



Handleiding

Interventiebeschrijvingen vaktherapeutische beroepen

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Inleiding	6
1. Het belang van interventiebeschrijvingen binnen vaktherapie	6
2. Product- en module-ontwikkeling: Een korte geschiedenis	6
3. Het verschil tussen een product en module	8
4. Niveaus in beschrijvingen	9
5. Keuzes betreffende interventiebeschrijving en niveau	10
6. De structuur van de interventiebeschrijving	10
7. Het invullen van het werkblad	11
7.1 Volgorde van schrijven: verschillende ontwikkellijnen	11
8. Enkele praktische tips bij het schrijven	11
8.1 De rode draad vinden en vasthouden	11
8.2 Doelen en subdoelen: less is more	12
8.3 Eenduidige en heldere begripshantering	12
8.4 De juiste informatie op de juiste plaats	13
Handleiding interventiebeschrijving vaktherapeutische beroepen	14
Samenvatting	15
1. Titel, Ontwikkelaar, Auteur, Context	16
1.1 Titel	16
1.2 Auteur	17
1.3 Ontwikkeld door	18
1.4 De context	18
1.4.1 Zorgprogramma of werkveld	18
1.4.2 Zorgzwaarte	18
1.4.3 Zorgprogramma-specifiek of zorgprogramma-overstijgend (generiek)	18
2. Probleembeschrijving	20
Inleiding op het schrijven	20
2.1 Probleem	21
2.2 Spreiding	21
2.3 Gevolgen	21

3. De doelgroep	22
3.1 korte beschrijving van de doelgroep	22
3.2 Indicaties	22
3.3 Contra-indicaties	23
3.4 Verwijzing	24
4. Doelen	25
Inleiding	25
4.1 Het SMART formuleren van doelen	25
4.2 Hoofd- en subdoelen	26
5. Beschrijving van de interventie-aanpak	29
Inleiding op het schrijven	29
5.1 Architectuur van de interventie	29
5.2 Inhoud van de interventie	29
5.2.1 Concrete activiteiten	29
5.2.2 Rol van de therapeut	30
5.2.3 Materialen	32
6. Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak	33
Inleiding	33
6.1 Welke factoren veroorzaken het probleem?	35
6.2 Factoren die door middel van de interventie aangepakt, behandeld of beïnvloed worden	36
6.3 Theoretische verantwoording	37
6.3.1 Theoretische referentiekaders	37
6.3.2 Vaktherapeutische behandelvisie	37
6.3.3 Praktijkervaring	38
6.3.4 Wetenschappelijk onderzoek	38
6.3.5 Werkzaamheid in de praktijk	38
6.4 Werkzame elementen	39
6.5 Samenvatting	39
7. Randvoorwaarden en kosten	40
7.1 Uitvoering	40
7.1.1 Materialen	40
7.1.2 Organisatorische randvoorwaarden	40
7.1.3 Randvoorwaarden voor de cliënt	40
7.2 Opleiding en competenties	41
7.3 Kosten van de interventie	41
7.4 Locatie en uitvoerders	41
7.5 Kwaliteitsbewaking	41

8. Subtypen	42
9. Ontwikkelgeschiedenis	43
Inleiding: Relevantie	43
9.1 Betrokkenheid van de doelgroep	43
9.2 Betrokkenheid van experts	43
9.3 Vergelijkbare interventies in Nederland	43
9.4 Basing op een buitenlandse interventie	44
9.5 Toegevoegde waarde van de interventiebeschrijving	44
10. Gebruikte literatuur	45
11. Format: Eisen betreffende de opmaak	46
12. Geldigheidsduur van de interventiebeschrijving	47
Literatuur	48
Bijlage 1: Verklarende woordenlijst	50
Bijlage 2: Voorschriften APA en schrijfwijzen Tijdschrift voor vaktherapie	53

Voorwoord

Met trots schrijf ik, als bestuurslid kennisinnovatie van de FVB, dit voorwoord bij deze totaal vernieuwde 'Handleiding interventiebeschrijving voor de vaktherapeutische beroepen'. Deze handleiding geeft een duidelijk kader om vaktherapeutische ervaringskennis te beschrijven en is in samenwerking met de praktijk door middel van pilots ontwikkeld door de Commissie Product- en Module Ontwikkeling (CPMO) van de FVB. Deze commissie heeft als doelstelling om zowel voor vakgenoten als voor andere belanghebbenden, de inzichtelijkheid van de vaktherapieën te vergroten, en consensus en onderzoek binnen het vakgebied te stimuleren. Ik ben ervan overtuigd dat de commissie met deze handleiding hierin een belangrijke stap heeft gezet. Wat deze handleiding bijzonder maakt, is dat er kwaliteitscriteria zijn geformuleerd om interventies op verschillende niveaus te beschrijven. Hiermee wordt de mogelijkheid gecreëerd om zowel innovatieve werkwijzen waarvoor nog weinig evidentie beschikbaar is als interventies met een hoge mate van wetenschappelijke onderbouwing, te beschrijven. Het streven van de FVB is dat in de toekomst de vaktherapeutische interventies die door de CPMO beoordeeld zijn, ook erkend worden door de interventiebanken van bijvoorbeeld het Nederlands Jeugdinstituut (Nji), het Trimbos-instituut (langdurige ggz) en/of Vilans (chronische zorg). Hiervoor zijn de criteria, die ontwikkeld zijn voor de meer wetenschappelijk onderbouwde interventiebeschrijving, afgestemd op de criteria van onder andere het Nji. Het aansluiting vinden bij de interventiebanken is een volgende stap in de positionering van ons vak. Ik hoop van harte dat veel vaktherapeuten zich door deze handleiding uitgedaagd gaan voelen om hun inzichten en expertise te beschrijven.

Grote dank wil ik uitspreken aan de auteurs Rix van der Beek, voorzitter van de CPMO, en Kees van den Bos, lid van de CPMO, die dit project geleid en begeleid hebben. Dank ook aan Clarinda van Lunteren die als lid van de CPMO de pilottrajecten met schrijfgroepen mede heeft begeleid en op deze wijze een bijdrage heeft geleverd aan de uiteindelijk vorm. Zonder de feedback van de leden van de beroepsverenigingen van de FVB op de hanteerbaarheid en de systematiek, had deze handleiding niet tot stand kunnen komen. Jullie allen van harte bedankt.

Tot slot wil ik Susan van Hooren, lector Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVak) en Jooske van Busschbach, lector Beweging, Gezondheid en Welzijn van Windesheim; de docenten van de opleidingen voor de verschillende vaktherapeutische beroepen en de kennisinnovatoren van de beroepsverenigingen van de FVB bedanken voor hun bijdragen.

Ik wens u veel ontwikkelplezier.

Huub Notermans,
Bestuurslid FVB.

Inleiding

1. Het belang van interventiebeschrijvingen binnen vaktherapie

De Commissie Product- en Module Ontwikkeling (CPMO) van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) heeft als doelstelling het stimuleren van de ontwikkeling van interventiebeschrijvingen in de vorm van producten en modules voor de verschillende vaktherapieën.

De achterliggende visie is dat een interventiebeschrijving als een van de wegen in de cyclus van kennisontwikkeling een bijdrage kan leveren aan kwaliteitsverbetering van de vaktherapieën en daarmee tevens tot een sterkere positionering van vaktherapie in Nederland.

Het expliciteren van de veelal impliciete (individuele) praktijkkennis van de vaktherapeut in de vorm van een interventiebeschrijving is een belangrijke stap in de cyclus van kennisontwikkeling.

Onder een interventiebeschrijving wordt hier verstaan het geheel van activiteiten, waarmee hulpverleners specifieke doelen nastreven voor en met cliënten(groepen) met een hulpvraag, om zo een bijdrage te leveren aan het bevorderen en in stand houden van gezondheid en welzijn.

Het doel van het beschrijven van interventies in de vorm van producten en modules is het inzichtelijk maken van kennis en ervaring door het expliciteren van de aanwezige impliciete en vaak individuele kennis van de vaktherapeut. Hierdoor wordt het leggen van een kennisfundament ondersteund. Door methodisch en systematisch een werkwijze van een behandeling te beschrijven, kunnen interventies bijvoorbeeld met elkaar vergeleken worden en in de toekomst onderzocht worden op enig effect.

Expliciteren van de impliciete ervaring en praktijkkennis van de ervaren vaktherapeut draagt bij aan kwaliteitsverbetering en deskundigheidsontwikkeling van de vaktherapeut en vaktherapieën door implementatie hiervan in de zorg. Doordat in de beschrijving de onderbouwing van de interventie aan de orde komt, zijn vaktherapeuten beter in staat om de geboden zorg te verantwoorden.

Voor cliënten en hun naasten geeft een interventiebeschrijving informatie over de inhoud van een interventie en het toepassingsgebied: bij welke klacht en met welk doel wordt met de beschreven werkwijze, binnen de gegeven tijdsspanne, de verwachte resultaten bereikt?

2. Product- en module-ontwikkeling: Een korte geschiedenis

De Commissie Product- en Module Ontwikkeling (CPMO) van de FVB heeft als doelstelling het stimuleren van de beschrijving van interventies in de vorm van producten en modules voor de verschillende vaktherapieën.

Als we teruggaan in de geschiedenis zien we dat de beschrijving van het behandel aanbod in de vorm van producten en modules samenhang met de kanteling in de zorgsector begin jaren negentig van de vorige eeuw. Deze kentering hield in dat de hulpvraag van de cliënt de inhoud

en de organisatie van de hulpverlening dient te bepalen en niet andersom. Het is in deze tijd welhaast niet meer voor te stellen dat ooit het aanbod van de hulpverlener, of breder: de specifieke zorg zoals de instelling deze aanbod, in vele gevallen centraal stond. In de ggz werd een aanvang gemaakt met het organiseren van zorg voor specifieke groepen hulpvragers. Dit gebeurde in zogenaamde behandel- of zorgprogramma's. In 1995 heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT) een start gemaakt met het beschrijven van vraaggestuurd PMT-aanbod met de uitgave van de brochure *'Psychomotorische therapie programma's, een aanzet tot kwaliteitszorg'*. Tijdens een gezamenlijk symposium *'Protocollen als kwaliteitsverbetering'* (1997) van de NVPMT en de Vlaamse Vereniging voor Psychomotorische therapie (VVPMT) werd door de NVPMT een ontwikkeltraject voor PMT-modulen gepresenteerd waarin de eerste stap bestond uit het oprichten van de Stuurgroep PMT-modulen. De handleiding voor module-ontwikkeling voor de psychomotorische therapie was het eerste product van deze stuurgroep (Van Houten in NVPMT, 1998). In april 2000 werd tijdens een ledenbijeenkomst van de Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie (NVKT), gestart met een traject van moduleontwikkeling door het formeren van werkveldgroepen. De NVKT schreef in juni 2000 een modulehandleiding op basis van onder andere de PMT-modulehandleiding.

Daarnaast werd de roep om transparantie en eenduidigheid over het eigene van de vaktherapie en over de inhoud en de mogelijkheden van de vaktherapie groter (NVKT, 2000). Een aanzwengelende werking hierbij hadden uitkomsten van het onderzoek uit 1998 van Hutschemaekers en Neijmeijer *'Beroepen in beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ'*, dat de vaktherapeuten hard wakker schudde. Uit het onderzoek kwam onder andere naar voren dat andere beroepsgroepen geen goed beeld hadden van de specifieke taken en mogelijkheden van vaktherapeuten, maar tevens dat dit gebrek aan herkenbaarheid en eigen identiteit ook gold voor de vaktherapeuten zelf; in de eigen beroepsgroepen bestond geen eenduidig beeld en een groot verschil van mening hierover (Hutschemaekers & Neijmeijer, 1998; Van Hattum & Hutschemaekers, 2000). Deze door Van Hattum en Hutschemaekers (2000, p. 10) zogenoemde identiteitskwestie werd door de uitwerking van de wet BIG verder geactualiseerd.

Een niet onbelangrijke ontwikkeling in de gezondheidszorg, in de jaren negentig van de vorige eeuw, was het opkomende belang van het kunnen tonen van enig effect van een interventie waardoor er grotere nadruk kwam te liggen op wetenschappelijk bewijs (Van Hattum & Hutschemaekers, 2000; Kuiper, Verhoef, Cox & Van Lou, 2008).

Op instigatie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg werd in 1998 een samenwerking in het leven geroepen tussen enerzijds het Trimbos-instituut en anderzijds de toenmalige beroepsverenigingen van de Psychomotorische therapeuten (NVPMT) en de beroepsvereniging van de Creatieve therapeuten (NVKT) (beide beroepsverenigingen zijn in 2006 verenigd in de Federatie Vaktherapeutische Beroepen). Het initiatief had als doel om aan de hand van interventiebeschrijvingen van de verschillende vaktherapieën duidelijkheid te verkrijgen over het gemeenschappelijke en het eigene van de afzonderlijke disciplines. Deze samenwerking diende het strategische doel een verbeterde positie van de beide beroepsgroepen te bereiken (Van Hattum & Hutschemaekers, 2000). Dit leidde tot de publicatie in 2000 van *'Vakwerk, producttyperingen van vaktherapeuten voor het programma stemmingsstoornissen'* (Van Hattum & Hutschemaekers).

Na de feestelijke presentatie van 'Vakwerk' tijdens de studiedag op 3 november 2000 in Zwolle werd naar aanleiding van het gezamenlijk onderzoek de Landelijke Commissie voor Productontwikkeling samengesteld (FVB, 2007). Het in de 'Vakwerk'-samenwerking ontwikkelde kader voor het beschrijven van een behandelaanbod bij een gegeven hulpvraag, heeft sinds die tijd dienst gedaan als model voor productbeschrijvingen voor de beroepsverenigingen van de FVB. In de jaren die volgden richtte de NVPMT zich met name op moduleontwikkeling terwijl bij de NVKT het zwaartepunt op de productontwikkeling lag. In 2004 ontstond een eerste samenwerking, maar wel nog steeds als twee afzonderlijke commissies functionerend, tussen de Landelijke Commissie Productontwikkeling van de NVCT en de Commissie Module Ontwikkeling (CMO) van de NVPMT om van elkaars expertise gebruik te maken. Een Landelijke Commissie voor Product- Ontwikkeling volgde hierop, die uiteindelijk is geëvolueerd tot de Commissie Product- en Module Ontwikkeling van de FVB (2006).

