering is gekozen omdat vanuit een meer persoonlijke benadering mogelijk meer positieve respons te verwachten was en daarnaast om de individuele vragen, belemmeringen en voorwaarden efficiënt te kunnen inventariseren.

In de samenstelling van de panelgroepen werden de deelnemers uit de verschillende regio's zoveel mogelijk gemixt. Ook werden de klinisch en de ambulant werkende psychomotorisch therapeuten zoveel mogelijk verdeeld over de expertpanels. Rekening houdend met enkele belemmeringen in de interviewdagen konden drie expertpanels van de in totaal 13 psychomotorisch therapeuten samengesteld worden waarin steeds drie regio's van GGZ-Friesland vertegenwoordigd waren.

Vanuit voorgaande informatie werden de interviewdata door de onderzoeker vastgelegd en meegenomen in de uitnodiging voor de deelnemers.

e. Uitnodigen deelnemers

De deelnemers aan de expertpanels werd een schriftelijke uitnodiging gestuurd met daarin, plaats / duur van het interview, samenstelling van de panels en instructie voor eventuele voorbereiding. Ter voorbereiding werden de hoofdvragen van het interview en, als achtergrond van gesprek over de inhoud van PMT-modules, een beschrijving van een mogelijk format voor stoornisgerichte producten voor psychomotorische therapie (van Hattum & Hutschemakers, "In beweging", 2000) voorgelegd (zie bijlage 2), welke als aanzet in verdere specifieke moduleontwikkeling gebruikt zou kunnen worden.

f. Afname interviews / dataverzameling

De interviews zijn afgenomen door de onderzoeker op drie ochtenden binnen één week, op locatie GGZ-Friesland te Drachten.

- Gekozen is voor interviews op dezelfde tijd van de dag, op een locatie/in dezelfde ruimte en kort na elkaar om storende factoren als tussentijdse voorvallen (b.v. tussentijdse implementering zorgprogramma's, verschillen in vermoeidheid op tijdstip van de dag, onderlinge beïnvloeding, invloed van de ruimte) zoveel mogelijk te vermijden.
- Om pragmatische redenen is gekozen om de onderzoeker ook de interviews te laten afnemen: overdracht aan een externe interviewer zou te veel tijd vergen. Ook kan de onderzoeker, die zelf ook psychomotorisch therapeut in de EZV in GGZ-Friesland is, vanwege de duidelijke structuur in hoofd- en subvragen voldoende distantie bewaren.

Aan de deelnemers van de drie expertpanels werd ten aanzien van drie thema's een aantal hoofdvragen en subvragen voorgelegd.

A. Specifieke bijdrage van de PMT in stoornisgerichte zorgprogramma's

Hoofdvraag:

- Er wordt een patiënt met een depressief beeld verwezen naar de PMT. Hoe ziet de behandeling met PMT er bij jullie uit?

Subvragen:

- Welke behandelmethodieken zetten jullie in bij de behandeling van deze patiënt?
- Waarin liggen de overeenkomsten / verschillen?
- Waarin ligt de specifieke bijdrage van de PMT aan behandeling van stemmingsstoornissen?

Hoofdvraag:

- Is voor de behandeling van angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen ook een specifieke bijdrage van de PMT te benoemen?

Subvraag:

- Wat is de stoornisoverlappende bijdrage en waarin ligt de specifieke bijdrage van de PMT aan een van de stoornisgebieden?

Hoofdvraag:

- Is deze specifieke bijdrage van de PMT mogelijk in stoornisgerichte behandelmodules uit te drukken? (behandelmodule = een geprotocolleerd behandelprogramma)

Toelichting ad. A.

Achtergrond van de keuze voor het eerste thema was om, alvorens op de inhoud en samenwerking van de therapeuten m.b.t. ontwikkeling van “Frieslandbrede” en stoornisgerichte PMT-modules te kunnen ingaan, te weten wat globaal de stand van zaken m.b.t. een stoornisgericht PMT-aanbod op dat moment was en óf de geïnterviewden een specifieke rol voor de PMT weggelegd zien binnen de zorgprogramma’s. Om de betrokkenheid van de deelnemers tot het onderzoeksthema te vergroten is gekozen om de vraagstelling te starten vanuit ervaringen binnen hun eigen therapeutische praxis.

B. Mogelijke inhoud van stoornisgerichte PMT-modules

Hoofdvraag:

- Zoals meermalen door de RvB en management van GGZ-Friesland is gecommuniceerd (o.a. in nota “Scherp aan de wind”, 2007-2009) en derhalve als bekend wordt verondersteld, vraagt GGZ-Friesland van de behandelaren om in de beschrijving van zorgprogramma’s aan te sluiten bij de landelijke multidisciplinaire richtlijnen. Hoe zouden PMT-behandelmodules, als onderdeel van deze multidisciplinaire zorgprogramma’s, er uit moeten zien?

Subvragen:

- Moet er meer/minder beschreven worden dan wat er nu in de zorgprogramma’s van GGZ-Friesland staat of is de huidige beschrijving van de PMT voldoende?
- Hoe gedetailleerd moet de beschrijving zijn om een geprotocolleerd aanbod te krijgen?
- In hoeverre is de beschrijving van een PMT-product, zoals beschreven in het boek “In Beweging”, een wenselijk startpunt voor de ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules? Ter ondersteuning worden op een flap-over items van productbeschrijving getoond uit het boek “In Beweging”:

Hulpvraag: indicaties, contra-indicaties, doelen

Hulpaanbod: interventies, randvoorwaarden, subtypes, behandelduur / -frequentie, eindtermen, rationale

Interventies: steunend, pragmatisch-structurerend, directief-klachtgericht, focaal-inzichtgevend, inzichtgevend plus

Toelichting Ad. B.

Om helderheid te krijgen over de eigen ideeën van de therapeuten over de inhoud en opzet van PMT-modules is gekozen om te starten met een open vraagstelling.

Vanuit de wens van GGZ-Friesland om in de beschrijving van behandelmodules aan te sluiten bij de huidige beschrijving van de zorgprogramma’s, is gekozen voor een subvraag naar de wenselijkheid / haalbaarheid daarvan.

Om een niet geheel nieuw model voor modulebeschrijving te hoeven ontwikkelen tijdens de interviews is gekozen om in een subvraag genoemd model voor productbeschrijvingen voor psychomotorische therapie als uitgangspunt te nemen voor de keuze van een wenselijk model

als uitgangspunt voor het ontwikkelen van stoornisgerichte PMT-modules.

Samenwerking tussen PMT-ers om tot module-ontwikkeling te komen

Hoofdvraag:

- Op welke manier zou volgens jullie de samenwerking tussen de psychomotorisch therapeuten van GGZ-Friesland vormgegeven kunnen worden om te komen tot beschrijving van eenvormige, geprotocolleerde en stoornisgerichte behandelmodules?

