

Wetenschappelijk verantwoorde casusbeschrijvingen vragen om methodische documentatie

De ontwikkeling van een documentatiemethode gebaseerd op de CARE-AAT-richtlijn

De maatschappij vraagt in toenemende mate om gegevens die de werkzaamheid en het effect van vaktherapie aantonen. Tevens is er – vooral vanuit de beroepsgroepen – een vraag naar het expliciteren van de werkingsmechanismen van de vaktherapieën. Een bijdrage aan het beantwoorden van beide vragen kan op basis van casusbeschrijvingen gegeven worden, mits die beschrijvingen van voldoende, wetenschappelijke kwaliteit zijn. De Case Report Anthroposophic Art Therapy (CARE-AAT) richtlijn is ontwikkeld als richtlijn voor dergelijke casusbeschrijvingen. Een documentatiemethode die op deze richtlijn gebaseerd is, maakt het voor kunstzinnig therapeuten mogelijk de noodzakelijke informatie tijdens het behandeltraject te verzamelen.

Annemarie Abbing, Anne Ponstein, Joop Hoekman, Susan van Hooren & Erik Baars

Inleiding

De maatschappelijke vraag naar evidentie

In Nederland is de urgentie voor het aanleveren van bewijs voor de werkzaamheid van de vaktherapieën hoog. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft recent geconcludeerd dat de effectiviteit van verschillende vaktherapieën onvoldoende is onderzocht en dat

bewijs van effectiviteit grotendeels ontbreekt (Borgesius & Visser, 2015). In de komende jaren moeten dus overtuigende gegevens gepubliceerd worden over de effecten van vaktherapeutische interventies. Uiterlijk in 2021 doet het ZIN een uitspraak over de kwaliteit van de aangeleverde bewijsvoering. Het beleid van de Federatie van Vaktherapeutische Beroepen (FVB) in samenwerking met de coöperatie Kennisontwikkeling Vaktherapieën

soort onderzoek staat, wetenschappelijk gezien, hoog aangeschreven en kan op groepsniveau overtuigend bewijs leveren voor de effecten van een specifieke vaktherapeutische interventie bij een welomschreven indicatie. Daarnaast is er echter ook behoefte aan het op wetenschappelijk verantwoorde wijze verslagleggen van individuele en complexe therapeutische processen in case reports (onder anderen Smeijsters, 2008; Craig,

In dit artikel:

- de beschrijving van een ontwikkeling van een documentatiemethode,
- evaluatie van het gebruik van de methode in de beroepspraktijk,
- een vooruitblik op het toekomstig gebruik van de methode.

Casusbeschrijvingen geven inzicht in de manier waarop vaktherapeuten werken en dragen zo bij aan de onderbouwing van de vaktherapieën

(KenVaK) en lectoraten richt zich dan ook onder meer op het uitvoeren van *randomized controlled trials* (RCTs). Dit

Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth & Petticrew, 2013). Casusbeschrijvingen of case reports kunnen inzicht geven



Kind maakt een vrije schildering als onderdeel van de diagnostische fase.

in de manier waarop vaktherapeuten werken en beschrijven op welke manier het gebruik van verschillende disciplines (beeldend, muziek, spraak & drama) tot veranderingen bij cliënten kunnen leiden en kunnen zodoende bijdragen aan de onderbouwing van de vaktherapieën (Kaiser, 2015). Raw, Lewis, Russel en Macnaughton (2012) pleiten dan ook voor aandacht voor de beschrijving, analyse en theorievorming van de praktijk zelf, waarmee resultaten van effectstudies beter begrepen en onderbouwd kunnen worden. Naast effectstudies op groepsniveau (zoals RCT's) zijn dus ook studies naar de werkingsmechanismen van de therapie nodig waarbij theoretisch aansluiting bij reguliere theorieën gevonden moet worden, om de therapie te kunnen accepteren (Wiegant, 2004). Het Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (LAG) ontwikkelt methodologie voor case reports en faciliteert een promotieonderzoek (van Annemarie Abbing) dat zich specifiek richt op de kunstzinnige therapie.

Kunstzinnige therapie

Kunstzinnige therapie kent verschillende disciplines: beeldend, muziek en spraak/drama. De basis van kunstzinnige therapie ligt in de antroposofie.

De kunstzinnig therapeut hanteert, naast de objectieve waarneming via de zintuigen, ook een geobjectiverde gevoelswaarneming, een objectivering van de gevoelens die de waarnemingen oproepen. Dit speelt een belangrijke rol bij de 'beeldvorming': de therapeut vormt zich een totaalbeeld van de cliënt, op basis van waarnemingen aan de cliënt zelf, de manier van werken en het (vrije) kunstzinnige werk (Uitgeest, 2016).