3. Het verschil tussen een product en module

Omdat in deze handleiding de begrippen 'product' en 'module' veelvuldig gebruikt worden, en deze termen deels in elkaars verlengde liggen, is het belangrijk om uit te gaan van een heldere definitiebepaling.

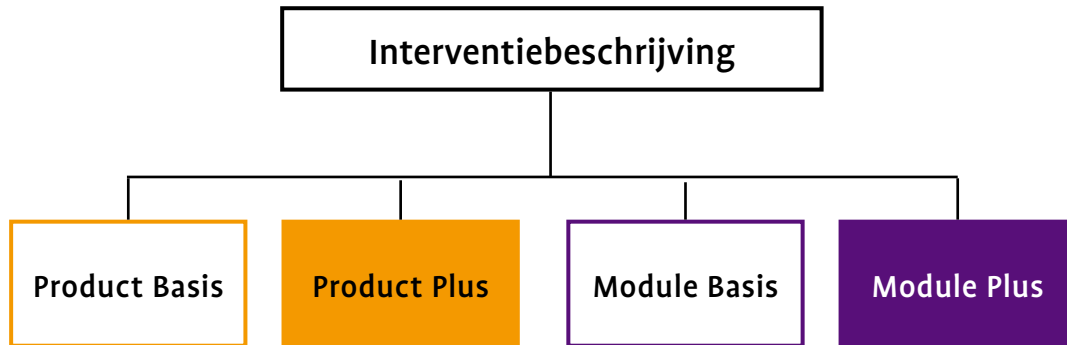
Een product is een beschrijving in *grote lijnen* van een combinatie van probleem en behandelaanbod. Het betreft een weergave van het probleem van een specifieke groep cliënten en het passende behandelaanbod hierop van de vaktherapeut (Van Hattum & Hutschemaekers, 2000). Een product kent, in vergelijking tot een module, een globaler en abstracter niveau van beschrijven en is meer los van de setting beschreven. Uitgangspunt bij het beschrijven van het zorg- of behandelaanbod in een productbeschrijving is het probleem van de cliënt en niet de setting waarin de therapeut zich bevindt. Daarmee zijn producten doorgaans makkelijker uitwisselbaar tussen verschillende instellingen. Een product was aanvankelijk met name bedoeld voor niet-vakgenoten zoals verwijzers en beleidsmakers (Van Hattum & Hutschemaekers, 2000). Door de emancipatie van de cliënt is een productbeschrijving heden ten dage steeds meer een document dat door hen, als potentiële gebruikers, kan worden geraadpleegd. Daarnaast heeft de productbeschrijving de laatste jaren een ontwikkeling doorgemaakt wat betreft kernachtigheid van de beschrijving van het specifieke behandelaanbod in samenhang met theoretische onderbouwing van de werkzame elementen van de interventie waardoor de kern van de interventie, en daarmee de essentiële onderdelen van de behandeling en hun samenhang, duidelijker naar voren komt. Het is deze combinatie van kernbeschrijving en setting-onafhankelijke beschrijving die een vertaling naar andere settings door vaktherapeuten, en dus onderlinge uitwisseling tussen vaktherapeuten, mogelijk maakt.

Een module lijkt veel op een product, het betreft eveneens een combinatie van probleem en behandelaanbod, maar is vakinhoudelijk *meer gedetailleerd* uitgewerkt.

Het handelen van de therapeut is in een module concreter, meer expliciet en procesmatig, vanuit de setting of instelling, beschreven waardoor een module veelal contextafhankelijk is. Daarmee is de module met name geschreven voor vakgenoten. Een module laat aan de professional ruimte voor variatie en aanpassingen daar waar geïndiceerd.

4. Niveaus in beschrijvingen

De CPMO/FVB hanteert verschillende niveaus waarop interventies beschreven kunnen worden: Basis en Plus (zie Figuur 1).



Figuur 1: De vier niveaus van interventiebeschrijvingen.

Een Basis-interventiebeschrijving beschrijft in samenhang een probleem-behandelaanbodcombinatie met een rationale waarin een veronderstelde werkzaamheid wordt aangegeven. Een Basis-interventiebeschrijving, zowel product als module, kan gezien worden als een eerste stap in de cyclus van kennisontwikkeling, een beweging in de ontwikkeling van zachte naar hardere bewijzen. De explicitering van persoonsgebonden (impliciete) kennis en ervaringen van de ervaren vaktherapeut is daarbij het startpunt.

De Plus-interventiebeschrijvingen klimmen op in de spiraal van kennisontwikkeling en vragen een steviger theoretische en wetenschappelijke onderbouwing.

De interventies zijn onderling op elkaar afgestemd, zowel wat betreft de interventievormen (module - product) alsook het niveau van de interventie (Basis – Plus). Hierdoor wordt het eenvoudiger om vanuit een product een module te beschrijven of andersom, om vanuit een module een product te abstraheren. Een reeds beschreven Basisvariant kan verder onderbouwd worden tot een Plusinterventie.

Een consensus-based interventiebeschrijving: unanimititeit deskundigen

Producten en modules, zowel de Basis als Plus variant, kunnen het predicaat *consensus-based* behalen.

Een interventiebeschrijving geniet dit predicaat wanneer er in het traject van ontwikkelen en beschrijven van de betreffende interventie door minimaal vijf expert-vaktherapeuten overeenstemming bereikt is over de inhoud.

Met expert-vaktherapeut wordt hier bedoeld: vaktherapeuten ervaring hebbend met de doelgroep, het specifieke vakgebied (zijnde beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie of psychomotorische therapie) en de beschreven werkwijze. Met consensus door de expert-vaktherapeuten, is er overeenstemming over de werkzaamheid van de interventie in de praktijk en wordt er zodanig een eerste stap gemaakt in het traject van validatie van de interventie. Daarmee kan consensus gezien worden als een onderdeel binnen het bredere kwaliteits- en kennisontwikkelingstraject.

5. Keuzes betreffende interventiebeschrijving en niveau

In deze handleiding wordt gewerkt met werkbladen. Als schrijver dient u vooraf een aantal keuzes te maken.

De eerste keuze betreft de aard van de te beschrijven interventie (product of module). Het vooraf bepalen van het doel van beschrijven alsmede aan wie het document gericht is (verwijzer of vakgenoot), kan hierbij behulpzaam zijn (zie ook voornoemd onderscheid tussen product en module). Voorts dient te worden gekozen voor de Basis- of Plusvariant. Wanneer gekozen wordt voor de Plusvariant vraagt dit de nodige expertise van de auteur betreffende onderzoek en theorieontwikkeling. Het systeem van onderlinge afstemming tussen Basis- en Plusvarianten maakt het overigens mogelijk om te starten met de Basis-interventiebeschrijving en voort te gaan met de Plusvariant.

De basis van iedere interventiebeschrijving is dat deze goed omschreven is. Dat betekent in het kort dat de doelgroep, het doel van de interventie en de gehanteerde werkwijze duidelijk zijn. Dit is de eerste stap in de ontwikkeling van kennis omtrent de gehanteerde werkwijze(n).

Om aannemelijk te maken dat de gekozen werkwijze bij deze doelgroep met dit probleem ook effectief zou kunnen zijn wordt op het Plusniveau een duidelijke onderbouwing gevraagd vanuit een theoretische visie en door te verwijzen naar onderzoek naar de beschreven of naar vergelijkbare interventies.

Door bij aanvang een keuze te maken op welk niveau de interventie beschreven gaat worden, en daarbij gebruik te maken van de werkbladen, wordt de auteur toegeleid naar het gewenste niveau.

6. De structuur van de interventiebeschrijving

De structuur van een interventiebeschrijving, zowel van een product als van een module, kent een opbouw in verschillende kernonderdelen:

- In hoofdstukken 1 t/m 5 wordt de *werkwijze* beschreven met daarin opgenomen de probleembeschrijving, doelgroep, de doelen en de methode van aanpak ;
- In hoofdstuk 6 wordt aansluitend op de probleembeschrijving van hoofdstuk 2 de *theoretische onderbouwing* van de interventie uiteengezet. De inhoud van de onderbouwing hangt samen met het gekozen niveau van beschrijven Basis of Plus;
- In hoofdstuk 7 worden de *randvoorwaarden* voor de uitvoering besproken;
- In hoofdstuk 8 worden eventuele varianten op de interventiebeschrijving beschreven;
- In hoofdstuk 9 wordt in de module Basis en Plus de *ontwikkelgeschiedenis* beschreven. In de productbeschrijving wordt dit overgeslagen.

7. Het invullen van het werkblad

Voor het inzenden van de interventiebeschrijving aan de CPMO ter beoordeling, feedback en publicatie, dient gebruik te worden gemaakt van de werkbladen van de betreffende interventiebeschrijving. Daarnaast dienen de aanwijzingen omtrent het format strikt te worden opgevolgd (zie hiervoor hoofdstuk 11).

7.1 Volgorde van schrijven: verschillende ontwikkellijnen

Hoewel het werkblad dwingend is wat betreft de volgorde waarin de informatie over de interventie weergegeven dient te worden, betekent dit niet dat bij het schrijfproces dezelfde volgorde aangehouden moet worden. U kunt als auteur zelf bepalen of u begint te schrijven vanuit de onderbouwing of vanuit de probleembeschrijving.

De gehanteerde volgorde kan afhangen van de ontwikkelgeschiedenis van de interventie. De interventie kan bijvoorbeeld ontwikkeld zijn vanuit een gedegen theorie-onderzoek en worden vertaald naar de praktijk, of juist andersom, of er ligt aan de basis van de interventiebeschrijving een succesvol gebleken bestaande interventie uit de praktijk ten grondslag die allereerst geëxpliciteerd en vervolgens theoretisch gefundeerd gaat worden. Daarnaast kan de volgorde van invullen afhankelijk zijn van de affiniteit die u heeft met de verschillende onderdelen van het format.

De ervaring leert dat er doorgaans grofweg geschreven wordt langs twee lijnen.

In het eerste geval betreft het de *ontwikkeling van theorie naar praktijk*. Hierbij wordt in de meeste gevallen gestart met de theoretische onderbouwing. Daarbij vormt de ontwikkelde interventietheorie de basis voor het inrichten van de interventie en vormt het tevens het kader voor de interpretatie voor de resultaten. Auteurs die deze lijn volgen starten doorgaans met hoofdstuk 6 (theoretische onderbouwing) gecombineerd met hoofdstuk 2 (probleembeschrijving) van de handleiding.

Bij het beschrijven van een in de praktijk succesvol gebleken interventie wordt de lijn van *ontwikkeling van praktijk naar theorieonderbouwing* gevolgd. Hierbij wordt de, veelal impliciete, praktijkkennis allereerst naar boven gehaald en geëxpliciteerd en wordt deze vervolgens gefundeerd. Bij de schrijflijn van *praktijk naar theorieonderbouwing* wordt door de auteurs in de meeste gevallen gestart met de hoofdstukken 1-5.

8. Enkele praktische tips bij het schrijven

De ervaring leert dat bij het schrijven van een product of module auteurs op een aantal vergelijkbare problemen of valkuilen stuiten. Hier volgt een aantal praktische tips bij het schrijven om deze valkuilen te vermijden.

8.1 De rode draad vinden en vasthouden

In een interventiebeschrijving vormen de afzonderlijke onderdelen een inhoudelijk samenhangend geheel.

In het schrijfproces, gaande van titel naar hoofdstuk naar hoofdstuk, kan de auteur de rode draad

van de interventiebeschrijving makkelijk uit het oog verliezen. De verschillende hoofdstukken worden dan als op zichzelf staand beschouwd, waardoor de interne consistentie verdwijnt. De samenhang begint met het formuleren van een duidelijke werktitel waarin de belangrijkste elementen van de interventie, zoals het probleem, de doelgroep, het doel en de interventie-aanpak, al op een logische manier met elkaar in verband worden gebracht. De titel is leidend voor het betoog dat volgt en geeft focus tijdens het schrijfproces. Dit betekent niet dat een eenmaal gekozen titel niet meer kan veranderen. Het betekent wel dat op verschillende momenten in het schrijfproces de inhoud gecheckt dient te worden aan de gekozen titel. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij de beschrijving van het probleem (2), de doelgroep (3), het doel of de doelen (4) en de interventie-aanpak (5). Let vervolgens op de samenhang tussen de verschillende onderdelen van de interventie-aanpak (5) en de randvoorwaarden voor uitvoering (7). Wanneer er voor de activiteiten een ruime zaal nodig is, stel dit dan vervolgens bij de randvoorwaarden aan de orde. Besteed aandacht aan de samenhang tussen de geformuleerde doelen (4) en de beschrijving van de interventie (5). Aandachtspunt hierbij is dat enerzijds geformuleerde doelen ook op enige wijze in de interventie-aanpak terug moeten komen en anderzijds dat er geen activiteiten beschreven worden die niet in verband staan met de gestelde doelen. Zorg voor een samenhang tussen de gestelde doelen van de interventie (4), de beïnvloedbare factoren (6) en de fundering met theoretische verantwoording waarin werkzame bestanddelen van de interventie worden uiteengezet. Een belangrijke, complexe check betreft de samenhang tussen de vaktherapeutische behandelvisie (6.3) en de beschreven therapeutische attitude (5.2), de beoogde doelen (3) bij de gekozen doelgroep (2), de beschreven interventie-aanpak, dat wil zeggen de gehanteerde werkwijze (5) die moet leiden tot de realisatie van de doelen. Ten slotte: richt u in de onderbouwing op alle elementen van de interventiebeschrijving die in de voorgaande hoofdstukken aan de orde geweest zijn, maar ook niet meer dan dat. Onderbouw de gekozen aanpak met relevante literatuur (zie hiervoor verder hoofdstuk 6).

8.2 Doelen en subdoelen: less is more

Soms beschrijven vaktherapeuten in hun enthousiasme legio doelen en subdoelen. Stel uzelf de vraag of de interventiebeschrijving de kwaliteit van een schot hagel heeft: er is een ruim aanbod en ergens is het wel een keer raak, of de gerichtheid van een kogel. Naarmate u meer doelen stelt en dientengevolge ook een grote diversiteit van activiteiten zult aanbieden, wordt het lastiger om de effecten van de interventie te meten. De vraag is of het ook de helderheid van de interventiebeschrijving ten goede komt en of de doelgroep daar baat bij heeft.

Wanneer u het doel vormgeeft in de beschrijving, doe dat in de vorm van een opsomming en zet de opsomming in een logische volgorde. Welk doel dient als eerste behaald te worden welk doel daarna?