Subvragen:

- Welke achtereenvolgende processtappen zouden gezet moeten worden?
- Hoe worden verdeling van taken en taakgebieden gerealiseerd?
- Welke externe ondersteuning is daarbij nodig / wenselijk? (management, tijd/geld, inhoudelijk, onderzoek/monitoring etc.)
- Hoe worden de ontwikkelde modules gepresenteerd, hoe geïmplementeerd?
- Hoe wordt de continuïteit van het ontwikkelingsproces gewaarborgd?
- Wat vinden jullie nog belangrijk om te benoemen in het kader van samenwerking naar de ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules?

Toelichting Ad. C.

Naast een open vraag als startvraag is gekozen om een aantal aspecten in ontwikkeling van behandelmodules te bevragen die door onderzoeker als relevant daarin worden geacht: processtappen, taakverdeling, ondersteuning, presentatie / implementatie en continuïteit.

Elk onderwerp (A,B,C) werd geïntroduceerd met de hoofdvraag en de deelnemers kregen gelegenheid een eerste reactie te geven. Daarna werden de subvragen gesteld en eventueel de vragen ter verduidelijking of toelichting, bijvoorbeeld: hoe bedoel je dat?, kun je een voorbeeld geven?, kun je dat nog nader toelichten?

Tijdverdeling: Er werd twee uren (+ pauze) = 120 min. voor het interview uitgetrokken. Dit betekende 40 min. per hoofdvraag (werd door de interviewer bewaakt). Bij vier deelnemers had elke deelnemer bij elk van de drie thema's (A t/m C) totaal 10 min. spreektijd. Dit bleek toereikend om de vragen voldoende te laten beantwoorden en te bespreken.

Complicerend was mogelijk dat interviewer ook zelf psychomotorisch therapeut binnen de EVZ in GGZ-Friesland is en daardoor betrokkene in het ontwikkelingsproces naar stoornisgerichte PMT-modules. Deze heeft zich dan ook bewust onthouden van inhoudelijke deelname aan het gesprek en slechts een luisterende en gespreksleidende rol aangenomen. Het van tevoren opstellen van de hoofd- en subvragen was een goede waarborg voor het niet tijdens het gesprek vermengen van vragen, suggestie en eigen mening. Waar het ging om de mening van de psychomotorisch therapeuten betreffende thema A en B zijn de vragen in de jou(w)/jullie-vorm gesteld, waar het ging om de samenwerking m.b.t. de ontwikkeling van PMT-modules voor zorgprogramma's (thema C) is de "wij/ons-vorm" gehanteerd.

g. Dataverwerking

Interviews werden opgenomen op audio-tapes. Als apparatuur voor opname werd een voor groepen geschikte insprekapparaat gebruikt.

De opnames van de interviews werden via transcriptie in geschreven tekst omgezet door het secretariaat van GGZ-Friesland, regio Drachten.

h. Data-analyse

Data-analyse van de getranscribeerde tekst vond plaats middels het proces van:

1. Open codering
2. Axiaal codering
3. Selectieve codering
4. Hoofdlijnen benoemen

(Boeije, 2008)

Ad.1. Open codering

Na lezen en herlezen van de tekst werd per hoofd- en subvraag aan te onderscheiden fragmenten een beschrijvende code toegekend die de inhoud van het fragment dekte. Vergelijkbare fragmenten werden met dezelfde of een vergelijkbare code gelabeld.

Ad.2. Axiaal codering

Hierbij werden codes die aan tekstfragmenten werden gekoppeld met elkaar vergeleken, op grond daarvan geordend in hoofd- en subcategorieën en weergegeven in een zgn. codeboom. De structuur van de codeboom in hoofd- en subthema's werd daarbij vormgegeven door de hoofdvragen en de subvragen van het interview.

Ad.3. Selectieve codering

In deze fase werden de hoofd- en subcategorieën verder ingedikt tot kernbegrippen of kernbeschrijvingen en in samenhang met elkaar gebracht middels een korte opsomming, een matrixfiguur of een tabel. Ook hierin werd weer de structuur van de hoofd- en subvragen gevolgd.

Ad.4. Hoofdlijnen benoemen

Als laatste werden uit de samenhangende kernbegrippen en kernbeschrijvingen de hoofdlijnen in de beantwoording van de onderzoeksvragen geformuleerd. Deze hoofdlijnen konden worden gezien als de resultaten van het onderzoek.

Resultaten

De resultaten van het onderzoek werden beschreven aan de hand van de onderzoeksthema's en de daarbij behorende vragen. Aan de orde kwamen:

- A. De specifieke bijdrage van PMT aan de behandeling van stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen
- B. De mogelijkheid de specifieke bijdrage van PMT in stoornisgerichte PMT-modules te beschrijven
- C. De mogelijke inhoud en vormgeving van stoornisgerichte PMT-modules
- D. De samenwerking in de ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules.

Ad. A. De specifieke bijdrage van PMT aan de behandeling van stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen

Vanuit de fase van het selectief coderen van de antwoorden kon de volgende hoofdlijn geformuleerd worden:

Psychomotorisch therapeuten in de enkelvoudige zorg aan volwassenen in GGZ-Friesland benoemen naast enkele overeenkomsten vooral onderlinge verschillen in de huidige behandeling van patiënten met stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

Toelichting:

In de beschrijving van het huidige aanbod van PMT aan de drie genoemde stoornissen werd door de geïnterviewden een groot aantal (33) verschillende aspecten benoemd. In de fase van het axiaal coderen konden deze verschillen per stoornisgebied gecategoriseerd worden onder drie aspecten: doelen, werkvormen en bejegening. Met betrekking tot de doelen valt te benoemen dat de PMT-ers bij stemmingsstoornissen vooral gericht zijn op het verbeteren van het zelfgevoel, bij angststoornissen op klachtvermindering en bij persoonlijkheidsstoornissen vooral op verandering van gedragspatronen. De gekozen werkvormen waren bij stemmingsstoornissen meervormig (b.v. running, mindfulness, grounding, sport en spel, PMT-oefeningen en spanningsregulatie), bij angststoornissen vooral klachtgerichte oefeningen (b.v. interoceptieve exposure of ontspanningsoefeningen) en bij persoonlijkheidsstoornissen vooral sportspel en PMT-oefeningen. De bejegening was bij stemmingsstoornissen m.n. aansluitend en uitnodigend, bij angststoornissen vooral veranderingsgericht en bij persoonlijkheidsstoornissen confronterend en veranderingsgericht.

In het beantwoorden van de vragen rondom de huidige bijdrage van de PMT aan de stoornisgebieden werden, ondanks de uitnodiging tot onderlinge reactie, de verschillende en soms gelijke aspecten in de PMT vooral aanvullend op elkaar of los van elkaar benoemd en was er weinig onderling gesprek of discussie over deze bijdrage. Iedere psychomotorisch therapeut deed vooral verslag van een eigen werkwijze die hij/zij in de PMT toepaste en gaf soms blijk van herkenning bij de bijdrage van anderen.