Kunstzinnige therapie hanteert niet alleen expressief werken als therapeu-

tisch middel, maar past ook een impressieve vorm van werken toe. Daarbij biedt de therapeut opdrachten aan met een specifieke werking aan een cliënt¹, met als doel de gezondheid te bevor-

De kunstzinnig therapeut hanteert, naast de objectieve waarneming via de zintuigen, ook een geobjectiverde gevoelswaarneming

deren, het innerlijk evenwicht van de cliënt te herstellen en de zelfregulatie te ondersteunen (Christeller et al., 2000; Hauschka, 2004; Rolff & Gruber, 2015). Deze oefeningen bieden 'impressies': diepgaande ervaringen van kleur en vorm (bij beeldend), van toon, ritme en harmonie (bij muziek) en van beweging en stemgebruik (bij spraak/drama).

Documentatie van kunstzinnig-therapeutische processen

Uit een eerdere studie (Abbing & Baars, 2012) blijkt dat kunstzinnig therapeu-

ten cliëntendossiers bijhouden, maar dat therapiegegevens niet systematisch verzameld worden en dat sommige gegevens missen. De dossiers blijken daardoor over het algemeen ongeschikt voor een gedegen onderbouwde casusbeschrijving. Tevens vinden therapeuten dat het systematisch verzamelen van gegevens veel tijd kost en weten ze niet goed welke gegevens verzameld moeten worden. Het gebrek aan kennis over welke informatie te verzamelen, is voor het LAG aanleiding geweest om een richtlijn

Er blijkt behoefte te zijn aan een documentatiemethode in het werkveld en in het onderwijs

voor (kunstzinnig-therapeutische) casusbeschrijvingen te ontwikkelen. De CARE (CAse REport) richtlijn voor medici (Gagnier et al., 2013) is als basis gebruikt voor de CARE-AAT-richtlijn voor kunstzinnig therapeuten (Abbing, Ponstein, Kienle, Gruber & Baars, 2016). De richtlijnen geven een overzicht van de informatie die nodig is voor het wetenschappelijk verantwoord beschrijven van een casus. De originele richtlijn omvat dertien categorieën en volgt de opzet van een wetenschappelijk artikel. De CARE-AAT-richtlijn heeft een additionele categorie (behandeldoelen en -plan).

Tijdens de evaluatie van de gezichtsvaliditeit van de CARE-AAT-richtlijn kwam naar voren dat de richtlijn te abstract is voor therapeuten en te weinig houvast biedt om zelfstandig cases op een gestructureerde en gestandaardiseerde wijze te documenteren. Verondersteld werd dat dit onder andere te maken heeft met de niet-chronologische ordening van informatie in de richtlijn waardoor het onduidelijk is welke informatie verzameld moet worden en op welk moment. Er blijkt behoefte te zijn aan een documentatiemethode (Abbing et al., 2016), zowel in het werkveld als in het onderwijs (Damen & Ponstein, persoonlijke

communicatie, december 2014). Deze behoefte vormt de aanleiding voor het onderzoek dat in dit artikel beschreven wordt. De onderzoeksvragen zijn:

1. Welke items moeten, met de CARE-AAT-richtlijn als uitgangspunt, een plaats krijgen in een uniforme documentatiemethode voor kunstzinnig therapeuten?
2. Wat is, volgens ervaren kunstzinnig therapeuten, de gezichtsvaliditeit van de ontwikkelde documentatiemethode? Werkt de methode zoals hij bedoeld is te werken?
3. Wat is, volgens ervaren kunstzinnig therapeuten, de bruikbaarheid van de ontwikkelde documentatiemethode in de beroepspraktijk?
4. Wat zijn, volgens ervaren kunstzinnig therapeuten, de consequenties van het gebruik van de ontwikkelde documentatiemethode voor de beroepspraktijk?
5. Zijn de dossiers die gevormd zijn op basis van de ontwikkelde documentatiemethode geschikt voor het schrijven van een wetenschappelijk verantwoorde casusbeschrijving?

De onderzoeksmethode

Dit onderzoek bestond uit drie fases. In de eerste fase werden items verzameld en geselecteerd. Deze fase leidde tot een concept-documentatiemethode. In de tweede fase werd de gezichtsvaliditeit van de items binnen de concept-documentatiemethode bepaald. In de derde fase werd een praktijktest uitgevoerd, waarin kunstzinnig therapeuten werd gevraagd om behandeltrajecten van een tot drie cliënten bij te houden volgens de documentatiemethode. Binnen deze praktijktest werd de bruikbaarheid van de documentatiemethode en de kwaliteit van de verzamelde cliëntendossiers bepaald. Bij afronding van iedere fase werd een

klankbordgroep van onderzoekers geraadpleegd om de overgang naar de volgende fase met consensus aan te vangen. De klankbordgroep bestond uit vijf onderzoekers: drie die tevens kunstzinnig therapeut en docent kunstzinnige therapie zijn (bij Hogeschool Leiden of Alanus Hochschule, Duitsland), een epidemioloog en een gedragsdeskundige.