8.3 Eenduidige en heldere begripshantering

Begrippen in de vaktherapie lopen het gevaar een zekere wolligheid uit te stralen. Het is van belang om de gekozen begrippen helder te omschrijven en u daar als auteur consequent aan te houden.

Voorbeeld

Een voorbeeld van de rijkdom van begrippen op het gebied van lichamelijkheid binnen de psychomotorische therapie:

Lichaamssensaties, lichamelijke gewaarwordingen, lichaamssignalen, lichaamsbewustzijn, bewustwording van het lichaam, lichaamsbeleving, lichaamswaardering, lichaamsbeeld, lichaamsmentaliteit ...

8.4 De juiste informatie op de juiste plaats

Het werkblad geeft de gelegenheid om veel informatie te geven over de betreffende interventie. Van belang is dat deze informatie op de juiste plek komt te staan.

Wanneer u bij het schrijven ontdekt dat u informatie dubbel aan het beschrijven bent, dan zal dit waarschijnlijk betekenen dat u onder een van de kopjes van het werkblad deze informatie ten overvloede vermeldt.

Algemeen

Overall waar in de handleiding 'hij' staat, kan ook 'zij' gelezen worden.

Afhankelijk van de setting en visie waarin een interventie plaatsheeft kan de 'aanspreektitel' verschillen (patiënt, cliënt, volwassene, leerling, kind).

In deze handleiding worden begrippen, patiënt en cliënt, door elkaar gebruikt.

Handleiding interventiebeschrijving vaktherapeutische beroepen

U heeft uw keuze bepaald voor de interventiebeschrijving (product of module) en het niveau (Basis of Plus) waarop de interventie beschreven gaat worden.

Bij elk van de interventies behoort een werkblad. Zorgt u ervoor dat u het juiste werkblad hanteert.


De *Handleiding interventiebeschrijvingen vaktherapeutische beroepen* geeft per kopje van het werkblad een toelichting op welke informatie er beschreven dient te worden.

Per kopje wordt met iconen aangegeven of het interventieonderdeel voor Product Basis, Product Plus, Module Basis, Module Plus of voor alle interventieformats van toepassing is.


 Product Basis

 Product Plus



 Module Basis

 Module Plus

 Alle

 Tips bij het schrijven

  De maximale lengte van een Product Basis is vierenhalve (4,5) en een Product Plus is vijf (5) pagina's exclusief literatuurlijst.

  De maximale lengte van een Module Basis en een Module Plus beslaat maximaal 25 pagina's exclusief literatuurlijst.

Samenvatting (max. 1 A-4 (400-600))



Een samenvatting wordt geschreven bij een module en dient om de lezer een indicatie te geven van de betreffende interventie. De modulebeschrijving start met deze samenvatting.

Titel

Auteur

Doelgroep

Context

Doel

Interventie-aanpak

Onderbouwing

Onderzoek

1. Titel, Ontwikkelaar, Auteur, Context

A

1.1 Titel

Een duidelijke titel geeft de lezer informatie over de interventie. Op grond van de titel dient de lezer een inschatting te kunnen maken of de interventie passend/geschikt is voor zichzelf of zijn patiënt.

Een heldere titel is opgebouwd uit een aantal componenten.

Beschrijf in de titel:

1. voor welke specifieke doelgroep de interventie ontwikkeld is of
2. welk specifiek probleem er met de interventie behandeld wordt;
3. welk doel met de interventie nagestreefd wordt;
4. welke vakdiscipline er wordt ingezet.

Voorbeelden

Titel met daarin het doel van de behandeling:

Beeldende therapie voor psychiatrische patiënten in detentie om deviant gedrag tegen te gaan. (Helmich, 2011)

Titel met daarin de problematiek van de doelgroep (Anorexia Nervosa) én de doelen van de behandeling:

Psychomotorische groepstherapie voor jongeren (12-18 jaar) met Anorexia Nervosa, gericht op het vergroten van de motivatie voor behandeling, op psycho-educatie en op het herontdekken van het eigen lijf. (Aarts, Appels & Houben, 2015)

Of

Van lijfelijk lijden naar je lichaam zorgvuldig leiden.

Psychomotorische therapie voor mensen met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten met als doel herstel en klachtvermindering. (Michels, Kind, Goffin, Tijssen, König & Martens, 2015)

Hoofdtitel en subtitel

Reeds bestaande interventies dragen binnen instellingen dikwijls gevleugelde, korte namen. Deze namen, welhaast merknamen, zijn door de tijd heen, in de samenwerking tussen uitvoerders en verwijzers, ingeburgerd geraakt. Deze korte namen blijken vaak buiten de context van de betreffende instelling de lezer weinig of geen duidelijkheid te geven waarvoor de interventie bedoeld is. Wanneer een dergelijke korte naam bestaat voor de interventie, dan kan deze gehanteerd worden als *hoofdtitel*. Een *subtitel* wordt dan gebruikt om informatie te geven over de inhoud van de interventie (zie de vier punten hierboven beschreven).

Voorbeeld

Hoofdtitel en subtitel:

Spelen, Leren, Communiceren.

Muziektherapie voor mensen met een ernstige meervoudige beperking ter bevordering en stimulering van zelfexpressie en communicatie, waarbij ook de communicatiepartners worden betrokken. (Belderbos, 2014)

Tip bij het schrijven



Een werktitel als eerste stap

Het nadenken en formuleren van een eerste werktitel voor het product of de module kan helpen om een helder beeld te verkrijgen van de focus van het product of de module. Door het formuleren van een specifieke doelgroep en de na te streven doelen bepaalt u met een werktitel de kaders van het product of de module. Daarbij helpt het de focus scherp te houden bij het schrijven. Dit kan zeer behulpzaam zijn wanneer een interventiebeschrijving vanuit de praktijk op papier wordt gezet.

A

1.2 Auteur

De naam van de schrijver(s) van de interventie en het jaartal van publicatie.

A 1.3 Ontwikkeld door

Vermeld door wie de interventie ontwikkeld is in het geval dat de auteur niet samenvalt met de ontwikkelaar van de interventie. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer hbo-studenten in het kader van hun studie een product in samenspraak met een vaktherapeut beschrijven.

A 1.4 De context

Hier dient de (behandel)setting waarbinnen de interventie wordt aangeboden kernachtig te worden weergegeven.

1.4.1 Zorgprogramma of werkveld

Een zorgprogramma, ook wel behandelprogramma genoemd, betreft het gehele behandel aanbod voor een bepaalde, gespecificeerde diagnostische categorie. In verschillende werkvelden wordt niet met zorgprogramma's gewerkt. In dat geval volstaat het noemen van het werkveld en, indien van toepassing, aangevuld met een specifieke doelgroep binnen het werkveld.

Voorbeelden

Zorgprogramma of werkveld:

Stemmingsstoornissen, Psychotische stoornissen, Autisme Spectrum Stoornissen, Verstandelijke beperking, Speciaal Basisonderwijs, Algemene Jeugdpsychiatrie, Huntington, Korsakov intramurale behandeling binnen verpleeghuis, Dementie intramurale behandeling binnen verpleeghuis, NAH binnen intramurale behandeling Revalidatie, ...

1.4.2 Zorgzwaarte

Ten slotte kan het voor de aard van de interventie van belang zijn om te vermelden met betrekking tot welke zorgzwaarte type zorg (bijvoorbeeld nuldelijns-, eerste lijns-, tweede lijns- of derdelijnszorg of intra-, extra-, trans- of semimurale zorg, generalistische of specialistische GGz) het vaktherapeutisch behandel aanbod geschreven is.

Indien dit het geval is, dient dit in de interventie vermeld te worden.

1.4.3 Zorgprogramma-specifiek of zorgprogramma-overstijgend (generiek)

Een product of module kan zorgprogramma-*specifiek* of zorgprogramma-*overstijgend* zijn. De interventie is zorgprogramma-specifiek wanneer een behandel aanbod voor een specifieke patiëntengroep binnen één specifiek zorgprogramma of werkveld geschikt is.

Voorbeeld

Context, zorgprogramma en lijnszorg:

ggz, Zorgprogramma: Stemmingsstoornissen, Depressie (eerstelijnszorg)

Voorbeeld

Zorgprogramma-specifiek:

Wanneer de interventiebeschrijving gericht is op *gedragsactivatie bij depressie* zal de beschrijving ingedeeld worden bij zorgprogramma Stemmingsstoornissen, depressie:

De toepassing van blues binnen muziektherapeutische groepstherapie voor het verminderen van depressieve klachten bij ouderen. (Buster, Kienhuis & Wesseling, 2014)

Een interventie is zorgprogramma-overstijgend, ook wel generiek genoemd, wanneer de aanpak voor meer dan één aandoening of stoornis relevant is. Een product of module is in dat geval toegespitst op een probleem dat binnen meerdere zorgprogramma's voorkomt en waarvan patiënten uit de verschillende zorgprogramma's gebruik kunnen maken.

Geïnccludeerde zorgprogramma's worden dan vermeld.

Voorbeeld

Zorgprogramma-overstijgend ofwel generiek:

Vaktherapie-PMT in groepsverband ter vermindering van teruggetrokken en passief gedrag bij ouderen. (Van den Bogert, Buma, De Lange, Van der Voort & The, 2015)

Van overleven naar leven. Individuele ontwikkelingsgerichte muziektherapie voor volwassen psychiatrische cliënten met autonomieproblematiek. (Van Dokkum, 2011)

Wanneer een interventiebeschrijving gericht is op bijvoorbeeld het *tegengaan van inactiviteit* of, zoals in het tweede voorbeeld, *autonomieproblematiek* en er vanuit de verschillende zorgprogramma's aan deelgenomen kan worden, spreekt men van zorgprogramma-overstijgend: generiek.

2. Probleembeschrijving

A Inleiding op het schrijven

Voor welk probleem of risico is de interventie ontwikkeld?

Omschrijf eerst kort in algemene termen de aard en ernst van het probleem van de doelgroep, bijvoorbeeld in termen van de DSM-V-classificatie.

Deze beschrijving biedt veelal onvoldoende duidelijkheid over waar de vaktherapeutische behandeling op aangrijpt. Vervolg de probleembeschrijving dan ook met (niet in de classificatiesystemen opgenomen) kenmerkende eigenschappen, gedragingen et cetera van de betreffende cliënt(engroep). Dit deel van de probleembeschrijving dient zodanig geformuleerd te zijn dat de aangrijpingspunten voor verandering en dus de focus van de behandeling duidelijk zijn.

Voorbeelden

Probleembeschrijvingen: Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en emotieregulatie, Borderlinepersoonlijkheidsstoornissen en mentaliseren, Borderlinepersoonlijkheidsstoornissen en waarneming, agressieregulatie en gewaarworden van lichaamssignalen

Tip



Let bij de probleembeschrijving op de samenhang met de doelgroep en bovenal de beschreven doelen. De probleembeschrijving geeft de aangrijpingspunten voor de behandeling en dus voor de beschreven doelen.

Check eveneens de samenhang *probleembeschrijving – te behandelen factoren* (hoofdstuk 7)

A**2.1 Probleem**

Hier dient beschreven te worden voor welk probleem de interventie ontwikkeld is of op welke hulpvraag de interventie wordt gericht.

Geef de aard en de ernst van het probleem aan. Geef indien mogelijk een definitie van probleem of risico en beschrijf de kenmerken ofwel de symptomen.

Maak hiervoor gebruik van (recente) bronnen. Naarmate het probleem meer geëxpliciteerd is, wordt duidelijker waar de interventie op aansluit. Dit is zowel van belang voor verwijzers als voor de patiënten waar de interventie voor bedoeld is.

Maak melding van de bronnen volgens de eisen aan literatuurverwijzingen, gesteld door de *American Psychiatric Association*, de zogenaamde APA-richtlijnen (zie hiervoor bijlage 2).

P+**M+****2.2 Spreiding**

a. Geef, indien bekend, een indicatie hoe vaak het probleem, risico voorkomt.

Geef, indien bekend, de *prevalentie* aan: Hoeveel mensen hebben het probleem of lopen risico daarop?

Geef, indien bekend, de *incidentie* aan: hoeveel nieuwe gevallen zijn er in een bepaalde periode?

Gebruik hiervoor de meest recente bronnen en vermeld deze.

b. Geef, indien bekend, een indicatie van de *spreiding* van het probleem: komt het betreffende probleem meer voor in bijvoorbeeld grote steden of juist het platteland of bepaalde regio's?

c. Zijn er verschillen bekend in aard, ernst en/of spreiding (zie boven) voor een bepaalde groep of groepen? U kunt hierbij denken aan opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, land van herkomst et cetera.

A**2.3 Gevolgen**

Door te beschrijven wat de gevolgen zijn als de behandeling van het probleem achterwege blijft, wordt het belang van de behandeling duidelijker. Het betreft hier de individuele gevolgen op patiëntniveau (gevolgen voor de doelgroep), de gevolgen voor zijn/haar naasten als ook de maatschappelijke gevolgen. Genoemde gevolgen kunnen zowel immaterieel als materieel van aard zijn. Gebruik hiervoor de meest recente bronnen en vermeld deze.

Meer informatie is te vinden op:

www.cbs.nl

www.nji.nl

www.kostenvanziekten.nl

www.rivm.nl

www.trimbos.nl

3. De doelgroep

3.1 korte beschrijving van de doelgroep

Beschrijf voor welke cliëntendoelgroep de interventiebeschrijving is bedoeld. Het betreft patiënten of cliënten met eenzelfde, vergelijkbaar probleem (Van Yperen, Van Rest & Vermunt, 1999), zoals bijvoorbeeld cliënten met een angststoornis, of jongeren (12-18) met anorexia, waarbij nog niet is ingezoomd op het specifieke probleem binnen de doelgroep, dat middels de interventie behandeld kan worden.

De doelgroep kan een subgroep van een zorgprogramma betreffen maar kan ook zorgprogramma-overstijgend zijn (zie hiervoor 1.4).

De doelgroep wordt weergegeven door middel van indicaties en contra-indicaties.

Voorbeeld

Voorbeeld van een gespecificeerde diagnostische categorie binnen een zorgprogramma: De sociale angststoornis (sociale fobie) valt als stoornis onder de brede categorie, welke vaak aangeduid wordt als Zorgprogramma Angststoornissen.