Bij de inventarisatie van behandelinhoud van PMT bij deze verschillende stoornisgebieden werden naast verschillen en overeenkomsten m.b.t. genoemde doelen, werkvormen en bejegening nog andere aspecten benoemd die de diversiteit in de huidige inhoud van de PMT aan de behandeling van genoemde stoornissen weergeven. Zo werden verschillen benoemd als:

- de persoon van de therapeut (niet verder toegelicht door geïnterviewde)
- de behandelafdeling zoals: polikliniek, OVDB(opname vervangende dagbehandeling), DB (deeltijdbehandeling) en kliniek.

- ego-sterkte (niet nader toegelicht door geïnterviewden)
- niveau van therapeutische integratie (dit is de opbouw van een harmonische persoonlijkheid uit de correlatie van verschillende eigenschappen en ervaringen; bron: www.encyclo.nl) van de patiënt. Introspectievermogen wordt daarbij specifiek benoemd.

Meerdere geïnterviewden benadrukten dat de behandelinhoudelijke invulling van de PMT voor patiënten binnen genoemde stoornisgebieden op dit moment voor hen van deze hierboven genoemde factoren afhangt en dientengevolge op variabele wijze vormgegeven wordt.

Ad. B. De mogelijkheid de specifieke bijdrage van PMT in stoornisgerichte PMT-modules te beschrijven

Vanuit de fase van het selectief coderen konden de volgende hoofdlijnen geformuleerd worden:

PMT-ers in de EZV benoemen een specifieke bijdrage van de PMT aan de drie genoemde stoornissen. Deze zijn in een zestal kerncategorieën uit te drukken.

Toelichting:

Bij de vraag over de visie op de specifieke bijdrage van de PMT aan de drie stoornisgebieden werden een ruim aantal (23) items benoemd. Deze konden in de fase van het selectief coderen samengevat worden in zes kerncategorieën: bewegen/lijfelijke, zelfpresentatie, contact maken, ervaren/experimenteren, bewegingsdiagnostiek en werken met bewegingsarrangementen. Op grond van deze specifieke kerncategorieën in de specifieke bijdrage van PMT aan de stoornisgebieden zijn de PMT-ers van mening dat de PMT een duidelijke specifieke bijdrage kan en moet hebben in de behandeling hiervan.

PMT-ers in de EZV zien het werken met stoornisgerichte PMT-modules in klinische setting als moeilijk realiseerbaar maar in ambulante setting als zeker mogelijk. Belangrijke voorwaarden voor beschrijving van stoornisgerichte PMT-modules worden daarbij benoemd. Ook worden deelgebieden binnen de GGZ benoemd (open en gesloten groepen, observatie, diagnostiek) waarvoor beschrijving van stoornisgerichte PMT-modules zeker mogelijk is.

Toelichting:

Door de deelnemers aan het onderzoek werd de mogelijkheid om een PMT-aanbod voor de verschillende stoornisgebieden te beschrijven verschillend benaderd. Deze verschillen konden in de fase van de selectieve codering verdeeld worden in:

- a. Niet mogelijk / moeilijk te beschrijven:

Stoornisgerichte PMT-modules in de klinische setting leek de meeste geïnterviewden moeilijk te realiseren gezien grote diversiteit aan hulpvragen en zorgzwaartes binnen één klinische afdeling.

- b. Onder voorwaarden mogelijk te beschrijven:

Wanneer de specifieke elementen en de kernwaarden / kernbegrippen van PMT goed beschreven zijn is volgens de geïnterviewden het beschrijven van stoornisgerichte PMT-modules zeker mogelijk. Ook wordt daarnaast gepleit voor behoud van de mogelijkheid van aanbod van stoornisoverstijgende PMT-modules.

- c. Wel mogelijk te beschrijven:

De psychomotorisch therapeuten zien zeker mogelijkheden voor beschrijven van stoornisgerichte PMT-modules in de ambulante setting, zowel in open als gesloten groepen en zien daarnaast ook mogelijkheden voor het beschrijven van stoornisgerichte PMT-modules voor observatie en diagnostiek.

Ad C. De mogelijke inhoud en vormgeving van stoornisgerichte PMT-modules

Vanuit de fase van het selectief coderen konden de volgende hoofdlijnen geformuleerd worden:

Psychomotorisch therapeuten in de EZV benoemen met betrekking tot de inhoud van stoornisgerichte PMT-programma's een aantal wenselijke ingrediënten voor een raamwerk voor PMT-modules.

Toelichting:

Door de psychomotorisch therapeuten werd een aantal items genoemd welke volgens hen in een format voor stoornisgerichte PMT-modules zouden horen. Daarbij werden elementen in de structuur (beschrijving van hulpvraag, frequentie, thema's, methodieken, doelstellingen en eindtermen, van stoornis en subgebieden en van behandelafdeling), de interventies (voorbeelden van arrangementen), doelgroepafbakening (indicaties en contra-indicaties) en eigenheid in de PMT-behandelverloop (PMT-anamnese, -behandelplan, en -doelstellingen) benoemd. De meeste geïnterviewden vinden het format voor productbeschrijving voor psychomotorische therapie, zoals beschreven in "In Beweging" geschikt als uitgangspunt voor modulevorming. Sommige psychomotorisch therapeuten vinden deze beschrijving te summier, t.a.v. o.a. beschrijving van de attitude van de therapeut, de interventies en de mogelijke bewegingsarrangementen.

Met betrekking tot de inhoud van stoornisgerichte PMT-modules wordt belang gehecht aan zowel afstemming op reeds binnen GGZ-Friesland beschreven zorgprogramma's en daarin genoemde therapeutische stromingen, als afbakening van andere disciplines binnen de zorgprogramma's.

Toelichting:

Door de geïnterviewden werd voor afstemming gepleit met de reeds beschreven stoornisgerichte zorgprogramma's van GGZ-Friesland voor stemmingsstoornissen, angststoornissen en het in ontwerp zijnde zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen. Deze afstemming betrof de wijze van formuleren, het benoemen van afgeleide doelstellingen en het verzamelen van zoveel mogelijk evidence-based PMT-behandelprogramma's binnen de stoornisgebieden. Ook werd gepleit voor inhoudelijke aansluiting bij vigerende therapiestromingen binnen de zorgprogramma's zoals: schematherapie, Cognitieve gedragstherapie en Mentalisation Based Therapie en voor afstemming van het PMT-behandelplan met het algemene behandelplan. Afbakening werd bepleit ten aanzien van andere disciplines binnen de zorgprogramma's. Domeinbeschrijvingen zoals statutair opgetekend binnen GGZ-Friesland kunnen daarin helpend zijn.