Fase 1. Itemselectie voor de concept-documentatiemethode

Om te komen tot een concept documentatiemethode (voor het verzamelen van de benodigde informatie) zijn de domeinen van de CARE-AAT-richtlijn (voor het schrijven van een artikel) verder geoperationaliseerd. Dat wil zeggen dat in kaart is gebracht welke gegevens precies verzameld moeten worden voor elk domein naast de items genoemd in de richtlijn. Hiervoor werden items verzameld uit (1) een survey onder kunstzinnig therapeuten (Abbing & Baars, 2012), (2) documentenonderzoek en (3) de resultaten van klankbordgroep bijeenkomsten van onderzoekers. Het documentenonderzoek bestond uit het analyseren van de formats voor documentatie die respondenten (Abbing & Baars, 2012) en docenten van de opleiding Kunstzinnige Therapie, Hogeschool Leiden in de (stage)praktijk aanbevelen. Aan de klankbordgroep werd de vraag voorgelegd welke informatie verzameld moet worden om wetenschappelijk verantwoorde casusbeschrijvingen te kunnen schrijven.

Itemselectie, itemreductie en categorisering

De verzamelde items zijn door twee onderzoekers, onafhankelijk van elkaar, teruggebracht tot een gereduceerde itemlijst waarbij begrijpelijkheid, concreetheid, uniciteit en eenduidigheid als criteria gebruikt werden (concept mapping methode, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, 1995). De geselecteerde items werden vervolgens gecategoriseerd in een van de domeinen van de CARE-AAT-richtlijn. De uit-

eindelijke lijst items vormde de concept documentatiemethode.

Fase 2. Bepaling van de gezichtsvaliditeit

De concept-documentatiemethode werd voorgelegd aan een aantal ervaren kunstzinnig therapeuten, die individueel beoordeelden of de methode in kaart brengt wat het in theorie in kaart zou moeten brengen. Hierbij werd gekeken naar in hoeverre de methode compleet en begrijpelijk was (gezichtsvaliditeit). Voor deze evaluatie kwamen alle kunstzinnig therapeuten met minimaal vijf jaar werkervaring als therapeut en verbonden aan Hogeschool Leiden (als docent KT of als onderzoeker bij het LAG) in aanmerking. Bij de evaluatie werden de volgende vragen gesteld:

1. Omvat de concept-documentatiemethode alle essentiële items die in een therapeutisch proces aan bod komen?
2. Is de concept-documentatiemethode begrijpelijk en bruikbaar in de beroepspraktijk?

Feedback en aanvullingen naar aanleiding van deze vragen werden verwerkt door de twee onderzoekers. Vervolgens werd deze versie van de documentatiemethode besproken in een consensusmeeting met betrokkenen om de definitieve versie vast te stellen.

De documentatiemethode werd opgesteld in verschillende versies: voor kunstzinnig therapeuten beeldend, muziek en spraak/drama.

Fase 3. Praktijktest

Bepaling bruikbaarheid documentatiemethode

Kunstzinnig therapeuten werden via de Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag (NVKToag) benaderd om de bruikbaarheid van de definitieve versie van de documentatiemethode in de praktijk te testen. Ook werd hen gevraagd wat de consequenties van het gebruik van de methode in de praktijk zijn. Criteria voor deelname waren dat therapeuten binnen één medium werken en volwassenen met psy-

chische problematiek en/of kinderen met gedragsproblematiek begeleiden. Geïnteresseerden werd gevraagd om in de periode van februari 2015 tot juli 2015 dossiers bij te houden van een tot drie cliënten met gebruikmaking van de documentatiemethode.

Na afloop van deze praktijktest werd respondenten naar hun ervaringen gevraagd middels een semigestructureerde enquête. De vragen waren gericht op het inventariseren van de problemen die respondenten ervaren hadden bij het gebruik van de documentatiemethode en het vaststellen van de consequenties van het gebruik van de methoden in de dagelijkse beroepspraktijk. De antwoorden zijn door middel van codering en prioritering geclusterd tot conclusies per vraag.

Beoordeling dossierkwaliteit

De gevormde dossiers werden door twee onderzoekers, onafhankelijk van elkaar, beoordeeld met betrekking tot volledigheid. Per therapeut werd alleen het eerst ingeleverde dossier beoordeeld. De items van de documentatiemethode werden bij de beoordeling als checklist gebruikt. De aan- of afwezigheid van elk item werd gescoord. Indien aanwezig werd ook een oordeel over de volledigheid en/of begrijpelijkheid van gegevens geveld. Bij verschillen tussen de scores van beide onderzoekers werd

De gevormde dossiers werden door twee onderzoekers, onafhankelijk van elkaar, beoordeeld op volledigheid

het dossier nogmaals bekeken om tot een overeenkomstig oordeel te komen. Indien geen consensus kon worden bereikt, werd de beoordeling van een derde onderzoeker gevraagd. Aansluitend werd een totaaloordeel geveld over de geschiktheid van elk dossier als basis voor een navolgbare casusbeschrijving. Volledigheid van het dossier (met de documentatiemethode als norm) was daarbij het belangrijkste criterium.