Het Zorgprogramma Angststoornissen is bedoeld voor volwassenen gediagnosticeerd met een angststoornis. Binnen het zorgprogramma kunnen de volgende angststoornissen aan bod komen: paniekstoornis, agorafobie, sociale angststoornis, de gegeneraliseerde angststoornis, specifieke fobie en andere.

A 3.2 Indicaties

Beschrijf de relevante kenmerken van de doelgroep. De interventie-aanpak van product of module sluit aan bij de kenmerken van deze doelgroep. Op basis van de hier geschreven informatie moet een lezer kunnen beslissen of de interventie geschikt is voor een bepaalde patiënt- of cliëntengroep of organisatie. Indicaties geven de startsituatie van de cliënt weer, het betreft specifieke kenmerken van een groep cliënten waar de behandeling zich op richt.

Voorbeeld

Zorgprogramma Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen (DSM-V, APA, 2014): De kenmerken van patiënten lijdend aan een posttraumatische stressstoornis kunnen sterk uiteenlopen. Zo kunnen bijvoorbeeld veteranen een aparte (sub)groep vormen, evenals volwassenen met een dissociatieve stoornis als gevolg van vroegkinderlijke traumatisering, vrouwelijke slachtoffers van seksueel geweld, of vluchtelingen et cetera.

A 3.3 Contra-indicaties

Een contra-indicatie is een reden of omstandigheid waarom de interventie niet zou moeten worden toegepast. Contra-indicaties verwijzen naar patiënten binnen de geïndiceerde doelgroep waarvoor de interventie niet of minder geschikt is. Het is dus niet nodig om hier groepen te noemen die buiten de doelgroep en dus buiten de indicatie (zie boven) vallen.

Bij het aangeven van contra-indicaties kan bijvoorbeeld gedacht worden aan cognitieve competenties, tegelijkertijd aanwezig zijn van bepaalde andere problemen of stoornissen, ernst van het probleem, leeftijd of opleidingsniveau.

Contra-indicaties dienen puntsgewijs te worden vermeld.

Voorbeeld

contra-indicatie:

(Afhankelijk van de doelgroep en de indicaties)

Contra-indicatie

- Patiënt lijdend aan een acute psychose

Voorbeeld

contra-indicatie:

Wanneer de interventiebeschrijving een groepsaanbod betreft kan een contra-indicatie zijn:

- Patiënt kan niet in een groep functioneren

Niet bij alle interventies zijn contra-indicaties van toepassing. Indien er geen contra-indicaties zijn, wordt dit aangegeven.

Voorbeeld

Voorbeeld bij geen contra-indicatie:

Contra-indicaties:

Geen

A 3.4 Verwijzing

Hoe is de verwijzing georganiseerd?

Een eerste selectie wordt in veel gevallen gedaan door de aanmelder of verwijzer. Beschrijf door wie de verwijzing plaatsvindt (huisarts, hoofdbehandelaar, leerkracht, vanuit zorgpad of anderszins).

Beschrijf hoe wordt vastgesteld of de individuele patiënt binnen de indicaties van bovengenoemde doelgroep valt en dus over de specifieke kenmerken beschikt (bijvoorbeeld welke instrumenten hiervoor beschikbaar zijn) en hoe de verwijzing is georganiseerd.

Geef aan welke instrumenten hierbij worden gehanteerd en door wie deze worden afgenomen.

Is er na aanmelding bij de vaktherapeut sprake van een intake en/of vaktherapeutisch onderzoek(straject): beschrijf dan wat de algemene doelen van de intake of het vooronderzoek zijn en welke selectievragen er te dienen worden beantwoord. Vermeld vragenlijsten wanneer deze worden gehanteerd.

Geef aan hoe de intake is georganiseerd. Is er bijvoorbeeld een vaste structuur?

Wanneer er sprake is van een vaktherapeutisch onderzoeks- en adviestraject voorafgaand aan deelname, geef dan aan welk doel hiermee gediend wordt en hoe dit traject georganiseerd is (denk daarbij bijvoorbeeld aan: duur, aantal sessies, terugkoppeling informatie).

Tip



Let bij de beschrijving van de doelgroep op de samenhang met de titel van het product / de module, de gestelde doelen en tevens of er sprake is van een individueel of een groepsaanbod.

4. Doelen

A Inleiding

Doelen vormen de rode draad van de behandelinterventie en zijn leidraad in de behandeling van probleem naar resultaat.

De doelen zijn bepalend voor de inzet van middelen en materialen en voor de interventie-aanpak.

Doelen kunnen verschillend van aard zijn. Een doel kan gericht zijn op de preventie of vermindering van problemen en/of risico's, op het bewerkstelligen van verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied.

Naast behandeldoelen zijn er ook informatieve doelen te onderscheiden die betrekking hebben op de vaktherapeutische observatie en diagnostiek (al dan niet ten behoeve van de vaktherapeutische indicatiestelling) alsook voorwaardelijke doelen met betrekking tot de hulpverlening, zoals bijvoorbeeld de motivatie van en de werkrelatie met de patiënt.

4.1 Het SMART formuleren van doelen

Formuleer (sub)doelen als evalueerbare behandeldoelen. Dat betekent: zo concreet mogelijk om vast te stellen of de doelen aan het einde van de interventie al dan niet gerealiseerd zijn. Doelen dienen om deze reden zoveel mogelijk SMART te zijn geformuleerd. SMART-geformuleerde doelen geven aan wanneer het hulpaanbod klaar is.

Dat houdt in:

- S: Specifiek. Maak een doel specifiek en formuleer zo concreet mogelijk. Beschrijf wat door de interventie precies verandert;
- M: Meetbaar. Stel doelen zoveel mogelijk in meetbare termen op. Het doel is zo geformuleerd dat het controleerbaar is of het doel bereikt wordt;
- A: Acceptabel/Aanvaardbaar. Is er draagvlak voor het doel en de interventie? Vinden betrokkenen de doelen zinvol; worden deze door professionals/hulpverleners alsook door patiënten onderschreven?;
- R: Realistisch. Stel realistische doelen (bezien vanuit de mogelijkheden van patiëntengroep en interventie). Stel alleen doelen waarvan de kans groot is dat deze te halen zijn. Richt doelen op zaken/factoren die door de interventie te veranderen zijn;
- T: Tijdgebonden. Geef aan op welke termijn doelen kunnen worden behaald. Geef aan wanneer een doel bereikt is (Van Yperen, Bijl & Veerman, 2008).

Vermijd beschrijvingen in onduidelijke en vage termen (zoals 'zoveel mogelijk, beter, positiever') of in procestermen of activiteiten (zoals 'ondersteunen, stimuleren').

Tip



Stelt u zich na het beschrijven van de doelen de vraag of deze concreet, haalbaar en meetbaar zijn.

A 4.2 Hoofd- en subdoelen

Hoofddoel

Een hoofddoel verwoordt de beoogde eindsituatie van de beschreven interventie. De weg waarlangs dit hoofddoel bereikt wordt, kan *direct* zijn door behandeling van het *primaire* doel of *indirect* doordat de behandeling gericht wordt op *secundaire* doelen.

Bij het primaire doel richt de therapeut zich direct op het probleem zelf dat op de voorgrond staat.

Voorbeeld

Primaire doel:

Een voorbeeld van een primair doel in de behandeling bij bipolaire stoornis: De cliënt is na vijf sessies in staat om zonder hulp evenwicht aan te brengen tussen activiteit en rust.

De therapeut kan het probleem ook beïnvloeden door de behandeling van secundaire doelen die (indirect) bijdragen aan het bereiken van primaire doelen van de algemene behandeling van de patiënt. Hierbij is de behandeling gericht op het verminderen van bedreigende factoren en/of het ontwikkelen van protectieve factoren.

De vaktherapeut richt zich dan bijvoorbeeld op een of meer van de samenhangende beïnvloedbare factoren die tot een probleem leiden of een probleem in stand houden.

Voorbeeld

Secundaire doel:

In de forensische psychiatrie waar in de multidisciplinaire behandeling het primaire doel de preventie van een recidive is, kan een secundair doel zijn: de cliënt kan na tien weken aangeven wanneer de stress bij hem oploopt.

A**Subdoelen**

Subdoelen zijn nadere concretisering van het hoofddoel. Subdoelen dragen bij aan het bereiken van het hoofddoel. Als de subdoelen zijn gerealiseerd is het hoofddoel bereikt.

Subdoelen kunnen worden onderverdeeld in *nevendoelen* en *voorwaardelijke* doelen. Bij nevendoelen maakt de volgorde in tijd niet uit. Bij voorwaardelijke doelen speelt de volgorde wel een rol.

Voorwaardelijke doelen dienen gerealiseerd te worden voordat andere doelen bereikt kunnen worden. Geef aan wanneer het bij een subdoel een voorwaardelijk doel betreft.

Voorbeeld

Samenhang tussen algemeen behandeldoel en de hoofd- en subdoelen van de vaktherapeutische interventie:

Algemeen behandeldoel

Afname van het recidiverisico op agressief gedrag.

Hoofddoelen voor psychomotorische therapie

De patiënt:

- Kan aan het eind van de behandeling (tien sessies) verschillende sensaties van eigen lichaam onderscheiden en daar woorden aan geven;
- Kan aan het eind van de behandeling (tien sessies) verschillende interne emotionele toestanden bij zichzelf en bij anderen signaleren en daar woorden aan geven.

Subdoelen voor psychomotorische therapie

De patiënt:

- Kan na drie sessies de basale lichamelijke sensaties, zoals verhoogde hartslag, toenemende spierspanning, verhoogde ademhaling en oplopende lichaamstemperatuur bij zichzelf waarnemen wanneer ze optreden;
- Kan na vijf sessies eigen lichamelijke sensaties bij oplopende spanning benoemen en bij anderen opmerken;
- Kan na acht sessies met woorden betekenis geven aan lichamelijke sensaties en de verbinding leggen met interne emotionele toestanden.

Tip



Check op samenhang: primaire en secundaire doelen staan in verbinding met beïnvloedbare factoren van hoofdstuk 7: Onderbouwing van de Interventie-aanpak.

5. Beschrijving van de interventie-aanpak

Inleiding op het schrijven

De interventie-aanpak staat in relatie tot de doelen en dient tot realisatie van deze doelen. Het betreft hier de beschrijving van de manier waarop de doelen worden bereikt.

In de productbeschrijving is dit onderdeel beknopt van aard. Werkvormen, activiteiten en materiaal worden globaal beschreven; de lezer krijgt een algemene indruk van de inhoud van de interventie. In een module is deze beschrijving veel specifiek van aard.

A 5.1 Architectuur van de interventie

(Onderdelen, volgorde, frequentie, intensiteit en duur)

Hier dient te worden beschreven hoe de interventie is opgebouwd. Een interventie kan bestaan uit een aantal fasen (bijvoorbeeld: beginfase, middenfase, eindfase) of een vast of variabel aantal sessies, vaste of variabele onderdelen.

Aantal bijeenkomsten (twintig sessies), duur van de bijeenkomsten (bijvoorbeeld drie kwartier), intensiteit (bijvoorbeeld: een keer per week) kunnen vastliggen.

Wanneer duur en aantal sessies variabel is, geef dan een gemiddelde aan of wat gebruikelijk is.

A 5.2 Inhoud van de interventie

5.2.1 Concrete activiteiten

Geef een beschrijving van de concrete activiteiten die worden uitgevoerd om de doelen te verwezenlijken en geef aan in welke volgorde dit geschiedt.

Wanneer de interventie uit verschillende fasen of onderdelen bestaat, geef dan een (samenvattende) beschrijving van de werkwijze per fase.

Geef, waar mogelijk, ook de gebruikelijke tijdsduur of aantallen sessies per fase aan.

Geef aan, indien van toepassing, welke onderdelen van de activiteitenbeschrijving verplicht zijn en welke optioneel.

De beschrijving dient concreet te zijn zodat de lezer zich een beeld kan vormen van wat er binnen de betreffende vaktherapeutische interventie gedaan wordt en hoe. Het is echter niet nodig een uitputtende lijst van activiteiten te beschrijven.

Toelichting op bovenstaande aangaande de verschillende Interventiebeschrijvingsvormen:

PB **P+** Bij een product worden de activiteiten (per fase) samengevat en met een of twee concrete voorbeelden geïllustreerd. Belangrijk is om bij de productvorm te gaan naar de kern van de interventie: welke oefeningen/werkvormen of technieken behoren tot de succesvolle onderdelen van de interventie?

MB **M+** In een module kunnen activiteiten concreter beschreven worden en mogen ook meer voorbeelden gegeven worden. Tevens is het mogelijk om in een bijlage bij een module de inhoud van de sessie(s) meer gedetailleerd te beschrijven, zonder dat het al aan de eisen van een protocol voldoet.

A 5.2.2 Rol van de therapeut

Het betreft hier de positie die de therapeut gaat innemen alsmede een specifieke attitude. De effectiviteit van de interventie wordt mede bepaald door de positie die de therapeut inneemt ten opzichte van de cliënt. Het betreft hier met name *wat* een therapeut doet in de therapeutische relatie. De therapeutische attitude betreft *hoe* de therapeut de gekozen manier van werken daadwerkelijk uitvoert. Indien de rol van de therapeut per fase in het therapieproces verschilt, dan dient deze per fase beschreven te worden.

Voorbeeld

Rol van de therapeut:

In een product muziektherapie wordt de rol van de therapeut als volgt beschreven:

- De cliënten hebben door cognitieve beperkingen behoefte aan structuur en duidelijkheid van buitenaf. Dit zorgt voor houvast en veiligheid. De muziektherapeut biedt structuur door:
 - Vast te houden aan de terugkerende sessie-indeling;
 - Zowel het verbale als het muzikale verhaal van de cliënt te structureren door helder samen te vatten;
 - Tijdens de muzikale improvisatie te zorgen voor een 'grounding' (Bruscia, 1987), een muzikale basis. De therapeut speelt bijvoorbeeld een doorgaande maat op een slaginstrument waarbinnen de cliënten kunnen variëren;
 - Het groepsproces onopvallend te ondersteunen. Dit gebeurt middels het ondergaan van cognitieve tekorten van een cliënt, door bijvoorbeeld het geven van een geschikt muziekinstrument (de cliënt die de neiging heeft tot overstemmen, krijgt een zacht klinkende trommelstok).
- Naast het geven van structuur is empathie belangrijk. De muziektherapeut leeft zich in de gevoelswereld van de cliënt in. Hierdoor kan de therapeut de emoties van de cliënt muzikaal verklanken, de cliënt zo bevestigen en een deel laten uitmaken van de groepsimprovisatie.
- De muziektherapeut lokt muzikale zelfexpressie uit door muzikale uitlokkingstechnieken te gebruiken en technieken als *holding* en *doubling* om emoties te onderzoeken (Bruscia, 1987). Door de techniek *introducing change* buigt de therapeut het muzikale spel (en de analoge psychische processen) ten slotte om naar een positievere stemming.