Psychomotorisch therapeuten in de EZV geven aan dat het beschikbaar stellen van tijd door het management van GGZ-Friesland een randvoorwaarde is voor de ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules. Ook zijn er duidelijke wensen t.a.v. externe ondersteuning, lay-out, continuering van het ontwikkelingstraject, effectonderzoek en digitalisering.

Toelichting:

Als randvoorwaarden in de beschrijving van PMT-modules worden vooral door het management beschikbaar gestelde tijd en interne en/of externe ondersteuning genoemd. Ten aanzien van de vormgeving wordt geopperd om volop aandacht te besteden aan uniformiteit en lay-out en mogelijk een eigen PMT-logo te ontwerpen. Als achtergrondgedachte van een eigen PMT-logo werd benoemd dat de PMT zich mogelijk in de toekomst meer als eigen dienst binnen de GGZ zal moeten gaan profileren. Ten aanzien van het ontwikkelingstraject van PMT-modules werd benoemd dat dit als een doorlopend ontwikkelingstraject gezien wordt en de inhoud van de PMT-modules voortdurend

aangescherpt dient te worden. Ook werd het belang van monitoring van de PMT-modules na implementatie en het onderwerpen hiervan aan effectonderzoek benoemd. Ten slotte werd door enkele PMT-ers gepleit voor een digitaal zoekstelsel voor stoornisgerichte PMT-modules binnen intranet van GGZ-Friesland, zodat verwijzers gemakkelijk het stoornisgerichte PMT-aanbod zouden kunnen vinden.

Ad. D. De samenwerking in de ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules

Vanuit de fase van het selectief coderen konden de volgende hoofdlijnen geformuleerd worden:

PMT-ers in de EZV van GGZ-Friesland vinden het van belang om een proces van samenwerking aan te gaan voor de beschrijving van stoornisgerichte PMT-modules en geven ook aan welke stappen volgens hen in dit proces achtereenvolgens gezet moeten worden.

Toelichting:

Door de geïnterviewden werd de mogelijke samenwerking van de psychomotorisch therapeuten binnen de EZV van GGZ-Friesland in een aantal onderwerpen benoemd:

- a. Chronologische stappen
Als eerste stap naar ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules binnen GGZ-Friesland gaven de meeste geïnterviewden aan dat de psychomotorisch therapeuten in de EZV van GGZ-Friesland een gezamenlijke start moeten maken in de vorm van een provinciale bijeenkomst. Meerdere therapeuten gaven aan dat ook dit onderzoek voor hen al een stap in de cohesievorming is. In chronologische zin werden het vaststellen van het gekozen format voor modulebeschrijving, het formeren van werkgroepen van de drie stoornisgebieden, het verzamelen van informatie door de werkgroepen, het bepalen van de exacte vraagstelling voor de werkgroepen, het bepalen van een einddatum van presentatie, het beschrijven van de modules door de werkgroepen en de presentatie hiervan benoemd. Door meerdere therapeuten werd nadruk gelegd op het belang van nauwkeurige bepaling van de processtappen.
- b. Verdeling van taken
Ten aanzien van de verdeling van taken binnen de samenwerking werd gepleit om alle psychomotorisch therapeuten in de EZV te betrekken en om werkgroepen per stoornisgebied te formeren.
- c. Waarborgen van continuïteit
Om de continuïteit van het ontwikkelingsproces naar stoornisgerichte PMT-modules te waarborgen werd geopperd om 1 of 2 procesaanstuurders / voorzitters uit eigen PMT-geleding aan te stellen. Deze zouden werkgroepoverstijgend het proces op inhoud en voortgang moeten bewaken en de onderlinge contacten moeten organiseren. Ook werd naar voren gebracht dat "Intranet", het digitale communicatiesysteem binnen GGZ-Friesland, gebruikt zou kunnen worden als forum voor uitwisseling van psychomotorisch therapeuten betreffende dit ontwikkelingsproces.
- d. Presentatie/implementatie
Gezien het accent van de zorgprogramma's op behandelmodules met bewezen effect lijkt het de PMT-ers van belang om in de presentatie van de stoornisgerichte PMT-modules zoveel mogelijk het bewezen effect (op verschillend niveau van bewijs) te benadrukken.

Daarnaast benoemen enkele therapeuten de mogelijkheid om de ontwikkelingen in de vorming van deze modules te laten zien op het Intranet-GGZ-Friesland. Presentatie van de beschreven modules kan volgens de geïnterviewden plaatsvinden middels reeds bestaande refereerbijeenkomsten, workshops of een promotiefilm.

e. Overig

Van belang in de samenwerking naar stoornisgerichte PMT-modules werd nog genoemd: het leggen van contact met de bestaande werkgroepen zorgprogrammering en mogelijk PMT daarin te laten vertegenwoordigen, het formeren van een aparte werkgroep PMT-diagnostiek en het onderzoeken of PMT mogelijk als een provinciaal georganiseerde dienst ontwikkeld kan worden om de eenheid en samenwerking te kunnen blijven continueren.

Succesvolle onderlinge samenwerking tussen psychomotorisch therapeuten in de EZV in de genoemde stoornisgerichte moduleontwikkeling hangt voor veel psychomotorisch therapeuten af van de realisatie van voorwaarden en (externe) ondersteuning hiervan. Met betrekking tot de externe ondersteuning vinden psychomotorisch therapeuten in de EZV het belangrijk om in het proces van modulevorming veel contacten te leggen met relevante bronnen of organisatie-eenheden, zowel binnen als buiten de groep psychomotorisch therapeuten en GGZ-Friesland.

Toelichting:

Door de meeste psychomotorisch therapeuten werd benadrukt dat zonder de facilitering door het management (zowel de Raad van Bestuur als het regiomanagement) het proces naar stoornisgerichte PMT-modules weinig kans van slagen heeft. Vooral de tijdsinvestering en de facilitering van monitoring en effectonderzoek werden hierbij benoemd. Ondersteuning en advies werd ook als van groot belang ervaren. Daarbij werd gedacht aan interne ondersteuning zoals management, ICT, stafleden en collega's en aan externe ondersteuning of advies zoals een onderzoeksbureau, de Calo (Hogeschool Windesheim), de Faculteit Bewegingswetenschappen en de NVPMT/FVB. Deze ondersteuning zou zich moeten toespitsen op hulp bij de productbeschrijving en het proces van monitoring en effectonderzoek. Om van deze interne en externe ondersteunings- en adviesbronnen gebruik te kunnen maken is het volgens de therapeuten van belang om hiermee tijdig contact te leggen.