Resultaten

Fase 1. Itemselectie en ontwikkeling concept documentatiemethode

De survey resulteerde in 1162 aandachtspunten, die tot 57 inhoudelijk verschillende items werden teruggebracht. Daarvan overlappen 23 items met items uit de originele CARE-Guideline (Gagnier et al. 2013), 34 items waren nieuw. Documentonderzoek leverde 18 additionele items op. Deze items hebben met name met verheldering van de manier van werken van kunstzinnig therapeuten te maken. De klankbordgroep van onderzoekers leverde nog eens 7 nieuwe items. Deze laatste items zijn met name gericht op het verzamelen van meetbare gegevens en het verzamelen van gegevens die beslissingen van therapeuten onderbouwen. De in totaal 82 unieke items werden vervolgens gebruikt om de 14 categorieën van de CARE-AAT-richtlijn te operationaliseren. Items uit de CARE-Guideline waren reeds toegekend. De overige items werden door de onderzoekers in samenspraak met de klankbordgroep van onderzoekers toegekend aan de 14 domeinen van de CARE-AAT-richtlijn. Bovendien werden de categorieën van de richtlijn (met items) in de chronologie van het therapeutische proces geplaatst. De domeinen en items

zijn te vinden in Tabel I die te raadplegen is via www.hsleiden.nl/docukt.

Selectie meetinstrumenten

De belangrijkste aanvulling van de klankbordgroep van onderzoekers bestond uit het meetbaar maken van therapieresultaten. Om dit mogelijk te maken werden meetinstrumenten geselecteerd. Selectiecriteria hierbij waren dat het moest gaan om een gevalideerd meetinstrument, toegepast

binnen de ggz in Nederland en toepasbaar in de praktijk. Voor volwassenen werd een keuze gemaakt uit de meetinstrumenten die binnen de basis-ggz als ROM-instrument gebruikt worden. Voor kinderen werd de website van het NJI geraadpleegd.

Fase 2. Bepaling gezichtsvaliditeit concept documentatiemethode

Zes van tien benaderde kunstzinnig therapeuten, niet betrokken bij de

- de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) voor kinderen (GGD Nederland, 2006);
- een korte cliëntvragenlijst gericht op de door de cliënt ervaren werking van de therapie, waarvan de vragen deels afkomstig waren van de *Consumer Quality Index* (CQI-AG; Koster, Ong, Heybroek, Delnoij & Baars, 2014);
- een korte vragenlijst om het oordeel van 'derden' (familie, partner, medebehandelaar, leerkracht) over het

(N=2: dementie, meervoudig gehandicapten), omdat het bij nader inzien te veel werk was (N=1) of omdat de therapeut toch geen tijd had (N=1). Zeven therapeuten leverden tussen juli 2015 en mei 2016 een of twee dossiers in (totaal 10).

Feedback op de documentatiemethode en -bruikbaarheid

Twaalf therapeuten vulden het evaluatieformulier over de opzet en gebruik van de documentatiemethode in. Over het algemeen beoordeelden de therapeuten de methode als "lastig, maar compleet", "overzichtelijk" en "bewustmakend". Therapeuten spraken een voorkeur uit voor schriftelijke (in plaats van digitale) dossiervorming. De reden hiervoor is dat kunstzinnig therapeuten vaak niet in een instelling maar in een eigen praktijk werken. Daardoor zijn zij gewend om een eigen, veelal schriftelijke, verslaglegging te hanteren.

Gemiddeld besteedden therapeuten 5 uur aan het gebruik van de documentatiemethode, dat is ongeveer 20 minuten per sessie. Dit was volgens de ondervraagden 10 minuten meer dan gebruikelijk. De therapeuten suggereerden om, zoveel als mogelijk, gebruik te maken van scorelijsten, bijvoorbeeld voor behandeldoelen, ingezette attitude of observatiecriteria.

Vier therapeuten gaven aan dat de rechtlijnige structuur van de documentatiemethode niet altijd goed aansloot

De belangrijkste aanvulling van de klankbordgroep bestond uit het meetbaar maken van therapieresultaten

ontwikkeling van de documentatiemethode, beoordeelden of de concept documentatiemethode gezichtsvalide is. De documentatiemethode is volgens alle respondenten begrijpelijk en in lijn met de dagelijkse beroepspraktijk en bevat volgens vijf respondenten alle essentiële items. Een respondent vond dat 'reflectie op eigen handelen' (van de therapeut) meer expliciet plaats moest krijgen. Op basis van de feedback zijn drie extra items toegevoegd ('reflectie op therapeutische relatie', 'reflectie op interactie met cliënt' en 'reflectie op intuïtieve momenten') (zie de online Tabel), en zijn twee formulieren toegevoegd zodat nog duidelijker zou worden welke informatie precies nodig is voor een wetenschappelijk verantwoorde casusbeschrijving (Methodisch Hart Model (MHM, Uitgeest, 2016), format sessieverslag, afkomstig van de opleiding kunstzinnige therapie).

Voor het kwantificeren van therapieresultaten selecteerden de onderzoekers, in samenspraak met de klankbordgroep, de volgende meetinstrumenten:

- de *visual analogue scale* (VAS) om de ernst vast te stellen van de drie belangrijkste klachten, die de cliënt ervaart/benoemt;
- de *Outcome Questionnaire-45* (OQ45) voor volwassenen (De Jong et al., 2007);

effect van de therapie op de cliënt in kaart te brengen.

Met deze aanvullingen was de documentatiemethode compleet en werd als definitief vastgesteld tijdens de consensusmeeting.