(Raven-De Vries, 2014)

Tip



Tip bij het schrijven: check de samenhang tussen therapeutische attitude en

1. de doelgroep (hoofdstuk 2);
2. doelen (hoofdstuk 3);
3. de beschrijving van de interventie-aanpak die moet leiden tot de realisatie van de doelen (hoofdstuk 4) en
4. de behandelvisie (hoofdstuk 6).

Deze onderdelen van de interventiebeschrijving zijn sterk samenhangend. De therapeutische attitude en gekozen werkvormen dienen congruent te zijn met de gekozen werkwijze en behandelvisie bij de betreffende doelgroep.

A

5.2.3 Materialen

Welke (vaktherapie)specifieke materialen zijn nodig voor de betreffende interventie?

Wanneer het materiaalgebruik per fase verschilt dan dient dit per fase opgenomen te worden in de beschrijving. Indien er 'huiswerk' wordt gegeven, noem dan waar het huiswerk uit bestaat.

Wordt er gebruikgemaakt van formulieren of vragenlijsten zoals een activiteitenformulier, 24-uursregistratieformulier en dergelijke, vermeld dan waar deze verkrijgbaar zijn.

Maak melding van testen, scorelijsten, observatielijsten, registratieformulieren en andere die gehanteerd worden voor de evaluatie van de individuele deelnemer. Geef van de gehanteerde testen, scorelijsten en formulieren de betrouwbaarheid en validiteit aan.

Tip



In een behandeling wordt er middels de interventie-aanpak gewerkt van probleem naar behandel-effect. De doelen vormen hierin een belangrijk ijkpunt. Vormt de interventie-aanpak een logische verbinding tussen probleem en de gestelde SMART-doelen?.

6. Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

A Inleiding

In de onderbouwing wordt uiteengezet waarom deze interventie-aanpak zou kunnen werken om specifieke *doelen* te bereiken, binnen de gegeven *context*, bij deze *cliënt/doelgroep* met een bepaald *probleem* (deze 'ketting' wordt ook wel de *interventie-theorie* genoemd).

Er wordt allereerst een analyse op het ontstaan van het probleem beschreven (6.1 'welke factoren veroorzaken het probleem'). In 'Factoren die door middel van de interventie aangepakt, behandeld of beïnvloed worden' (6.2) wordt beschreven op welk van de factoren de interventie zich richt. Het is immers mogelijk dat niet alle factoren (door vaktherapie) beïnvloedbare factoren zijn. Eveneens is het mogelijk dat een interventie zich richt op een enkele of een aantal van de te beïnvloeden factoren.

Vervolgens wordt onder het kopje 'Theoretische verantwoording' (6.3) onderbouwd dat met de gekozen aanpak de specifieke doelen kunnen worden bereikt.

In de productbeschrijving is de onderbouwing van een hoger abstractieniveau en daardoor ook beknopter dan in de modulebeschrijving. Dit wordt bereikt door in de productbeschrijving concrete voorbeelden achterwege te laten terwijl in de modulebeschrijving het betoog met voorbeelden geïllustreerd wordt.

Onderscheid in niveaus: Basis en Plus

Er worden verschillende eisen gesteld aan de onderbouwing van de interventiebeschrijving wat betreft het niveau Basis en niveau Plus.

PB **MB** Bij de *Basisinterventiebeschrijving* is de interventietheorie solide beschreven. Dit betekent dat ieder interventieonderdeel helder beschreven is, en er daarnaast een aannemelijke samenhang beschreven is tussen de doelen en de interventie-aanpak.

De verschillende kernonderdelen (de doelgroep, de doelen, de interventie-aanpak, de randvoorwaarden) van de interventiebeschrijving zijn uitgewerkt en staan in logische verbinding met elkaar.

In de theoretische uiteenzetting wordt een aanzet gegeven tot onderbouwing van de interventiebeschrijving. In de onderbouwing wordt melding gemaakt van enige wetenschappelijke literatuur die bijdraagt aan een *veronderstelde* werkzaamheid van de interventietheorie.

De criteria voor niveau Basis samengevat:

- Elk interventieonderdeel is helder en accuraat (conform eisen aan het betreffende onderdeel) beschreven;
- Binnen de interventiebeschrijving bestaat een duidelijke samenhang tussen de verschillende interventieonderdelen: alle onderdelen zijn logisch verbonden;
- Doelen (SMART) en interventie-aanpak zijn in goede samenhang beschreven;
- De werkzame elementen zijn beschreven en staan in relatie tot de beïnvloedbare factoren;
- Er wordt een aanzet gegeven tot theoretische onderbouwing op de vermoedelijk werkzame factoren (bronvermelding).



Bij de *Plus-interventiebeschrijving* is de interventietheorie eveneens solide beschreven.

Echter, de theoretische onderbouwing van de werkzaamheid van de interventie-aanpak is nu niet, zoals beschreven bij niveau Basis, een *veronderstelde* werkzaamheid, maar de werkzaamheid wordt door de opgevoerde theorie en onderzoek *aannemelijk* gemaakt. De theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak geeft onderbouwing voor inhoudelijke werkzame elementen, dat zijn precies die specifieke technieken en methoden die verantwoordelijk zijn voor de resultaten van de interventie.

De onderbouwing kan gebaseerd zijn op diverse vormen van zowel goed uitgevoerd kwantitatief en/of kwalitatief onderzoek alsook theoretische uiteenzettingen zoals interventietheorieën die inzicht kunnen geven in de mogelijk werkzame methoden, technieken en mogelijke onderliggende, verklarende mechanismen (hoe werkt het?) van de interventie-aanpak.

Kwantitatieve (nationale en internationale) onderzoeken uitgevoerd op dezelfde doelen, dezelfde doelgroep en met aantoonbaar vergelijkbare interventie (werkwijze, principes, werkzame mechanisme(n) en/of elementen), geven een mate van effectiviteit in de praktijk aan, waarbij aangetoond wordt dat een interventie niet alleen in theorie maar ook in de praktijk werkt. Een goede interventietheorie waarin de werkzame elementen worden onderbouwd met bronvermeldingen is van groot belang voor eventueel verder effectonderzoek.

De criteria voor niveau Plus samengevat:

- Elk interventieonderdeel is helder en accuraat beschreven;
- Binnen de interventiebeschrijving bestaat een duidelijke samenhang tussen de verschillende interventieonderdelen: alle onderdelen zijn logisch verbonden;
- Doelen (SMART) en interventie-aanpak zijn in goede samenhang beschreven;
- Er is een duidelijke analyse van het probleem met de factoren die het probleem veroorzaken, onderbouwd met literatuur (bronvermeldingen);
- Er is duidelijk uiteengezet welke factoren via de interventie worden behandeld, onderbouwd met literatuur (bronvermeldingen);
- De werkzame elementen worden uiteengezet en de onderbouwing wordt verantwoord, gebaseerd op kwalitatief en/of kwantitatief onderzoek dan wel theoretische of empirische uiteenzettingen (bronvermeldingen).

A

6.1 Welke factoren veroorzaken het probleem?

In de onderbouwing wordt de problematiek (hoofdstuk 2) van de doelgroep verder geanalyseerd door een beschrijving te geven van verschillende factoren die een rol spelen bij deze problematiek. Die factoren hangen samen met de theoretische visie op het probleem. Bijvoorbeeld: vanuit een systeemtheoretische visie kan er een onderscheid gemaakt worden tussen biologische, psychische of sociale factoren.

Er kunnen factoren zijn die invloed hebben op het ontstaan en het beloop van de problemen zoals:

- voorbeschikkende factoren (bijvoorbeeld: een perfectionistische levensstijl);
- uitlokkende factoren (bijvoorbeeld: sterfgeval in de directe nabijheid, scheiding);
- factoren die de problematiek in stand houden of verergeren;
- therapiebelemmerende factoren.

Waar mogelijk beschrijft u ook hoe de interactie tussen de verschillende factoren een bijdrage heeft geleverd aan het ontstaan van de problematiek van de doelgroep.

Als er sprake is van een algemene theorie of een algemeen model, werkt u dit verder uit in de verantwoording onder het kopje theoretisch referentie kader (6.3).

Voorbeeld

Oorzaken van agressie:

‘De Castro stelt (Gevers, 2010) dat reactieve agressie het gevolg is van een interactie tussen omgevings- en neurobiologische factoren. Hij noemt aandachtsproblemen, een moeilijk temperament, armoede en een dwingende opvoeding als risicofactoren. Met name het zelf slachtoffer zijn van fysieke mishandeling vormt bij kinderen een ernstig risico voor het optreden van reactieve agressie (Shields & Cicchetti, 1998).

Reactieve agressiehanteringsproblematiek hangt vaak samen met problemen in het hanteren van emoties in bredere zin. Volgens Shields en Cicchetti (1998) is sprake van stoornissen op verschillende gebieden zoals op het gebied van de intensiteit van de emoties, verminderde empathie en het optreden van ongepaste affectieve ervaringen en emotionele uitingen.’

(Uit: Van den Bos, 2013)

In de analyse dient duidelijk te worden welke factoren beïnvloedbaar zijn en welke niet. Genetische of neurobiologische factoren zoals bijvoorbeeld niet-aangeboren hersenletsel zijn waarschijnlijk moeilijk of niet beïnvloedbaar. Mogelijkerwijze is het bestaan van niet-beïnvloedbare factoren zelfs een contra-indicatie voor het toepassen van een bepaalde interventie. Bij de behan-

deling van slachtoffers van huiselijk geweld is het bijvoorbeeld een randvoorwaarde dat het huiselijk geweld gestopt is of dat de dader in het systeem bereid is zich te laten behandelen. Aan de andere kant kunnen er in dit samenspel van factoren ook factoren aanwezig zijn die in het kader van de behandeling ingezet zouden kunnen worden als bescherming of om de problematiek te verminderen. In het genoemde voorbeeld van huiselijk geweld kan er wellicht in het kader van de behandeling een beroep gedaan worden op familie of een aanwezig sociaal netwerk.

A 6.2 Factoren die door middel van de interventie aangepakt, behandeld of beïnvloed worden

Er dient beschreven te worden op welke van de hierboven beschreven factoren de interventie aansluit en in hoeverre de problematiek van de doelgroep hierdoor behandeld wordt. Eventueel wordt er aan de hand van deze analyse een onderverdeling gegeven in hoofddoelen en subdoelen. Mogelijkerwijze worden onder 6.1 (*Welke factoren veroorzaken dit probleem?*) factoren genoemd die van invloed zijn op de problematiek, maar niet middels deze interventie behandeld worden.

Tip



Tip bij het schrijven: Check 'te behandelen factoren' met 'doelen'

In een interventiebeschrijving hangen de delen onderling nauw met elkaar samen. Het is raadzaam om tijdens het schrijven met enige regelmaat de samenhang van de interventie na te gaan.

Check: Zijn de doelen van de interventie in samenhang geschreven met de te behandelen factoren?

Tip



Tip bij het schrijven: Check de 'probleembeschrijving' en 'de onderbouwing'

Check de onderdelen op samenhang.

A

6.3 Theoretische verantwoording

Na de analyse van de verschillende factoren die een rol spelen bij deze problematiek uitmondend in een of meerdere doelen, is de volgende stap het beargumenteren van de gemaakte keuzes vanuit een theoretische kader en wetenschappelijk onderzoek.

Zowel op niveau Basis als op het niveau Plus wordt deze keuze verantwoord vanuit één of meerdere bestaande theoretische referentiekaders. Aan de hand van deze analyse wordt beargumenteerd waarom gekozen is voor de in het product of de module beschreven interventie.

6.3.1 Theoretische referentiekaders

Er zijn verschillende theoretische kaders aan de hand waarvan deze analyse gemaakt kan worden. In het betoog dient aannemelijk gemaakt te worden waarom gekozen is voor een of meerdere theoretische referentiekaders gezien de analyse van de problematiek van deze doelgroep en de gekozen interventie. Als de interventie deel uitmaakt van een multidisciplinaire behandeling van de problematiek, sta dan ook stil bij het theoretisch referentiekader van waaruit er multidisciplinair gewerkt wordt.

Voorbeeld

Theoretische referentiekaders:

Psychoanalytische modellen, neurowetenschappelijke modellen, socialisatie-theorieën, sociale-ontwikkelingstheorie, gedragstherapeutische modellen, *salutogenic model*, sociaal-cognitief stresstheoretisch model, systeemtheorie et cetera.

6.3.2 Vaktherapeutische behandelvisie

Vaktherapieën werken ervaringsgericht. In dit onderdeel van de onderbouwing wordt de vaktherapeutische behandelvisie van waaruit de interventie plaatsvindt geëxpliciteerd. Het is belangrijk om naast het meer algemene theoretische referentiekader, dat ook van toepassing kan zijn op andere therapeutische interventies, de specifieke vaktherapeutische behandelvisie te beschrijven.

Deze visie dient in relatie te staan met zowel doelgroep, probleem als werkzame elementen.

Voorbeeld

PMT LECS in context:

Een volgens Hekking en Fellingner (2011) in de psychomotore therapie veel gehanteerd werkmodel is de analyse van gedrag in verschillende componenten die ‘ in onderlinge verwevenheid naar voren komen: lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale aspecten die zich voordoen in een specifieke context. Deze aspecten worden kortweg aangeduid als LECS’ (pag. 59).

PB

MB

6.3.3 Praktijkervaring

Op niveau Basis van de product- of modulebeschrijving volstaat het om de onderbouwing van de interventie vanuit het theoretische referentiekader en de specifieke behandelvisie nader te illustreren vanuit de praktijk.

P+

M+

6.3.4 Wetenschappelijk onderzoek

Op niveau Plus wordt naast onderbouwing vanuit een theoretisch referentiekader ook gebruikgemaakt van wetenschappelijk onderzoek waarmee de werkzaamheid van de interventie aannemelijk gemaakt wordt dan wel wordt aangetoond.