Conclusies en discussie

Conclusies

Met betrekking tot de specifieke vraagstellingen van het onderzoek kan uit de resultaten van het onderzoek geconcludeerd worden dat de PMT-ers in de EVZ van GGZ-Friesland:

1. een duidelijke specifieke bijdrage van PMT zien binnen de zorgprogramma's van genoemde drie stoornisgebieden waarbij het werken met arrangementen waarin lijfelijkheid, bewegingservaring en contactvaardigheden centraal staan en zij deze specifieke aspecten van de PMT ook in de stoornisgerichte PMT-modules, aansluitend op de zorgprogramma's, naar voren willen laten komen.
2. de beschrijving van stoornisgerichte PMT-modules vooral in ambulante setting en onder voorwaarde van behoud van eigen beschrijvingswijze mogelijk achten, daarnaast ook pleiten voor stoornisoverstijgende PMT-modules. Zij kiezen voor een eenduidig format voor beschrijving van stoornisgerichte PMT-modules waarbij het format, zoals beschreven door van Hattum & Hutschemaekers (2000), geschikt bevonden wordt om als uitgangspunt te dienen. Gepleit wordt voor afstemming met de huidige zorgprogramma's en de daarin gebruikte therapiestromingen en voor duidelijke afbakening met andere disciplines.
3. mits voldaan aan voldoende interne en externe facilitering en/of ondersteuning, gemotiveerd zijn om gezamenlijk vorm te gaan geven aan stoornisgerichte PMT-modules en daarin voor hen wenselijke processtappen benoemen.

Discussie

Interpretaties van de conclusies

In het onderzoek werd duidelijk dat de psychomotorisch therapeuten in de EVZ van GGZ-Friesland op onderling verschillende wijze invulling geven aan de huidige behandeling van patiënten met stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. In de gesprekken kwam daarnaast naar voren dat dit, mede gezien de druk vanuit de organisatie om te werken met stoornisgerichte zorgprogramma's, niet als een wenselijke toestand gezien werd en werd de urgentie ingezien van het ontwikkelen van gezamenlijke PMT-modules. Ontwikkelen van gezamenlijke PMT-modules vereist derhalve dat psychomotorisch therapeuten concessies doen aan hun eigen werkwijze en zich moeten conformeren aan gezamenlijk gekozen inhoud en vormgeving van de PMT-modules.

De nadrukkelijkheid waarmee de facilitaire ondersteuning vanuit de Raad van Bestuur als voorwaarde voor succes in de ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules benoemd werd is mogelijk een uitvloeisel van de huidige reorganisatie waarin door veel psychomotorisch therapeuten toegenomen werkdruk, opgeschroefde productienormen en sanering van het PMT-aanbod ervaren werden. In de interviews werd namelijk regelmatig notitie gemaakt van de persoonlijke frustratie m.b.t. deze aspecten van de reorganisatie en het gegroeide wantrouwen t.a.v. bestuur en management. Mogelijk heeft dit de aarzelingen vergroot om veel energie te steken in moduleontwikkeling.

De geïnterviewde therapeuten benadrukken het belang van de specifieke PMT-bijdrage (accent op lijfelijkheid /bewegen, zelfpresentatie, ervaringsgericht leren) in de beschrijving van de stoornisgerichte PMT-modules maar vinden het daarnaast ook van belang aan te sluiten bij de beschrijving van de bestaande zorgprogramma's van GGZ-Friesland. De angst om deze specifieke

bijdrage van de PMT te verliezen lijkt hand in hand te gaan met het idee van de geïnterviewden dat zorgprogramma's geen specifieke beschrijving van disciplines kunnen impliceren.

Startpunt van het onderzoek was het gegeven dat binnen de reorganisatie van GGZ-Friesland de PMT een eenduidig en stoornisgericht aanbod zal moeten creëren. Het interview spitste zich dan ook toe op de inhoud en ontwikkeling hiervan. Niet alle therapeuten leek echter de beschrijving van PMT-modules op grond van stoornisgebieden wenselijk te vinden en daarmee dit startpunt te onderschrijven. De urgentie om aan te sluiten bij de recente reorganisatie werd wel ingezien maar in de beschrijving van de specifieke plek van de PMT binnen de stoornisgebieden werd veel accent gelegd op de wenselijkheid van een stoornisoverstijgend PMT-aanbod en op de beperkingen van een stoornisgericht aanbod in sommige afdelingen en bij bepaalde patiëntengroepen. Hierbij werd gedacht aan stoornisoverstijgende modules gericht op algemene leerdoelen als ontwikkeling van autonomie, assertiviteit en contactvaardigheden. Ook werd benoemd dat op m.n. klinische afdelingen een te stoornisdiverse patiëntenpopulatie aanwezig is om deze afzonderlijk in stoornisgerichte groepen te kunnen behandelen. Een stoornisoverstijgend aanbod, bv. gericht op stabilisatie, werd als meer haalbaar en wenselijk verondersteld.

In de beschrijving door de geïnterviewden van het huidig PMT-aanbod voor de stoornisgebieden wordt m.b.t. de doelstellingen van behandeling niet direct aangesloten bij doelstellingen van behandeling zoals in de landelijke richtlijnen voor behandeling en de daaruit ontwikkelde zorgprogramma's GGZ-Friesland staan geformuleerd. Aangezien dit wel een vereiste van GGZ-Friesland zijn deze benoemde doelstellingen mogelijk niet relevant voor de verdere beschrijving van doelstellingen binnen de te ontwikkelen stoornisgerichte PMT-modules.

Onderzoeksmethode

De weinige meningsverschillen en de vele aanvullingen op de ingebrachte visies betreffende de inhoud van de PMT-modules en de samenwerking in de ontwikkeling daarvan, zouden kunnen duiden op een sterke mate van consensus tussen de psychomotorisch therapeuten. Ook kan het zijn dat men (nog) geen consensus zoekt en gericht is op de eigen invulling van behandelingen. Mogelijk zou de onderzoeker, om duidelijk te krijgen of de therapeuten grote overeenstemming hebben of juist erg los van elkaar werken, tijdens het interview meer hebben kunnen aansturen op het reageren op elkaars inbreng.

Het in de literatuur benoemde format van modulebeschrijving (Van Hattem & Hutschemaekers, 2000) is een voor de PMT-ers passende referentie gebleken waaraan de te ontwikkelen PMT-modules afgestemd kunnen worden. Zwakte in onderzoek t.a.v. dit aspect is mogelijk dat de PMT-ers geen vergelijkingsmateriaal hadden met mogelijk andere formats voor moduleontwikkeling, zoals het concept handleiding voor moduleontwikkeling voor psychomotorische therapie van Fabius (1998) of de handleiding moduleontwikkeling, uitgegeven door de NVPMT/FVB.

De samenstelling van de interviewgroepen is uitgevoerd langs duidelijke criteria (mix van verschillende regio's en behandelsettingen). Een aantal andere criteria, zoals verdeling mannen/vrouwen, elkaar kennend/onbekend, ervaren/beginnende psychomotorisch therapeuten) is niet meegewogen. De invloed van deze criteria is dus niet vast te stellen. Desondanks gaf de beantwoording van de vragen in de drie expertgroepen weinig grote verschillen aan.