Fase 3. Bepaling van de bruikbaarheid van de documentatiemethode

Van de 40 kunstzinnig therapeuten die zich aanmeldden voor de praktijktest, reageerden 11 niet meer, zonder opgave van reden; en vielen tijdens het verloop van het onderzoek nog eens 16 af wegens gebrek aan cliënten (N=6), te weinig tijd (N=5), gezondheids- of privéproblemen (N=3) of een doelgroep anders dan bedoeld (N=2: dementie en

NAH). De resterende 13 therapeuten startten met het gebruik van de documentatiemethode.

Van deze 13 stopten 6 met documenteren omdat het niet te combineren bleek met de gebruikelijke wijze van verslaglegging in de instelling (N=2: 2e-lijns-ggz en revalidatie), omdat de doelgroep toch niet geschikt bleek

bij het vaak 'organische verloop' van de therapie.

Het gebruik van bestaande formulieren uit de onderwijspraktijk (zoals het MHM) werd over het algemeen als onprettig ervaren: het invullen kostte (te) veel tijd en sloot niet goed aan bij de professionaliteit van de beroepsbeoefenaar. Voor twee therapeuten

Gemiddeld besteedden therapeuten 5 uur aan het gebruik van de documentatiemethode, ongeveer 20 minuten per sessie

(die gestopt waren vanwege gebrek aan tijd) was dit de reden om te stoppen.

De OQ45 vragenlijst vonden sommige therapeuten te belastend voor hun cliënten en werd daarom niet altijd gebruikt. Bij navraag kwam naar voren dat dit besluit vooral genomen werd vanwege de aard van de vragen. In een enkel geval vond de therapeut dat de vragenlijst te lang was. De (specifieke) VAS werden daarentegen als niet-belastend ervaren. Therapeuten spraken hun voorkeur uit voor het zo eenvoudig kwantificeren van gegevens en overwegen het gebruik van de VAS in de dagelijkse praktijk.

Feedback op de documentatiemethode – betekenis voor de beroepspraktijk

Het gebruik van de documentatiemethode zorgde volgens respondenten voor meer bewustzijn van en meer inzicht in het eigen professionele handelen. Het leidde tot verscherping van aandacht tijdens therapeutische sessies en objectivering van observaties (door het gebruik van observatiecriteria) en evaluaties (door het gebruik van vragenlijsten). Tevens gaf iedere respondent aan dat eenduidige dossiervorming van belang is voor de beroepsgroep. Ze achtten het gebruik van de documentatiemethode belangrijk voor de verdere onderbouwing en de zichtbaarheid van het beroep.

Vaststelling dossierkwaliteit

Van zeven dossiers werd de kwaliteit voor wetenschappelijk verantwoorde casusbeschrijvingen vastgesteld.

De zeven dossiers waren afkomstig van vijf beeldend therapeuten, een muziektherapeut en een spraak/drama-therapeut.

De kwaliteit van de dossiers (in termen van volledigheid) is in een tabel schematisch weergegeven. De zeven binnengekomen dossiers zijn steeds per item onderverdeeld in categorieën met betrekking tot hun volledigheid (zie de online Tabel I op www.hsleiden.nl/docukt).

Slechts 4 van de 85 items (leeftijd, geslacht, beroep en behandeldatum) waren in alle dossiers volledig terug te vinden. Van de 85 items ontbraken er 16 in alle dossiers. Van de 7 dossiers

waren er 3 zonder meer ongeschikt als basis voor een wetenschappelijk verantwoorde casusbeschrijving vanwege respectievelijk een ontbrekende beeldvorming/diagnostiek, een onduidelijk behandelplan en inconsequent gebruik van de VAS-schalen; bij het tweede en derde meetmoment werden andere klachten in beeld gebracht dan bij het eerste. Slechts een dossier was in aangeleverde staat mogelijk geschikt voor een wetenschappelijk verantwoorde casusbeschrijving. De resterende drie dossiers waren voorlopig ongeschikt vanwege respectievelijk het ontbreken van een getekend informed consent, ontbrekende sessieverslagen en het ontbreken van het oordeel van de cliënt over de therapie.

Aanpassingen van de documentatiemethode

Op basis van de gevormde dossiers concluderen de onderzoekers dat een aantal items van de documentatiemethode, de items die niet of onjuist waren ingevuld, meer concreet uitgewerkt of aangepast moet worden. Het gaat om:

- 'De lichamelijke gezondheidstoestand', waarvoor respondenten geen methode hebben om dit vast te stellen. Hier is van belang om bestaande ziekten en aandoeningen uit te vragen en te noteren. Dit item werd daarom nader verduidelijkt met de toevoeging: 'bijzonderheden omtrent de lichamelijke gezondheid, zoals aanwezigheid van (chronische) ziekten en aandoeningen';
- 'De psychosociale gezondheidstoestand', waarover respondenten vaak onvoldoende informatie gaven. Daarom werd ook hier een nadere

toelichting gegeven: 'reeds gediagnosticeerde of aanwijzingen voor stoornissen of aandoeningen, en bijzonderheden rondom het psychisch functioneren';