In veel gevallen zal er nog geen wetenschappelijk (empirisch) onderzoek zijn verricht naar de door u beschreven interventie. Wanneer dergelijk onderzoek niet voorhanden is, dient u dus op een andere manier aannemelijk te maken dat de door u beschreven processen zouden kunnen werken. Hiervoor kunt u bij veronderstelde relevantie gebruikmaken van wetenschappelijk (empirisch) onderzoek naar deelgebieden van de door u beschreven interventie, zowel binnen eigen alsook andere (vaktherapeutische) disciplines. U kunt bijvoorbeeld gebruikmaken van wetenschappelijk onderzoek naar deelgebieden en referentiekaders van andere disciplines. De aard en de kwaliteit van de geraadpleegde bronnen die u gebruikt voor de onderbouwing van uw interventie zullen daarbij begrijpelijkerwijs van invloed zijn op het niveau van uw interventiebeschrijving.

P+

M+

6.3.5 Werkzaamheid in de praktijk

Als er al onderzoek gedaan is naar de werkzaamheid van de interventie, beschrijf hier dan de resultaten. Maak inzichtelijk in hoeverre de huidige interventie afwijkt van de onderzochte interventie en wat de overwegingen zijn die tot deze keuze geleid hebben.

Het geniet de voorkeur om het betoog te illustreren met voorbeelden uit de praktijk, teneinde het specifieke van vaktherapeutische interventies naar voren te brengen.

Indien er geen onderzoek is gedaan die de werkzaamheid van de interventie ondersteunt, vermeld hier dan ‘geen gegevens bekend’.

A

6.4 Werkzame elementen

In de literatuur worden verschillende termen gebruikt om weer te geven welk onderdeel van een therapeutische interventie absoluut niet kan ontbreken zonder de werkzaamheid aan te tasten. In dit raamwerk is gekozen – in navolging van het RIVM Centrum gezond leven – voor de term *werkzame elementen* (Van Dale, Lanting & Van Delden, 2015). Zij beschrijven, gebaseerd op Wartna, Vaandrager, Wagemaker & Koelen (2012), werkzame elementen als volgt:

‘Werkzame elementen zijn onderdelen van een interventie die ervoor zorgen dat die specifieke interventie de gewenste uitwerking heeft. Werkzame elementen zijn gekoppeld aan de doelen van de interventie, moeten aansluiten bij de doelgroep en moeten bijdragen aan een goede uitvoering van de interventie. Een (goede) combinatie van werkzame elementen maakt de interventie effectief. Belangrijk zijn zowel de inhoudelijke elementen die voortkomen uit de theorie/onderzoek/literatuur als ook de praktische elementen/ uitvoering-aspecten die betrekking hebben op de context van een interventie.’ (Van Dale e.a, 2015, p 200)

Bij het beschrijven van de werkzame elementen wordt eerst uiteengezet uit welke onderdelen de interventie is opgebouwd en hoe dit bij de voorafgaande analyse aansluit.

Hier wordt verduidelijkt wat er in de interventie gedaan wordt, wat de samenhang is met de vaktherapeutische discipline en hoe er vanuit deze discipline gekozen is voor verschillende onderdelen van de interventie. Daarbij kan gedacht worden aan werkvormen, activiteiten, materiaal, rationale en therapeutische attitude, en hun relatie met de gestelde doelen. Daarna wordt de veronderstelde werkzaamheid aannemelijk gemaakt.

M+

6.5 Samenvatting

Beschrijf in één tot drie zinnen de samenhang tussen doelgroep en probleemanalyse, indicaties, doel en interventie. Verwijs daarin kort naar de gebruikte onderzoekgegevens en literatuur.

7. Randvoorwaarden en kosten

In dit deel van de interventiebeschrijving draait het vooral om de vraag: wat is nodig om de interventie daadwerkelijk uit te kunnen voeren en voor toepassing binnen welke organisatie is deze bedoeld? Dit betreft zowel de materiële als de contextuele voorwaarden. Daarnaast zijn er mogelijk voorwaarden waaraan de cliënt dient te voldoen om te kunnen deelnemen aan deze interventie.

A

7.1 Uitvoering

7.1.1 Materialen

- Welke materialen zijn beschikbaar voor de werving? Voeg mogelijkerwijs folders voor cliënten en verwijzers aan de interventie toe;
- Welke materialen zijn beschikbaar voor toepassing bij migranten? Vermeld eventueel ook of er aparte materialen zijn en zo ja welke;
- Is er een handboek, een protocol, beeldmateriaal? Noem ook eventuele links naar relevante websites, rapporten of andere bestanden.

7.1.2 Organisatorische randvoorwaarden

- Aan welke eisen dient de accommodatie te voldoen (afmetingen en soort accommodatie)?
- Welke overige materialen, niet-vaktherapiespecifiek, zijn noodzakelijk voor de uitvoering van deze interventie? Denk hierbij aan bijvoorbeeld de aanwezigheid van tafels of audiovisuele middelen.
- Welke vakspecifieke materialen zijn noodzakelijk (bijvoorbeeld spel- en oefenmaterialen)?
- Is er speciale (sport)kleding of schoeisel nodig?
- Is er beschermingsmateriaal nodig?
- Kan deze interventie alleen worden aangeboden binnen een multidisciplinaire context?

7.1.3 Randvoorwaarden voor de cliënt

- Wordt de aanwezigheid van een ondersteunend systeem vereist?
- Is de beheersing van de Nederlandse taal voorwaarde voor deelname?
- Wordt een bepaalde frequentie van deelname vereist?
- Dient hij eerdere interventies te hebben gevolgd?

A 7.2 Opleiding en competenties

Worden er speciale kwaliteiten of kenmerken gevraagd waaraan de therapeut(en) dien(t)(en) te voldoen om deze interventie te mogen toepassen? Het gaat om de volgende vragen:

- Welk opleidingsniveau en welke kennis en ervaring, training, certificering, licenties en/of supervisie van de therapeut(en) is vereist voor het kunnen uitvoeren van deze interventie?
- Is een specifieke aanvullende training vereist om deze interventie te kunnen uitvoeren, zo ja welke?
- Aan welke competenties of voorwaarden dient de therapeut te voldoen gezien de specifieke kenmerken van de doelgroep (zoals bijvoorbeeld geslacht, leeftijd, culturele achtergrond)?
- Is er voorkeur voor een man of vrouw als therapeut bij de module of beide?
- Moet de module gegeven worden door een of meer therapeuten?
- Hoe is de rolverdeling tussen de therapeuten?

A 7.3 Kosten van de interventie

Wat zijn de kosten van de uitvoering? Noem zo mogelijk kosten van licentie, materiaal, trainingen, kwaliteitsbewaking.

Vermeld het jaartal waarvoor de prijzen gelden.

Noem ook de tijdinvestering van betrokken professionals (uitvoering en coördinatie).

A 7.4 Locatie en uitvoerders

Beschrijf hier op welke plaats de interventie plaatsvindt: op de afdeling, bij iemand thuis, of in een speciaal daarvoor ingerichte ruimte zoals een ruimte of gebouw voor psychomotorische therapie.

Vermeld ook wie de interventie uitvoert, en of daar andere partijen bij betrokken zijn, zoals bijvoorbeeld het systeem van de cliënt, reclasseringsmedewerker.

Beschrijf ten slotte hoe partijen onderling samenwerken.

MB **M+** 7.5 Kwaliteitsbewaking

Hoe worden de kwaliteit en de integriteit van de interventie bewaakt, dat wil zeggen: hoe wordt gecheckt of er in de interventie ook daadwerkelijk gebeurt wat er beschreven is?

Beschrijf wat wordt gedaan aan kwaliteitsbewaking en door wie dit wordt gedaan (wie hiervoor verantwoordelijk is).

8. Subtypen

A Een subtype betreft eventuele variaties van/op het beschreven product. Gedacht moet worden aan een open of gesloten variant, een groepsvariant, of juist een individuele variant, een sekse- of leeftijdsspecifieke variant, enzovoort. Er kan volstaan worden met enkel het aangeven van de variant, aanpassingen van het product hoeven hier niet te worden beschreven. Wanneer de interventie in de huidige vorm ook kan worden uitgevoerd bij andere doelgroepen, kan dat hier worden vermeld.

Let op! Het gaat hier slechts om varianten, vermeld hier niet compleet nieuwe producten.

9. Ontwikkelgeschiedenis

Inleiding: Relevantie

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de relevantie van het ontwikkelen van de betreffende interventiebeschrijving.

A 9.1 Betrokkenheid van de doelgroep

Is de doelgroep betrokken geweest bij de ontwikkeling van de interventie, en, indien van toepassing, op welke wijze is dit gebeurd?

Een doelgroep kan op verschillende manieren betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van een interventie. Dat kan bijvoorbeeld in de vorm van interviews, focusgroepen, vooronderzoek naar doelgroep of behoefteanalyses.

Bij patiëntendoelgroepen kan gedacht worden aan patiëntenverenigingen, cliëntenraden of cliënt-vertegenwoordigers.

M+ 9.2 Betrokkenheid van experts

Zijn (vaktherapeutische) experts betrokken geweest bij de ontwikkeling of bij de beoordeling van de beschreven interventie? Beschrijf dan op welke wijze dit is gebeurd.

Experts kunnen op verschillende manieren betrokken zijn geweest bij het tot stand komen of de beoordeling van de interventie, bijvoorbeeld bij de interpretatie van de kwaliteit van data, onderzoeksgegevens, bij de beoordeling van de werkzaamheid van de interventie vanuit ervaring met de betreffende interventie.

M+ 9.3 Vergelijkbare interventies in Nederland

Mogelijk is de interventiebeschrijving voortgebouwd op een reeds bestaande interventiebeschrijving of worden er in Nederland vergelijkbare interventies uitgevoerd. Indien bekend dienen deze te worden vermeld.

Een vergelijkbare interventie is een interventie voor een doelgroep met eenzelfde problematiek en eenzelfde type aanpak. Een vergelijkbare interventie kan ook een variant betreffen op de onderhavige interventie met bijvoorbeeld aanpassingen wat betreft een specifieke context, aanpassingen op bepaalde kenmerken van de doelgroep, eenzelfde interventie die elders in het land wordt uitgevoerd onder een andere naam.

Ook kunnen vergelijkbare interventies op verschillende plekken door verschillende instellingen/eigenaars ontwikkeld zijn.

M+

9.4 Basing op een buitenlandse interventie

Indien de interventie gebaseerd is op een buitenlandse interventie dient hier beschreven te worden op welke interventie. Vermeld de naam van de interventie en geef een beschrijving van de buitenlandse context. Beschrijf de doelen en beoogde effecten van de betreffende interventie. Hier dient tevens beschreven te worden welke wijzigingen zijn aangebracht om de interventie toepasbaar te maken op de Nederlandse situatie en de betreffende behandelcontext.

Overeenkomsten en verschillen

Geef puntsgewijs achtereenvolgens de belangrijkste overeenkomsten en verschillen aan.

Gedacht kan worden aan leeftijd en andere kenmerken van de doelgroep, de persoonsbenadering (individueel, in een groep, een combinatie van een individuele en groepsbenadering), duur, frequentie en intensiteit, opzet/fasering van de aanpak, gebruikte materialen, randvoorwaarden, gegevens uit onderzoek (effectstudies, onderzoek naar uitvoering) kosten.

M+

9.5 Toegevoegde waarde van de interventiebeschrijving

Beschrijf wat **de vaktherapie**-meerwaarde is van de onderhavige interventiebeschrijving ten opzichte van de al beschreven vergelijkbare interventies. Wanneer onder 9.2 en 9.3 andere interventies beschreven zijn, voeg hier dan de specifieke toegevoegde waarde toe van de in dit product of deze module beschreven vaktherapeutische interventie.

10. Gebruikte literatuur

A Verwijzingen in de tekst en de literatuurlijst aan het eind van de interventie dienen conform de eisen aan literatuurverwijzing gesteld door de *American Psychiatric Association* (APA), met aanpassing aan Nederlandse gebruiken Poelmans en Severijnen (2013). De CPMO volgt hiermee, als commissie van de FVB, de eisen zoals gesteld door het *Tijdschrift voor vaktherapie* van de FVB. Voor uw gemak zijn de door het *Tijdschrift voor vaktherapie* gehanteerde richtlijnen integraal opgenomen (zie bijlage 2).

11. Format: Eisen betreffende de opmaak

A Hieronder vindt u de technische eisen ten aanzien van de opmaak waaraan een ingezonden interventie dient te voldoen.

Toelichting bij het productformat:

De maximale lengte van een product Basis en een product Plus is respectievelijk vierenhalf en vijf pagina's.

- Het gehanteerde lettertype is Arial 12 voor de kop en Arial 10 voor de tekst;
- Lettertype voor de voettekst: Arial 8;
- Het vakgebied wordt in hoofdletters vermeld;

Voorbeeld

voettekst:

PRODUCT BASIS BEELDENDE THERAPIE [Arial 8, hoofdletters] – Beeldende therapie voor psychiatrische patiënten in detentie om deviant gedrag tegen te gaan. [Arial 8, kleine letters]

- Voetnoten en eindnoten Arial 8;
- Na het kopje 'Zorgtype' dient geen spatie te worden gebruikt, maar een tab;
- Tussen de subkoppen en de onderliggende tekst wordt geen witregel geplaatst;
- De tekst dient niet te worden uitgevuld;
- Marges: eerste pagina: 5 cm boven, 2,5 links en 2 rechts, 1,5 onder;
- Marges: vervolgpagina's 2,5 cm boven, 2,5 links en 2 rechts, 1,5 onder;
- De tekst niet laten inspringen: de linkermarge is overal gelijk;
- Bij opsommingen worden *bulletpoints* gebruikt. Een puntkomma [;] na elke zin van de opsomming en een punt na de laatste zin.

A Bij publicatie bestaat de mogelijkheid om in de rechterbovenhoek van het product een instellings- of praktijklogo te plaatsen, naast het logo van de FVB en de betreffende beroepsvereniging.

Wanneer de auteur kiest voor het plaatsen van een logo dient dit afzonderlijk van het product of de module in een digitaal bestand te worden meegezonden.

12. Geldigheidsduur van de interventiebeschrijving

De CPMO van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen hanteert voor de houdbaarheidstermijn van de interventie vijf jaar vanaf de datum van publicatie. De interventiebeschrijving dient niet gezien te worden als een statisch 'product' maar kan door de ontwikkelingen en inzichten in praktijk en wetenschap regelmatig worden aangepast teneinde aan kwaliteitsverbetering en kennisontwikkeling van de vaktherapeutische discipline tegemoet te komen.