Tijdens het onderzoek was voor de onderzoeker merkbaar dat er een spanningsveld bestond tussen enerzijds het gestructureerde karakter van het interview en daarnaast het appel om ook met elkaar in gesprek te raken. Hierdoor kwam het aspect van het open gesprek wat minder uit de verf. Mogelijk had een duidelijker keuze tussen deze polen of een duidelijker onderscheid in tijd tijdens de bijeenkomst dit spanningsveld verminderd.

Het gegeven dat onderzoeker / interviewer ook zelf werkzaam is als psychomotorisch therapeut in de EZV van GGZ-Friesland is mogelijk complicerend geweest vanwege mogelijke aannames van de deelnemers over de visie van onderzoeker op stoornisgerichte moduleontwikkeling, mogelijk aangewakkerd door het feit dat dit onderzoeksthema is gekozen. Deze mogelijke complicatie is niet door onderzoeker bevraagd en blijft derhalve onhelder.

Implicaties voor vervolg

Gezien de conclusies van het onderzoek is er voldoende motivatie en draagvlak bij de psychomotorisch therapeuten om de ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules in gang te zetten. De wenselijke stappen in dit ontwikkelingsproces zijn voldoende benoemd en een format voor de inhoudelijke beschrijving van stoornisgerichte PMT-modules is bij benadering gekozen. Voorwaarden voor de ontwikkeling van PMT-modules, nl. facilitering en ondersteuning zullen geschapen moeten worden. Dit onderzoek doet daarmee een appel op bestuur en management van GGZ-Friesland om het proces van ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules voldoende te faciliteren en te ondersteunen. Ondanks de vraag van de psychomotorisch therapeuten naar ook externe ondersteuning kunnen deze mogelijk ook meer gebruik maken van soortgelijke ontwikkelingen in andere instellingen in Nederland en België.

Een eerste gezamenlijke bijeenkomst van de psychomotorisch therapeuten in de EVZ van GGZ-Friesland met als doel taken te verdelen zal een eerste stap zijn in de daadwerkelijke ontwikkeling van PMT-modules. In het licht van het onderzoek zal onderzoeker mogelijk deze eerste bijeenkomst kunnen organiseren.

Literatuur

Boeijs, H. (2008): *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom.

Evers, J (red.) (2007): *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Lemma.

Fabius, M. e.a. (1998): *Concept handleiding moduleontwikkeling voor psychomotorische therapie*, z.pl.: NVPMT.

Fahrenfort J. (1987): *Psychomotorische therapie, een onderzoek naar het gebruik van bewegings- en lichaamsgeoriënteerde methoden in de psychiatrie* (2^e druk). Amsterdam: VU uitgeverij.

Hattum van, M. en Hutschemaekers, G. (2000): *In beweging. De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Keijsers, Dr. G.P.J, van Minnen, dr. A., Hoogduin, prof.dr. C.A.L. (1997) (red). *Protocolaire behandelingen in de ambulante GGZ*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Morgan, D.L. (2003). Focus Groups. In: N. Fielding(red.), *Interviewing. Vol.1. Sage Benchmarks in Social Research Methods*.(pp. 323-346). Groot-Brittannië, London: Sage.

Rekkers, M. (2005): Inspirerend en stroperig, Vaktherapie in de multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen. *Tijdschrift voor vaktherapie* 2005, nr.1, (pp.25-32).

Tijssen, H. e.a. (2008). *Zorgprogramma stemmingsstoornissen GGZ-Friesland, zorgprogramma angststoornissen GGZ-Friesland*. Interne uitgave GGZ-Friesland.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de ggz (2007). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen* (samenvatting). Utrecht: Trimbos-instituut.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de ggz (2007). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie* (samenvatting). Utrecht: Trimbos-instituut.

Landelijke Stuurgrorp Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de ggz (2007). *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen* (samenvatting). Utrecht: Trimbos-instituut.

Nota "Scherp aan de wind", meerjarenbeleid GGZ-Friesland 2007-2009

Website Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB): publicatie PMT-modules.

Federatie Vaktherapeutische Beroepen (z.j.). *Handleiding Module ontwikkeling voor PMT*. Interne uitgave FVB.

Website GGZ-Friesland, Intranet: Behandelprogramma's enkelvoudige zorg.

Bijlage 1: Uitnodiging voor deelname aan een expertpanel over de ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules

Aan: De PMT-ers van GGZ-Friesland, werkzaam in de enkelvoudige zorg volwassenen
Van: Ebel Dijkhuis, Psychomotorisch therapeut GGZ-Friesland, regio Drachten
Betreft: Onderzoek naar de ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules

Beste,

Mogelijk nog bezig met de reorganisatieperikelen van GGZ-Friesland heb ik een vraag voor je die meer toekomstgericht is.

Zoals je ongetwijfeld vernomen hebt gaat GGZ-Friesland zich in de nabije toekomst meer profileren met eenduidige, geprotocolleerde en stoornisgerichte zorgprogramma's in de enkelvoudige zorg voor volwassenen. Dit betreft voornamelijk de angststoornissen, stemmingsstoornissen en de persoonlijkheidsstoornissen.

Wanneer de PMT een duidelijke en betekenisvolle plaats in deze zorgprogramma's wil krijgen en behouden, dan zal zij zich met "Frieslandbreed" geprotocolleerde, stoornisgerichte en zo veel mogelijk evidence-based behandelmodules moeten profileren.

De stand van zaken met betrekking tot de PMT in de zorgprogramma's van GGZ-Friesland bij angststoornissen, stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen is als volgt:

In de concepten van de zorgprogramma's van de genoemde stoornisgebieden wordt PMT wel genoemd maar slechts op beperkte schaal en niet tot weinig methodisch uitgewerkt en beperkt evidence-based.

PMT-ers werken vaak stoornisoverstijgend waardoor de PMT in de genoemde stoornisgerichte zorgprogramma's weinig beschreven is.

De PMT in GGZ-Friesland heeft zich vooral op districtsniveau ontwikkeld waardoor mogelijk weinig eenduidigheid bestaat in het aanbod van PMT-modules.

Om in de toekomst de PMT binnen de enkelvoudige zorg in GGZ-Friesland bestaansrecht te geven en verder te ontwikkelen is het onontkoombaar dat de PMT-ers van GGZ-Friesland gaan samenwerken. Naast de noodzaak van samenwerking is het echter ook een enorme uitdaging om met elkaar de PMT in GGZ-Friesland te ontwikkelen tot een betekenisvol deel van zorgprogramma's.