Slechts 4 van de 85 items waren in alle dossiers volledig terug te vinden

- 'Classificatie van de aandoening (volgens een systeem)', wat alleen mogelijk is als een verwijzer die informatie geeft. Dit item is daarom optioneel;
- 'Specifieke karakteristieken', die gerelateerd moeten worden aan de symptomen die voor classificatie gebruikt worden (hetgeen niet kan als de classificering ontbreekt);
- 'Observatie van de houding cliënt' en 'manier van werken cliënt', omdat het verschil tussen beide onduidelijk bleek zijn deze twee items samengevoegd tot een item;
- 'Fasering behandeling', wat respondenten niet opvatten als de vraag om, op basis van ervaringskennis, een globaal verloop van de therapie te schetsen;
- 'Observatiecriteria', waar het onduidelijk bleek te zijn dat het de bedoeling was om deze te relateren aan enerzijds de klachten en anderzijds het hoofd- en/of subdoel;
- 'Onverwachte gebeurtenissen', waarbij onduidelijk was dat het hier ging om gebeurtenissen (in het leven van de cliënt of tijdens de therapie) die het behandelresultaat positief dan wel negatief kunnen beïnvloeden.

Op basis van deze bevindingen is een vernieuwde versie van de documentatiemethode ontwikkeld die verkrijgbaar is via het LAG: www.hsleiden.nl/docukt.

Conclusies

Op basis van de resultaten van het onderzoek zijn de volgende conclusies te trekken:

1. Er zijn 85 items vastgesteld die geschikt zijn om de 14 domeinen van de CARE-AAT-richtlijn te opera-

- tionaliseren en daarmee is een basis voor de documentatiemethode vastgesteld.
2. De gezichtvaliditeit en begrijpelijkheid van de documentatiemethode wordt door kunstzinnig therapeuten positief beoordeeld.
 3. De documentatiemethode is bruikbaar in de praktijk maar wordt als tijdrovend ervaren. Daarnaast

welke informatie wanneer verzameld moet worden gedurende het therapeutische traject. Om de praktijk tegemoet te komen is nu een documentatiemethode ontwikkeld op basis van de richtlijn. De documentatiemethode bestaat uit 85 items, die voor de therapeut herkenbaar en begrijpelijk zijn en die bovendien in de chronologie van de beroepspraktijk zijn geplaatst.

Een tweede belangrijke beperking is dat de documentatiemethode met name voor therapeutische processen bij psychisch gerelateerde klachten gebruikt is en dat het dus niet op voorhand te zeggen is dat de methode ook voor andere werkvelden geschikt is.

Het gebruik van de documentatiemethode zorgt bij therapeuten voor objectivering van de eigen observaties en conclusies.

- past de rechtlijnige structuur van de methode niet altijd goed bij de 'organische' vorm waarop therapie meestal wordt vormgegeven en worden opleidingsdocumenten door professionals niet altijd gewaardeerd.
4. Het gebruik van de documentatiemethode zorgt bij therapeuten voor meer bewustzijn van en meer inzicht in het eigen handelen, voor verscherping van de aandacht en voor objectivering van de eigen observaties en conclusies.
 5. De kwaliteit van de dossiers is over het algemeen matig tot slecht te noemen. Belangrijke informatie ontbreekt, zoals prognostische gegevens, informatie over de gevolgde werkwijze, toelichting of onderbouwing van keuzes en een geobjectiverde meting van het behandelresultaat.

Met behulp van de ontwikkelde documentatiemethode is het voor de kunstzinnig therapeut nu beter mogelijk om dossiers te vormen die zich lenen voor gebruik bij wetenschappelijk onderzoek in het algemeen en bij het schrijven van wetenschappelijk verantwoorde case reports. In de praktijk kan de documentatiemethode als leidraad voor dossiervorming gebruikt worden. Hij kan ook als 'checklist' gebruikt worden om de volledigheid van de formulieren die een therapeut al gebruikt te beoordelen: ontbrekende items kunnen dan toegevoegd worden.

De documentatiemethode is vrij algemeen opgesteld, en kan zo nodig aangevuld worden met VAS-schalen en/of specifieke, gevalideerde meetinstrumenten.

Beperkingen van het onderzoek

De belangrijkste beperking van het gepresenteerde onderzoek is het beperkte aantal deelnemende therapeuten. Er zijn verschillende redenen voor het grote aantal afvallers. De hoeveelheid werk werd als reden gegeven, maar naar aanleiding van enkele gesprekken bestaat de indruk dat de door de therapeut ervaren kwetsbaarheid van zowel de cliënt (bij het openbaar maken van heel persoonlijke en intieme informatie) als zichzelf (bij het vrijgeven van gedachten over het therapeutische handelen) tot terughoudendheid in deelname aan het onderzoek geleid hebben.

Implicaties en aanbevelingen voor de praktijk

De documentatiemethode is ontwikkeld voor kunstzinnig therapeuten en ook alleen onder kunstzinnig therapeuten vastgesteld en beoordeeld. De methode is dus nog niet volledig afgestemd op de werkwijze van vaktherapeuten. De werkwijze van kunstzinnig therapeuten wijkt op een aantal punten af, onder andere bij de fenomenologische beeldvorming (Uitgeest, 2016). Het is dus mogelijk dat enkele items in de documentatiemethode door vaktherapeuten niet herkend worden. Voor toepassing van de methode in de vaktherapeutische gebieden moet dit verder onderzocht worden.