Literatuur

Aarts, A.G, Appels, S. & Houben, C. (2015). *Psychomotorische groepstherapie voor jongeren (12-18 jaar) met Anorexia Nervosa, gericht op het vergroten van de motivatie voor behandeling, op psycho-educatie en op het herontdekken van het eigen lijf*. Utrecht: Federatie voor Vaktherapeutische beroepen.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*. Amsterdam: Boom.

Beek, R. van der (2010). *Productontwikkeling als Product*. [niet-uitgegeven Paper Module professionalisering Master of Arts Therapies, Heerlen].

Belderbos, C. (2014). *Spelen, Leren, Communiceren: Muziektherapie voor mensen met een ernstige meervoudige beperking ter bevordering en stimulering van zelfexpressie en communicatie, waarbij ook de communicatie partners worden betrokken*. Utrecht: Federatie voor Vaktherapeutische beroepen.

Bogert, C. van den, Buma, F., Lange, S. de, Voort, F. van der & Thé, R. (2015). *Vaktherapie-PMT in groepsverband ter vermindering van teruggetrokken en passief gedrag bij ouderen*. Utrecht: Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen.

Bos, K. van den (2013). *De kracht van de krijger. Behandeling van agressiehanteringsproblematiek in de forensische psychiatrie door middel van psychomotorische therapie in de groep*. Utrecht: Federatie voor Vaktherapeutische beroepen.

Buster, M, Kienhuis, L. & Wessling T. (2014). *De toepassing van blues binnen muziektherapeutische groepstherapie voor het verminderen van depressieve klachten bij ouderen*. Utrecht: Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen.

Dale, D. van, Lanting, L. & Delden, J. van. (2015). *Werkzame elementen, is dat de toekomst? Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 93(6), pp 199-201*.

Dokkum, A. van (2011). *Van overleven naar leven. Individuele ontwikkelingsgerichte muziektherapie voor volwassen psychiatrische cliënten met autonomieproblematiek*. Utrecht: Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen.

Fabius, M., Houten van, E., Kuin, F., Maliepaard, G., Mijster, C. & Boonstra, C. (1998). *Handleiding module-ontwikkeling voor Psychomotorische Therapie, conceptversie april*. S.l.: NVPMT.

Federatie Vaktherapeutische Beroepen/Commissie Product- en Moduleontwikkeling (2007). *Informatiepakket Productontwikkeling*. Utrecht: Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen.

Hattum, M. van & Hutschemaekers, G. (2000). *Vakwerk. Producttyperingen van vaktherapeuten voor het programma stemmingsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut. Hekking P. & Fellingner, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam: Boom.

Helmich, M. (2011). *Beeldende therapie voor psychiatrische patiënten in detentie om deviant gedrag tegen te gaan*. Utrecht: Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen.

Hutschemaekers, G. & Neijmeijer, L. (1998). *Beroepen in beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kuiper, C., Verhoef, J., Cox, K. & De Louw, D. (2008). *Evidence-based practice voor paramedici: Methodiek en toepassing*. Den Haag: Lemma.

Michels, F., Kind, E., Goffin, J., Tijssen, B., König, D. & Martens, B. (2015). *Van lijfelijk lijden naar je lichaam zorgvuldig begeleiden: PMT voor mensen met SOLK met als doel herstel en klachtvermindering*. Utrecht: Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen.

NVKT (2000). *Handleiding module-ontwikkeling voor creatieve therapie*. Utrecht: NVKT. Raven-De Vries (2014). *Emotieregulatie in groepsmuziektherapie voor volwassenen met niet-aangeboren hersenletsel*. Utrecht: Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen.

Veerman J.W. & Yperen, T.A. van (2008). *Wat is praktijkgestuurd onderzoek?* In T.A. van Yperen & J.W. Veerman (red.). *Zicht op effectiviteit: Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

Wartna J., Vaandrager L., Wagemakers A., Koelen M. (2012) *Er is geen enkel werkzaam principe dat altijd werkt. Een eerste verkenning naar het begrip 'werkzame principes'*. Wageningen: Wageningen Universiteit, Gezondheid en Maatschappij.

Yperen, T. van, Bijl, B. & Veerman, J.W. (2008). *Op weg naar veelbelovend*. In T.A. van Yperen, T.A. & J.W. Veerman (red.). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

Yperen, T. van, Rest, E. van & Vermunt, C. (1999). *Definitie van kernbegrippen: Programma's in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

Yperen, T. van & Steege, M. van der (2006). *Voor het goede doel. Werken met hulpverleningsdoelen in de jeugdzorg*. Amsterdam: SWP.

Yperen, T.A. van & Veerman J.W. (red.) (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

Bijlage 1:

Verklarende woordenlijst

Behandelplan: Een behandelplan, ook wel zorgplan, betreft het plan van behandeling, opgesteld voor de individuele patiënt (en zijn systeem). De inhoud betreft het voor de individuele patiënt georganiseerd concreet behandelaanbod, dat richtinggevend is aan de individuele behandeling. Een behandelplan wordt, waar mogelijk, opgesteld door behandelaar in samenspraak met de patiënt waarbij het uitgangspunt de individuele problematiek en hulpvraag van de patiënt is.

Consensus-based: Een interventiebeschrijving geniet het predicaat *consensus-based* wanneer in het traject van ontwikkelen/beschrijven van de betreffende interventie er door minimaal vijf expert-vaktherapeuten overeenstemming bereikt is over de inhoud ervan.

Expert vaktherapeut: Een therapeut met specifieke kennis betreffende beschreven discipline, werkwijze en doelgroep van de interventiebeschrijving.

Generiek: ook wel genoemd: **zorgprogramma-overstijgend**.: Een interventiebeschrijving is generiek wanneer de aanpak voor meer dan één aandoening of stoornis relevant en toepasbaar is en derhalve toegepast kan worden binnen verschillende zorgprogramma's.

Interventie-aanpak: Het geheel van planmatige en doelgerichte activiteiten, waarmee hulpverleners specifieke doelen nastreven voor en met cliënten(groepen) met een gespecificeerde hulpvraag, om zo een bijdrage te leveren aan het bevorderen en/of in stand houden van gezondheid en/of ontwikkeling, het bevorderen of in stand houden van welzijn, of de preventie van ziekte of ontwikkelingsachterstand. De interventie-aanpak kent een aantal vaste onderdelen, zijnde 1. de architectuur van de interventie, en 2. de interventie-inhoud met daarin: een beschrijving van de concrete activiteiten, de rol van de therapeut en de gehanteerde materialen. De interventie-aanpak vormt op zijn beurt een kernonderdeel van de Interventiebeschrijving Vaktherapie (zie hieronder).

Interventietheorie Een interventietheorie vormt een verklarende uiteenzetting waarom de genoemde interventie-aanpak bij de specifieke doelen, bij de betreffende doelgroep met een bepaalde klacht zou kunnen werken.

Module Een interventiebeschrijving waarin een passend behandelaanbod voor een specifieke groep patiënten vakinhoudelijk gedetailleerd wordt beschreven. Een module is met name geschreven voor vakgenoten en laat de professional de ruimte voor variatie en aanpassingen waar dit op grond van expertise geïndiceerd wordt geacht. Een module dient geschreven te zijn in het format van de CPMO/FVB en beslaat in lengte maximaal twintig pagina's.

Multidisciplinaire behandeling Behandeling waarbij meerdere behandel disciplines betrokken zijn en zorg/behandeling aanbieden aan een patiënt en gezamenlijk zorg dragen voor een afgestemde behandeling.

Product Een interventiebeschrijving waarin in grote lijnen de kern van een passend behandel aanbod voor een specifieke groep patiënten wordt beschreven.

Een product dient geschreven te zijn in het format van de CPMO/FVB en beslaat in lengte maximaal vierenhalve (Product Basis) en vijf pagina's (Product Plus).

Protocol Een voorschrift, onderbouwd door richtlijnen, wetgeving, beleid en ervaringen, dat tot doel heeft zorgverleners te ondersteunen bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handeling. Het beschrijft wat, wanneer en hoe de handeling gedaan dient te worden. De vrijheid van handelen is bij een protocol beperkt. Een protocol is veelal instellingsgebonden.

Richtlijn. Een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek en aangevuld met expertise en ervaring van zorgprofessionals en gebruikers. Een richtlijn maakt deel uit van de professionele standaard, bevat normatieve uitspraken en heeft mede daardoor een juridische betekenis. (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz)

Vaktherapeutische discipline of vakgebied Een specifieke vaktherapie, zijnde beeldende, dansdrama-, muziek-, psychomotorische therapie of psychomotorische kindertherapie.

Werkzame elementen De belangrijkste, essentiële onderdelen van een interventie die ervoor zorgen dat de specifieke interventie de gewenste uitwerking heeft. Werkzame elementen zijn gekoppeld aan de doelen van de interventie, moeten aansluiten bij de doelgroep en moeten bijdragen aan een goede uitvoering van de interventie. Een (juiste) combinatie van werkzame elementen maakt de interventie effectief. Het betreft hier inhoudelijk werkzame elementen, zoals (disciplinespecifieke) methoden of technieken, verantwoordelijk voor het effect van de interventie.

NB Elementen van praktische aard, ten behoeve van praktische uitvoering en implementatie, worden genoemd onder de randvoorwaarden.

Zorgpad De concretisering van een zorgstandaard. Een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep patiënten gedurende een gedefinieerd tijds kader. In essentie betreft het zorgpad het beslismodel dat gehanteerd wordt om de routing van patiënten door het proces te standaardiseren (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz). Zorgpaden zijn multidisciplinair en kunnen zowel klinische als transmurale processen bevatten.

Zorgprogramma Het geheel van gespecificeerde en op elkaar afgestemde activiteiten en maatregelen, gericht op het verlenen van bepaalde diensten met het doel bepaalde effecten te bewerkstelligen ten behoeve van een gespecificeerde groep.

(Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz). Een zorgprogramma wordt beschreven op doelgroepniveau waarbij de gemeenschappelijke problematiek en hulpvraag het uitgangspunt is. Daarnaast wordt de zorg beschreven die beantwoordt aan de zorgvraag. Een zorgprogramma wordt ook wel behandelingsprogramma genoemd.

Zorgprogramma-overstijgend Ook wel genoemd: **Generiek**. Een interventiebeschrijving is zorgprogramma-overstijgend wanneer de aanpak voor meer dan één aandoening of stoornis relevant is en toegepast kan worden binnen verschillende zorgprogramma's.

Zorgstandaard Een functionele beschrijving, zo mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde inzichten, van de noodzakelijke onderdelen van multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg (ook ondersteuning bij zelfmanagement) gedurende het gehele zorgcontinuüm, voor mensen met een bepaalde, chronische, ziekte, gezien vanuit de patiënt (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz). Een zorgstandaard geeft een overzicht van zorgbehoeften per fase van de zorg die nodig is. Een zorgstandaard geeft tevens de kwaliteitscriteria aan voor inhoud en organisatie van de zorg.

Bijlage 2

Voorschriften APA en schrijfwijzen Tijdschrift voor vaktherapie – november 2014

Het Tijdschrift voor vaktherapie sluit aan bij de spelling van het Witte Boekje en bij de regels over literatuurverwijzingen van de *American Psychiatric Association* (APA), aangepast aan de Nederlandse gebruiken. De redactie gebruikt de volgende bron: 'De APA-richtlijnen: Over literatuurverwijzing en onderzoeksrapportage' van Poelmans en Severijnen (2014). De voorbeelden komen deels hieruit, zijn deels overgenomen uit het Tijdschrift voor vaktherapie en deels fictief.

1. Literatuurverwijzingen in de tekst

Zorg ervoor dat u kernuitspraken uit uw artikel onderbouwt met goede verwijzingen. Op die manier maakt u duidelijk dat u het werk van anderen geraadpleegd hebt.

1.1. Verwijzing naar één auteur

U kunt op twee manieren in de tekst verwijzen naar het werk van één auteur.

Daarnaast constateerde Van der Velden (2007) dat ...

Beeldende therapie bij angststoornissen bleek effectief (De Boer, 1989).

1.2. Verwijzingen naar meerdere auteurs

Twee auteurs

Wanneer het stuk waarnaar u verwijst door twee auteurs is geschreven, noemt u steeds beide namen in de tekst, met **en** ertussen om de namen te onderscheiden.

Gantt en Tinnin (2009) beschrijven dat wanneer de focus met name ligt op het aanleren van positieve copingvaardigheden ...

Wanneer de auteursnamen tussen haakjes staan, plaatst u een **&** ertussen.

In een uitgebreide studie (Zwart & Van den Berg, 2010) werden ...

Drie, vier of vijf auteurs

De eerste keer dat u naar een publicatie van drie, vier of vijf auteurs verwijst, geeft u al deze namen. De volgende keer dat u naar de tekst verwijst, geeft u enkel de naam van de eerste auteur, gevolgd door **et al.**

Hierbij spreken we van een opdeling van de persoonlijkheid (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2010).

Tibboel, Vermeer, Kloppenberg en Jansen (2009) stelden in hun artikel dat ...

Bij een volgende verwijzing in een andere paragraaf:

Tibboel et al. (2009) vonden ook dat ...

Zes of meer auteurs

Wanneer een stuk waarnaar u verwijst, geschreven is door zes of meer auteurs, gebruikt u bij de eerste keer enkel de naam van de eerste auteur gevolgd door et al., gevolgd door het jaar van verschijnen.

Jansen et al. (2008) merken op dat ...

1.3. Verwijzing naar meerdere publicaties

Verwijst u naar meerdere werken, dan zet u ze eerst gealfabetiseerd op auteur en daarbinnen op datum van verschijnen, de oudste eerst. De publicaties worden gescheiden door een puntkomma, de jaartallen door een komma.

Bij meer werken van één auteur uit één jaar worden letters toegevoegd aan het jaartal: bijvoorbeeld 2002a, 2002b. De alfabetische ordening van deze werken in de literatuurlijst bepalen welk werk welke letter krijgt.

Trauma is hiermee in zeker opzicht ook een non-verbaal probleem (Gantt & Tinnin, 2009; Van der Kolk, 1996, 2002a, 2002b, 2006; Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996).

NB Als één werk veruit de belangrijkste bron is, mag deze vooraan staan. Laat deze verwijzing dan volgen door **zie ook**.

... (De Man, 2003; zie ook Bonsen, 1999; Van der Meer, 2007).