In deze samenwerking wil ik graag een eerste stap zetten. In het kader van mijn Master opleiding PMT aan de Hogeschool Windesheim wil ik daarom een verkennend onderzoek doen naar de mening van zoveel mogelijk PMT-ers binnen de enkelvoudige zorg aan volwassenen van GGZ-Friesland over de ontwikkeling van eenduidige, geprotocolleerde en stoornisgerichte PMT-modules. Zowel mogelijk een raamwerk in de beschrijving van de PMT-modules als de samenwerking met betrekking tot de ontwikkeling daarvan zijn in dit onderzoek onderwerp. De vorm van het onderzoek is een groepsinterview. Mijn vraag aan jou is:

Ben jij bereid om 2,5 uren uit te trekken om bij de GGZ in Drachten in een groep van 4 of 5 PMT-ers van GGZ-Friesland van gedachten te wisselen over de inhoudelijke en praktische ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules?

(reiskosten worden vergoed)

Om te voorkomen dat het bij een eerste initiatief blijft heb ik het management benaderd om de verdere ontwikkeling van de PMT binnen de zorgprogramma's van de enkelvoudige zorg GGZ Friesland ook verder inhoudelijk te ondersteunen en te faciliteren. Hoewel nog niet in detail

toegezegd is er vanuit het management zeker welwillendheid om dit ontwikkelingsproces van de PMT te ondersteunen. (De facilitering van dit onderzoek met tijd, reiskosten en middelen is daarin een eerste zichtbare stap). Ook inhoudelijk worden mogelijke vervolgstappen na het onderzoek, zoals bijvoorbeeld het opzetten van werkgroepen rond inhoudelijke vormgeving van PMT-modules en rond doorlopend effectonderzoek aangemoedigd. Deelname aan dit verkennend onderzoek geeft je dus de mogelijkheid om vanaf het begin betrokken te zijn bij de verdere ontwikkeling van de PMT in GGZ Friesland en dus van jóuw baan!

Alvast enige informatie over het groepsinterview:

Het interview zal de vorm hebben van een maximaal 2 uur durend (met een pauze) groepsinterview met hoofdzakelijk open vragen. Het interview zal zich mede richten op de onderlinge uitwisseling van gedachten en standpunten. Ik zal de rol van interviewer / gespreksleider op me nemen.

In een volgend schrijven zullen de onderwerpen van het interview verder toegelicht worden zodat je je kunt voorbereiden hierop.

Het interview zal omstreeks oktober 2009 plaatsvinden bij de GGZ in Drachten (keuzedata, tijden e.d. volgen nog).

Het interview wordt opgenomen op band en geanonimiseerd verwerkt.

Alle PMT-ers in de enkelvoudige zorg volwassenen van GGZ-Friesland worden uitgenodigd. Dit om een zo breed mogelijk gedragen visie te kunnen vaststellen..

Er worden meerdere interviewgroepen van 4 á 5 PMT-ers samengesteld. De samenstelling van de groepen hangt af van de datum die je kunt komen en wordt daarnaast zoveel mogelijk gemixt wat betreft de regio waarin je werkt.

Jullie managers is gevraagd te faciliteren in tijdsbesteding. Uitsluitel daarover volgt binnenkort.

Wanneer het gesprek door de interviewer of de deelnemers als onaf wordt ervaren is er de mogelijkheid dat je voor een tweede gesprek benaderd wordt.

Jullie worden natuurlijk geïnformeerd over de uitkomsten van het onderzoek.

Tot slot:

Het is van groot belang dat zoveel mogelijk PMT-ers in de enkelvoudige zorg van GGZ-Friesland meedoen. Op deze manier slechts kan er een duidelijk startpunt gemaakt worden in de gezamenlijke ontwikkeling van een betekenisvol PMT-aanbod in de zorgprogramma's voor de enkelvoudige zorg voor volwassenen in Friesland. Laat je mening niet verloren gaan dus:

Doe mee !!

Ik bel je tussen 24 en 28 augustus 2009 om te horen of je mee wilt doen en om vragen van jou zoveel mogelijk te beantwoorden. Mocht je in die week niet bereikbaar zijn op je werk, heb je eerder vragen of opmerkingen of kun je me al eerder laten weten dat je mee wilt doen, dan kun je mij mailen (ebel.dijkhuis@ggzfriesland.nl) of bellen op het werk (0512-588920 / 588955).

Met vriendelijke groet,

Ebel Dijkhuis
Psychomotorisch therapeut
GGZ-Friesland, regio Drachten

Bijlage 2: Uitnodiging expertpanels betreffende de ontwikkeling van stoornisgerichte PMT-modules binnen GGZ-Friesland

Uitnodiging

Geachte collega PMT,

Hierbij wil ik je uitnodigen voor een groepsinterview over de ontwikkeling van stoornisgerichte PMT modules in GGZ-Friesland.

Eerder ontving je van mij enige informatie over de aanleiding, inhoud en uitvoering van het interview. In deze brief zal ik de data van de bijeenkomsten en nog enkele praktische zaken vermelden en krijg je daarnaast enige informatie om je inhoudelijk op het interview te kunnen voorbereiden.

Bijeenkomsten

Er zijn 3 interviewgroepen samengesteld; twee groepen van vier personen en één groep van vijf personen. Bij de samenstelling is zo veel mogelijk rekening gehouden rekening gehouden met de aangegeven belemmeringen en wensen m.b.t. data, met de verdeling over de regio's en met de werkplek (klinisch en ambulant). Mocht je onoverkomelijke bezwaren hebben, wil je dit dan aangeven. Vanuit het management van GGZ-Friesland is toestemming gegeven om voor dit onderzoek een dagdeel vrij te nemen. Reiskosten worden vergoed. Ik realiseer me dat een dagdeel vrij nemen altijd inbreuk doet op je werkprogramma maar hoop ook dat je in het belang van de toekomst van de PMT in GGZ-Friesland deze investering willen doen. De interviews vinden plaats op GGZ-Friesland, locatie Drachten, ingang Ambulante zorg, Compagnonsplein 1, Drachten.

Voor maandag 5 okt. 2009 van 9.15-12.00u. worden uitgenodigd:

..... (Heerenveen, ambulant)
..... (Drachten, klinisch)
..... (Leeuwarden, klinisch)
..... (Leeuwarden, ambulant)

Voor woensdag 7 okt 2009 van 9.15-12.00u. worden uitgenodigd:

..... (Heerenveen, ambulant)
..... (Drachten/Leeuwarden, klinisch)
..... (Leeuwarden, ambulant)
..... (Leeuwarden, ambulant)
..... (Leeuwarden, ambulant)

Voor donderdag 8 oktober van 9.15-12.00u. worden uitgenodigd:

..... (Leeuwarden, klinisch)
..... (Leeuwarden, ambulant)
..... (Drachten, klinisch)
..... (Sneek, ambulant)

Inhoud van het interview

Het interview zal zich toespitsen op je visie op en mening over:

- A. De inhoudelijke opzet van eenvormige, geprotocolleerde en stoornisgerichte PMT-behandelmodules voor stemmingsstoornissen, angststoornissen en

persoonlijkheidsstoornissen welke aansluiten op de bestaande zorgprogramma's. Vragen die o.a. aan de orde zullen komen zijn:

- Wat biedt jij als PMT-er op dit moment aan patiënten binnen de genoemde stoornisgebieden?
- Wat is volgens jou de specifieke bijdrage van PMT aan de behandeling van patiënten binnen de stoornisgebieden?
- Hoe zou een raamwerk voor de beschrijving van PMT-modules er volgens jou inhoudelijk uit kunnen/moeten zien?