Bij de implementatie van de documentatiemethode in de praktijk moet rekening gehouden worden met de competenties van de therapeut. Als therapeuten beschikken over onderzoeksvaardigheden is zelfstandig gebruik van de documentatiemethode goed mogelijk. Is dat niet zo dan zal praktische ondersteuning (van een onderzoeker) en/of training uitkomst kunnen bieden. Dergelijke samenwerkingen zijn in het verleden reeds succesvol gebleken (Ponstein, De Vries & Philipse, 2008; Farshi Jamshidabady, Abbing & Baars, in voorbereiding). Het voordeel van een dergelijke samenwerking is dat het gebruik van impliciete kennis (door therapeuten) onmiddellijk signaleerd wordt (door onderzoekers) en bevestigd kan worden. Tevens kunnen onderzoekers de relatie tussen behandeldoelen en observatie- en evaluatiecriteria vormgeven, zodat de informatie die noodzakelijk is voor de objectivering van een casusbeschrijving prospectief verzameld wordt. Een ander aspect waar rekening mee gehouden moet worden is de extra tijdsinvestering die documentatie van

Discussie

Naast RCT's om hoge kwaliteit bewijs te krijgen van de effectiviteit van vaktherapie, is er ook behoefte aan casusbeschrijvingen om vaktherapeutische processen te beschrijven en de hypothesen ten aanzien van werkingsmechanismen te ontwikkelen. In dit kader was een eerste stap het ontwikkelen van de CARE-AAT-richtlijn (Abbing et al., 2016), die richtlijnen geeft voor de inhoud en opbouw van een case report. In de praktijk was echter behoefte aan meer concrete aanwijzingen ten aanzien van

Samenvatting

De maatschappelijke vraag naar onderbouwing van en evidentie voor vaktherapieën is aanleiding geweest om een documentatiemethode te ontwikkelen. De methode is gebaseerd op de CARE-AAT richtlijn voor publicatie van case reports en geoperationaliseerd met items afkomstig van beroepsbeoefenaren, opleiders en methodologen. De documentatiemethode, bruikbaar voor de disciplines kunstzinnige therapie beeldend, muziek en spraak/drama, is door zeven therapeuten in de praktijk gebruikt. Hij wordt volledig bevonden maar leidde slechts in een geval tot een dossier dat zonder meer bruikbaar is voor het schrijven van een wetenschappelijke casusbeschrijving. De documentatiemethode is verder geëxpliciteerd op basis van de praktijkervaringen en zal in vervolgonderzoek verder ontwikkeld moeten worden.

therapeuten vraagt. Hoewel verondersteld wordt dat de extra geïnvesteerde tijd (10 minuten per sessie) deels veroorzaakt wordt door onbekendheid met de documentatiemethode is het wel een aandachtspunt. Het LAG wil dan ook de beroepsgroepen (FVB, NVKT) aanbevelen om hun leden te stimuleren mee te doen aan het documenteren van

In de praktijk kan de documentatiemethode als leidraad voor dossiervorming gebruikt worden.

casussen, bijvoorbeeld door accreditatiepunten toe te kennen. De vraag of een dossier werkelijk geschikt is om als basis voor een casusbeschrijving te dienen, kan pas na afronding van het therapeutische traject volledig beantwoord worden. Redenen

Over de hoofdauteurs

Annemarie Abbing (1979) is onderzoeker bij het Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (Hogeschool Leiden), waar ze, met Anne Ponstein, Odulf Damen, Joop Hoekman en Erik Baars, heeft gewerkt aan methodiekontwikkeling voor case reports. Dit is onderdeel van haar promotieonderzoek bij Prof. Dr. Hanna Swaab (Universiteit Leiden), dat verder gericht is op kunstzinnige therapie (beeldend) bij volwassenen met angststoornissen. E: abbing.a@hsliden.nl.

Anne Ponstein (1961) is ook onderzoeker bij het Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg en gepromoveerd in de biochemie. Naast de methodiekontwikkeling voor case reports werkt ze, samen met Odulf Damen en Annemarie Abbing, aan de implementatie van de methodiek in de beroepsgroep en het onderwijs van Hogeschool Leiden, opleiding Vaktherapie (voorheen Opleiding Kunstzinnige Therapie geheten). Daarnaast werkt ze aan de ontwikkeling en implementatie van zorgprogramma's op antroposofische grondslag.

om een dossier te gebruiken voor het schrijven van een case report kunnen zijn: 'schoolvoorbeelden' van bepaalde handelwijzen; het bereiken van een onverwacht behandelresultaat of juist het uitblijven van verwacht behandelresultaat; inzicht geven in het besluitvormingsproces van de therapeut, om als beroepsgroep te leren van ervaringen van collega's. Door het expliciteren van expertkennis groeit de *body of knowledge* (Kaiser, 2015).