1.4. Verwijzingen naar een organisatie of instituut als auteur

Bij publicatie van een organisatie vermeldt u de gehele naam van de organisatie bij de eerste verwijzing. Bij latere verwijzingen volstaat de afkorting. Gebruik alleen afkortingen bij algemeen bekende organisaties en instituten. Maak zelf geen afkortingen.

In een recent verschenen rapport van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2008) ...

1.5. Verwijzingen naar werken zonder aanwijsbare auteur

Naar werken zonder aanwijsbare auteur wordt verwezen door de eerste woorden van de verwijzing (meestal de titel) te gebruiken. Plaats hiervoor de titel van het artikel, het hoofdstuk of de webpagina tussen aanhalingstekens ('titel'). De titel van een boek, tijdschrift of verslag wordt gecursiveerd.

Een van de eerste publicaties over oprukkende knokkelkoorts verscheen in het Vlaamse tijdschrift *Klinische Studiën* ('Signalement', 2003).

Wanneer de auteur als Anoniem is aangeduid, verwijst dan in de tekst met (Anoniem, jaartal).

1.6. Verwijzingen naar persoonlijke communicatie

Naar persoonlijke communicatie (bijvoorbeeld telefoongesprek, interview, brief, e-mail-bericht) verwijst u uitsluitend in de tekst en niet in de literatuurlijst wanneer de exacte gegevens van deze communicatie niet vindbaar of opvraagbaar zijn. Als dit wel zo is, neemt u wel een verwijzing in de literatuurlijst op (denk aan een opgenomen interview of een reactie op een forum).

E. Bokma (persoonlijke communicatie, 13 maart 2012)

1.7. Verwijzingen naar digitale bronnen

Vermeldt de URL in de tekst, zonder jaartal, wanneer u naar een website als geheel verwijst. De website wordt niet opgenomen in de literatuurlijst.

Op de website van de APA (www.apa.org) staat alle informatie over het correct verwijzen naar bronnen.

Maakt u gebruik van een anoniem document op de website van een organisatie, dan verwijst u in de tekst naar de organisatie als auteur.

(Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012)

Gaat het niet om de website van de organisatie en is de auteur onbekend, neem dan de titel van het document op. Geef de titel in de tekst weer tussen aanhalingstekens.

(‘Data roaming, aan of uit?’ 2008)

Wanneer niet duidelijk is uit welk jaar het document afkomstig is, gebruikt u de afkorting **z.j.** (zonder jaar).

(Janssen, z.j.)

2. Citaat in de tekst

“Wanneer kies je voor een citaat? Het antwoord is simpel: citeer alleen dan wanneer je het zelf niet beter kunt zeggen” (Poelmans & Severijnen, 2014, p. 28).

Vermeld altijd de auteur, het jaar van publicatie en het paginanummer (met spatie tussen de punt en het getal).

“Meer algemeen kan men zeggen dat het kind verwacht dat het allerlei soorten kennis over de wereld krijgt via de geest van iemand die het vertrouwt”, aldus Bateman en Fonagy (2007, p. 18).

Neem een citaat altijd letterlijk over, ook als er fouten in staan.

Als u een deel van het citaat weglaat, moet u op die plek drie puntjes tussen ronde haken opnemen: (...).

Soms staat in een citaat een verwijzing die niet meer te begrijpen is buiten de context. Los deze onduidelijkheid op door tussen vierkante haken te zetten wat bedoeld wordt.

“Onderzoekers van de British Hair Foundation in Oxford hebben vastgesteld dat [mensen met rood haar] binnen honderd jaar zijn uitgestorven. Dat is slecht nieuws voor hen” (Ginger, 2007, p. 412).

Een citaat binnen een citaat komt tussen enkele aanhalingstekens.

3. Literatuurlijst

Onder het kopje **Literatuur** staat enkel die literatuur waarnaar u in uw artikel verwijst. De bronnen in de tekst en in de literatuurlijst dienen met elkaar te corresponderen. Controleer zelf de bronnen op juiste schrijfwijze van namen, titel(s) en getallen en let goed op leestekens, spaties en cursivering.

3.1. Opmaak literatuurlijst

- De literatuurlijst is op alfabetische volgorde op achternaam van de auteur.
- Publicaties van eenzelfde auteur worden op jaar van verschijnen geordend, de oudste publicatie eerst.
- Als van een auteur meer publicaties worden vermeld uit één jaar, dan krijgen die een letter toegevoegd (a-z). Deze letters volgen uit de literatuurlijst, waar de titels van deze publicaties binnen hetzelfde jaar op alfabet worden gerangschikt.
- Bij auteursnamen met losstaande voorvoegsels (bijvoorbeeld: A. van der Meijden) wordt uitgegaan van de regels in het land van herkomst. Dit betekent dat een Nederlandse auteur in de literatuurlijst wordt opgenomen als ‘Meijden, A. van der’ en een Vlaamse of Engelse auteur als ‘Van der Meijden, A.’.
- Er worden geen titels (mr. dr. prof. drs.) genoemd in de literatuurlijst, uitsluitend de achternaam en de voorletters.
- In Engelstalige titels wordt alleen het eerste woord van titel en ondertitel met een hoofdletter geschreven. Bij Duitse boektitels krijgen de zelfstandige naamwoorden uiteraard een hoofdletter.
- Bij titels van tijdschriften staan wel vaak hoofdletters, bijvoorbeeld: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Hier wordt wél het donorprincipe gehanteerd.

3.2. Digitale bronnen en DOI

Steeds vaker zijn bronnen op papier als digitaal te raadplegen. Om documenten makkelijker vindbaar te maken is de *Digital Object Identifier* (DOI) in het leven geroepen. Dit is een uniek identificatienummer waarmee de bron kan worden gevonden, bijvoorbeeld via de DOI Resolver van CrossRef (www.crossref.org).

Wanneer de digitale bron geen DOI heeft, moet je de URL opnemen in de literatuurlijst, voorafgegaan door 'Geraadpleegd op', 'Opgevraagd van' of 'Verkregen van'. Een raadpleegdatum is alleen nodig als de bron zelf geen publicatiedatum heeft, zoals een wiki.

- Verwijder de onderstreping van de hyperlink.
- Er komt geen punt na DOI of URL.
- Breek de URL of DOI alleen af bij een leesteken, voeg geen streepje (-) toe.
- De DOI of URL komt als laatste onderdeel van de referentie.
- Verwijs bij meer versies van de bron altijd naar de meest recente.

3.3. Onderverdeling per soort bron

Boeken

Standaard: Auteur, A.A. (jaar). *Titel en ondertitel*. Plaats: Uitgever.

Titel en ondertitel worden gescheiden door een dubbele punt.

Bakker, C.Th. (2002). *Een bron van zorg en goede werken: Geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Noord-Holland-Noord*. Amsterdam: SUN.

Bradbury, J. (1992). *The medieval siege*. Opgevraagd van <http://books.google.com/>

Schiraldi, G.R. (2001). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: A guide to healing, recovery, and growth*. doi:10.1036/0071393722

Hoofdstukken of artikelen uit een boek

Wanneer de bron een hoofdstuk uit een geredigeerd boek is, alfabetiseert u deze op de achternaam van de auteur van het hoofdstuk. Na de titel geeft u met 'In' aan dat het om een hoofdstuk uit een boek gaat, gevolgd door de naam van de redacteur. De initialen van de redacteurs van het boek komen vóór hun achternaam.

Notermans, H. (2005). Diagnosticeren in vaktherapie. In H. Smeijsters (red.), *Praktijkonderzoek in vaktherapie* (pp. 89-111). Bussum: Coutinho.

Tijdschriftartikelen

Bij bronnen die periodiek verschijnen, worden de jaargang (en/of volumenummer) en de pagina's weergegeven. De jaargang komt na de titel van het tijdschrift. Zowel jaargang als titel worden recursieerd. Pagina's zijn niet cursief. Tot slot volgt een punt. Een editie van een jaargang wordt meteen na de jaargang vermeld, tussen ronde haken. Het cijfer van de editie is niet cursief.

Beek, H.H., Bot, G. de & Bruinsma, K. (1955). De psychiatrische inrichting en de bewegings-therapie. *Nederlands Tijdschrift voor Heilgymnastiek en Massage*, 65(2), 27-30.

Pavlovski, Ch. (2012). ICT framework for an online medical system. *Electronic Journal of Health Informatics*, 7(2), 1-13. Opgevraagd van <http://www.ejhi.net/ojs/index.php/ejhi>

4. Schrijfwijze onderzoekstermen

In het Tijdschrift voor vaktherapie wordt uniformiteit in schrijfwijze nagestreefd, maar er is geen sprake van uitputtende standaardisering. Overleg met de redactie is in dezen belangrijk.

5. Schrijfwijze vaktermen

De redactie hanteert een apart document 'Begrippenlijst Tijdschrift voor vaktherapie' met vaktermen die vaak gebruikt worden in het tijdschrift. In deze paragraaf staan enkele veelvoorkomende termen genoemd. Voor een uitgebreidere versie verwijzen we u naar het document 'Begrippenlijst Tijdschrift voor vaktherapie'.

Vaktherapie

In lijn met het beleid van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen spreekt het Tijdschrift voor vaktherapie niet meer van creatieve therapie of creatief therapeut. Als overkoepelende naam wordt de term vaktherapie of vaktherapeuten gebruikt. Onder deze naam vallen de verschillende vakgebieden: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie.

Vakgebied versus medium

Om een bepaalde soort vaktherapie aan te duiden gebruiken we het woord 'vakgebied', niet het woord 'medium'.

6. Schrijfwijzen overig

Opsommingen

Wanneer u een rijtje punten onder elkaar opsomt na een dubbele punt, sluit dan steeds af met puntkomma. Alleen het laatste item krijgt een punt.

Bij opsommingen met hele zinnen begint iedere zin met een hoofdletter en eindigt hij met een punt.

Getallen

Getallen tot twintig worden uitgeschreven. Daarboven alles in getallen, behalve de tien-, honderd- en duizendtallen.

Uitzonderingen:

- Bij combinaties van getallen onder en boven de twintig in één zin, zoals ‘kinderen in de leeftijd van 6 tot 21 jaar;
- In onderzoeksgedeelten in artikelen worden getallen wel als cijfers genoteerd;
- Jaartallen en geldbedragen worden in cijfers geschreven;
- Aanduidingen van boekhoofdstukken en paragrafen worden in cijfers geschreven, behalve in de lopende tekst: hoofdstuk 2, paragraaf 4, het tweede hoofdstuk, drie paragrafen;
- ISBN-nummers worden genoteerd zoals ze in het boek staan, met spaties;
- Notatie van telefoonnummers is 070 - 356 12 20.

Afkortingen

- Afkortingen als enz. en etc. worden voluit geschreven.
- Indien u een set woorden in een afkorting wilt weergeven, schrijft u eerste keer de tekst voluit en de afkorting tussen haakjes. Dus: ‘Aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) neemt vaktherapie een belangrijke plaats in’. De tweede keer volstaat de afkorting HAN. Doe dit alleen bij bestaande afkortingen.
- Namen van vaktherapeutische beroepen worden niet afgekort. We schrijven dus niet over dt’ers en pmt’ers, maar over danstherapeuten en psychomotorische therapeuten.

Aanhalingstekens

- Bij een citaat gebruikt u dubbele aanhalingstekens.
- Hij zei: “Dat had ik me anders voorgesteld”.
- Aan een citaat uit een boek wordt het paginanummer tussen haakjes toegevoegd.
- “Kinderen met een autismespectrumstoornis ... in te delen”. (p. 23).

Enkele aanhalingstekens gebruikt u:

- Als het woord zelf wordt bedoeld. Bijvoorbeeld: Waarom is ‘geaffecteerd’ een weinig gebruikt woord?;
- Als de auteur het gebruikte woord niet voor zijn rekening wil nemen. Bijvoorbeeld: Een ‘overtuigend’ bewijs;
- Als het woord ironisch bedoeld is;
- Bij zelfgemaakte woorden;
- Bij een citaat binnen een citaat;
- Bij artikelen en hoofdstukken uit publicaties.

In het artikel ‘Ontwikkelingsstoornissen bij kinderen’ beschrijft Van Hoorn ...

Cursief

- Engelse (of anderstalige) termen die niet zijn ingeburgerd, worden de eerste keer cursief genoteerd, eventueel gevolgd door een korte toelichting. Daarna kan het cursief achterwege blijven.
- Boektitels en publicaties in de lopende tekst worden cursief geschreven.

De populairste rubriek in het tijdschrift *Onze Taal* is ‘Ruggespraak’.

Schuine streep (*slash*)

Rond een schuine streep (/) tussen woorden zoals bij **en/of** staat geen spatie, behalve als de delen vóór en na de schuine streep uit meerdere woorden bestaan.

Deelnemers konden kiezen uit gekleurde wol / diverse lappen stof / kosteloos materiaal.

Schrijfwijze namen en titels

Jochem van der Kamp

de heer J. van der Kamp

de heer Van der Kamp

drs. J. van der Kamp

Volgens prof. dr. Van der Kamp ...

Janneke Bos, MSc

Donorprincipe

- Namen van instellingen en andere eigennamen worden geschreven zoals zij die zelf schrijven.
- Titels van tijdschriften worden geschreven volgens de regels van dat tijdschrift.

Plaatsnamen

We gebruiken de Nederlandse schrijfwijze voor plaatsnamen: Londen, Keulen.

Overig

In situaties die niet te vangen zijn in bovenstaande schrijfwijzen vindt overleg plaats, waarbij de redactie van het Tijdschrift uiteindelijk beslist.

Colofon

Handleiding vaktherapeutische interventiebeschrijvingen

2016

© Federatie Vaktherapeutische Beroepen

Informatie uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd voor onderwijs- en kennisinnovatiedoel-
einden mits met bronvermelding.

Uitgever:

De Handleiding interventiebeschrijvingen vaktherapeutische beroepen is een uitgave van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen. Hierbij zijn aangesloten:

- De Nederlandse Vereniging voor Beeldende therapie;
- De Nederlandse Vereniging voor Danstherapie;
- De Nederlandse Vereniging voor Dramatherapie;
- De Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie;
- De Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie;
- De Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie.

Ontwerp en lay-out

Suggestie & Illusie, Utrecht

Fotografie

Ineke Oostveen

Contactadres

Federatie Vaktherapeutische Beroepen

T.a.v. Commissie Product- en Module Ontwikkeling (CPMO)

Fivelingo 253, 3524 BN Utrecht

T: (030) 28 00 432

E: cpmo@vaktherapie.nl