Leidraad voor het gesprek over een mogelijk raamwerk voor PMT-behandelmodules is de productbeschrijving zoals beschreven in het boek "In beweging" (M. van Hattum en G. Hutschemaekers, Trimbos 2000). Daarin worden indicaties, contra-indicaties, doelen, interventies, randvoorwaarden, subtypen, behandelduur / frequentie, eindtermen, rationale en werkvormindeling (steunend, pragmatisch-structurerend, directief-klachtgericht, focaal-inzichtgevend en inzichtgevend-plus) van PMT-modules geformuleerd.

- B. De vormgeving van de samenwerking om tot ontwikkeling van eenvormige, geprotocolleerde en stoornisgerichte PMT-behandelmodules te komen.

Vragen die o.a. aan de orde zullen komen zijn:

- Waar staan jullie op dit moment in de samenwerking gericht op geprotocolleerde en stoornisgerichte modulevorming?
- Welke stappen in de samenwerking tussen PMT-ers binnen GGZ-Friesland zijn nodig om te komen tot eenvormige, geprotocolleerde en stoornisgerichte PMT-behandelmodules?

Ik hoop jullie hiermee voldoende te hebben ingelicht om enigszins voorbereid aan het gesprek te kunnen starten. Mochten er vragen of opmerkingen zijn dat hoor ik dit graag.

Ik ben op het werk te bereiken van dinsdag t/m vrijdag op tel.nr 0512-588920/588906 of via de mail: ebel.dijkhuis@ggzfriesland.nl. Eventueel kun je me thuis bereiken op tel.nr. 050-5017106.

Als ik geen bericht meer van je ontvang, verwacht ik je op hierboven genoemde dag en tijdstip. Tot dan!

Met vriendelijke groet,

Ebel Dijkhuis

Bijlage 3: Vragen interview expertpanel PMT

A. Specifieke bijdrage van de PMT in stoornisgerichte zorgprogramma's

1. Er wordt een pat. met een depressief beeld verwezen naar de PMT. Hoe ziet de behandeling met PMT er bij jullie uit?
Subvragen:
 - 1a. Welke behandelmethodieken zetten jullie in in de behandeling van deze patiënt?
 - 1b. Waarin liggen de overeenkomsten / verschillen?
 - 1c. Waarin ligt de specifieke bijdrage van de PMT aan behandeling van stemmingsstoornissen?
2. Is voor de behandeling van angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen ook een specifieke bijdrage van de PMT te benoemen?
Subvraag:
 - 2a. Wat is de stoornisoverlappende bijdrage en waarin ligt de specifieke bijdrage van de PMT aan een van de stoornisgebieden?
3. Is deze specifieke bijdrage van de PMT mogelijk in stoornisgerichte behandelmodules uit te drukken? (behandelmodule = een geprotocolleerd behandelprogramma)

B. Inhoud van stoornisgerichte PMT-modules

4. GGZ-Friesland vraagt van de PMT om in de behandeling van stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen zoveel mogelijk inhoudelijk aan te sluiten op landelijke richtlijnen en GGZ-Friesland-zorgprogramma's en om te komen tot de vorming van de beschrijving van stoornisgerichte, eenvormige en geprotocolleerde PMT-behandelmodules. Hoe zouden deze PMT-behandelmodules er uit moeten zien volgens jullie?
Subvragen:
 - 4a. Moeten we meer / minder beschrijven dan wat er nu in de richtlijnen en zorgprogramma's staat of is de huidige beschrijving van de PMT voldoende?
 - 4b. Hoe gedetailleerd moet de beschrijving zijn om een geprotocolleerd aanbod te krijgen?
 - 4c. In hoeverre sluit de beschrijving van een PMT-product zoals uit het boekje "In beweging" aan bij een voor jullie wenselijke beschrijving van PMT-modules voor de genoemde stoornissen? (op een flap-over worden items in productbeschrijving getoond):
 - Hulpvraag: indicaties, contra-indicaties, doelen
 - Hulpaanbod: interventies, randvoorwaarden, subtypes, behandelduur / -frequentie, eindtermen, rationale
 - Ordening van interventies: steunend, pragmatisch-structurerend, directief-klachtgericht, focaal-inzichtgevend, inzichtgevend plus

C. Samenwerking tussen PMT-ers om tot module-ontwikkeling te komen

5. Op welke manier zou volgens jullie de samenwerking tussen de PMT-ers van GGZ-Friesland vormgegeven kunnen worden om te komen tot beschrijving van eenvormige, geprotocolleerde en stoornisgerichte behandelmodules?

Subvragen:

- 5a. Welke achtereenvolgende stappen zouden gezet moeten worden?
- 5b. Hoe komen we tot verdeling van taken en taakgebieden?
- 5c. Welke ondersteuning extern is daarbij nodig / wenselijk? (management, tijd/geld, inhoudelijk, onderzoek/monitoring etc.)
- 5d. Hoe wordt de continuïteit van het ontwikkelingsproces gewaarborgd?
- 5e. Hoe worden de ontwikkelde modules gepresenteerd en geïmplementeerd?
- 5f. Wat vinden jullie nog belangrijk om te benoemen in het kader van samenwerking naar PMT-modules?

- Naar aanleiding van de beantwoording van de genoemde hoofdvragen en subvragen kan de interviewer vragen stellen die gericht zijn op verduidelijking of toelichting bijvoorbeeld: hoe bedoel je dat?, kun je een voorbeeld geven?, kun je dat nog nader toelichten?
- Tijdverdeling: Er wordt 2 uren (+ pauze) =120 min. voor het interview uitgetrokken. Dit is 40 min. per hoofdvraag (wordt door de interviewer bewaakt). Bij 4 deelnemers heeft elke deelnemer in over elk van de 3 hoofdvragen totaal 10 min. spreektijd. Dit lijkt voldoende om de vragen voldoende te laten beantwoorden en te bespreken.
- Elk onderwerp (A,B,C) wordt geïntroduceerd met de hoofdvraag en de deelnemers krijgen gelegenheid een eerste reactie te geven. Daarna worden waar nodig de subvragen gesteld en eventueel de verduidelijkings- of toelichtingsvragen.
- De vragen hoeven niet uitputtend beantwoord te worden. Het onderzoek is een eerste verkenning naar meningen en ideeën over inhoud en samenwerking.