Dossiers kunnen ook interessant zijn voor het vergelijken van case studies, bijvoorbeeld als er naar meer algemene behandelrichtlijnen of best practices voor een specifieke indicatie of een bepaalde transdiagnostische factor wordt gezocht. Deze best practice zou vervolgens tot aanvullend RCT-onderzoek kunnen leiden.

zakelijk om verder onderzoek te doen naar de bruikbaarheid van de nieuwe versie van de documentatiemethode in de beroepspraktijk, de consequenties van het gebruik van de ontwikkelde documentatiemethode voor de beroepspraktijk en de geschiktheid van dossiers, die gevormd zijn op basis van de ontwikkelde documentatiemethode, voor het schrijven van een wetenschappelijk verantwoorde casusbeschrijving. Deze stappen kunnen echter alleen gezet worden met actieve betrokkenheid en commitment van de beroepsgroepen en -verenigingen.

Noot

1 Overal waar 'cliënt' staat kan ook 'patiënt' gelezen worden.

Literatuur

- Abbing, A. & Baars, E. (2012). De noodzaak van documenteren. Op weg naar bewijzen van effectiviteit van de kunstzinnige therapie. *Reliëf* 13(3), 32-37.
- Abbing, A., Ponstein, A., Kienle, G., Gruber, H. & Baars, E. (2016). The CARE-AAT Guideline: Development and testing of a consensus-based guideline for case reports in anthroposophic art therapy. *International Journal of Art Therapy*. doi: 10.1080/17454832.2016.1170054
- Borgesius, E. & Visser, E.C.M. (2015). *Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ*. (Rapport). Zorginstituut Nederland.
- Christeller, E., Denzinger, I., Altmaier, M., Künstner, H., Umfrid, H., Frieling, E. & Auer, S. (2000). *Antroposofische Kunsttherapie*. Dornach, Duitsland: Verlag Freies Geistesleben & Urachhaus GmbH, Stuttgart /

Medizinische Sektion am Goetheanum.

- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluation complex intervention: The new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 587-592.
- Farshi Jamshidabady, B., Abbing, A. & Baars, E. (in voorbereiding). *Lichaamsgerichte Kunstzinnige Therapie*.
- Gagnier, J., Kienle, G., Altman, D., Moher, D., Sox, H., Riley, D. & the CARE group (2013). The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development. *Global Adv Health Med*. 2(5), 38-43. doi:10.7453/gahmj.2013.008.
- GGD Nederland (2006). *Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugd-gezondheidszorg*. Landelijke werkgroep Signaleringsinstrumenten Psychosociale Problematiek Jeugd (LSPPJ).
- Hauschka, M. (2004). *Kunstzinnige therapie*. Zeist: Christofoor.
- Huet, V. & Springham, N. (2014). ATRPN Current context of art therapy research: the inductive approach phase. Presentatie bij het ATRPN symposium van The British Association of Art Therapists (BAAT).
- Jong, K. de, Nugter, M.A., Polak, M.G., Wagenborg, J.E., Spinhoven, P. & Heiser, W.J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 288-301.
- Kaiser, D. (2015). What should be published in Art Therapy? What should Art Therapists write about? *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 32, 156-157.
- Koster, E.B., Ong, R.S., Heybroek, R., Delnoij, D.M.J. & Baars, E.W. (2014). The consumer quality index anthroposophic healthcare: a construction and validation study. *BMC Health Services Research*, 14, 148.
- Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid (1995). *Handboek concept mapping with Ariadne*. Utrecht: Author/Talbot.
- Ponstein, A., Philipse, C. & Vries, N., de (2008). Sociaal-emotionele problemen van chronisch zieke kinderen in beeld: aangrijpingspunt voor succesvolle begeleiding. In E.W. Baars en G. van der Bie (red.). *Praktijkonderzoek in de Antroposofische Gezondheidszorg 2008. Eerste stappen in de ontwikkeling van: practice-based evidence, ondersteuning in de therapeutische besluit-*
- vorming en evalueren van kwaliteit en effect (pp. 153-167). Leiden: Hogeschool Leiden.
- Raw, A., Lewis, S., Russel, A. & Macnaughton, J. (2012). A hole in the heart: Confronting the drive for evidence-based impact research in arts and health. *Arts & Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 4, 97-108. doi: 10.1080/17533015.2011.619991.
- Rolff, H. & Gruber, H. (2015). *Anthroposophische Kunsttherapie – Aspekte und Grundlagen*. Berlin, Duitsland: EB-Verlag.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Uitgeest, W. (2016). *Bang voor rood, geel en... blauw? Goethe, Merleau-Ponty en fenomenologisch kleuronderzoek*. Dissertatie Vrije universiteit Amsterdam.
- Wiegant, F.A.C. (2004). Effectiviteitsonderzoek en acceptatie van complementaire geneeswijzen. *TIG 20(1)*, 21-36.

SAVE
THE DATE!

MAANDAG 12 T / M ZONDAG 18 NOVEMBER 2018!

WAT DOE JIJ IN DE 
WEEK VAN DE VAKTHERAPIE?

MEER INFO OP WWW.WEEKVANDEVAKTHERAPIE.NL
VAKTHERAPIE BASIS VOOR BETER.