

De noodzaak van documenteren

Op weg naar bewijzen voor effectiviteit van de kunstzinnige therapie

Annemarie Abbing¹ en Erik Baars²

In dit artikel³ wordt verslag gedaan van het onderzoeksproject 'Documentatiemethoden van de kunstzinnige therapie' van het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg aan de Hogeschool Leiden. Dit project is tot stand gekomen in samenwerking met de Duitse hogescholen Alanus Hochschule⁴ en de Ottersberg Hochschule⁵. Het project is een van de eerste stappen richting de ontwikkeling van evidence-based practice voor de kunstzinnige therapie en het ontwikkelen van een uniforme, gestandaardiseerde documentatiemethode voor de kunstzinnige therapie. Hiermee wordt een projectmatige en structurele monitoring van de kunstzinnige therapie mogelijk gemaakt.

Inleiding

Onder *documenteren* wordt verstaan: het geheel van verslaglegging, dossiervorming en het bijhouden van alle documenten die te maken hebben met de diagnostiek en therapie. *Monitoring* wil zeggen: het zodanig gestructureerd documenteren dat de effecten van de therapie onderzocht kunnen worden. Het doel is om een gestandaardiseerde methode voor de documentatie van kunstzinnige therapie te ontwikkelen, en wel met behulp van een werkwijze die voldoet aan en past bij de specifieke kenmerken van de antroposofische gezondheidszorg. In het artikel wordt eerst ingegaan op de achtergrond van de evidence-based practice en het belang van onderzoek voor de kunstzinnige therapie. Vervolgens wordt de werkwijze van het onderzoek kort samengevat. Daarna wordt verslag gedaan van de resultaten van onder meer de onlangs gehouden online enquête onder kunstzinnig therapeuten. Tot slot wordt een vooruitblik gegeven op vervolgonderzoek naar de werking van kunstzinnige therapie in Nederland.

Achtergrond

Wat is evidence-based practice en wat betekent dit voor de kunstzinnige therapie?

Professionals in de gezondheidszorg werken in een tijd waarin de evidence-based medicine - benadering de boventoon voert. Evidence-based medicine is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen over de zorg voor individuele patiënten. Het gaat om het integreren van individuele klinische expertise met het best beschikbare externe klinische bewijs uit systematisch onderzoek.⁶

Al geruime tijd wordt er door medici volgens evidence-based medicine gewerkt. De gevolgen hiervan zijn dat medische interventies moeten beschikken over aantoonbare kwaliteit, veiligheid en (kosten)effectiviteit. Overheid, verzekeraars, maar ook patiënten(verenigingen) vragen in toenemende mate om het aanleveren van dergelijke gegevens. Ook in paramedische en zorgverlenende beroepen wordt meer en meer gestreefd naar handelen volgens deze principes. In de verpleegkunde, de psychotherapie, ergotherapie, fysiotherapie en logopedie wordt steeds meer evidence-based gewerkt. De paramedische beroepen werken met het concept evidence-based practice (EBP); een op bewijs gebaseerde gezondheidszorgpraktijk. Deze term wordt gehanteerd vanwege de meer praktische aard van de opleidingen en beroepen. EBP gaat over besluitvorming: klinische beslissingen nemen op basis van het best beschikbare bewijs, de kennis en ervaring van de paramedische beroepsgroep en de waarde(n) en voorkeuren van de individuele patiënt.⁷

Veel interventies die in de praktijk worden gebruikt zijn niet zonder meer aan te duiden als 'bewezen effectief'. Dat betekent nog niet dat de kwaliteit van die interventies slecht is; het bewijs voor de effectiviteit ontbreekt echter. Dit geldt ook in sterke mate voor de kunstzinnige therapie.



De effectiviteit van een interventie kan worden bepaald aan de hand van een 'effectladder'⁸: hoe meer bewijskracht, hoe zekerder de uitspraak over de effectiviteit kan worden gedaan.

De effect-ladder geeft aan welke stappen genomen moeten worden om een interventie naar het hoogste niveau te brengen:

Niveau 0: de interventie is impliciet (blackbox)

Niveau 1: de interventie is goed beschreven

Niveau 2: interventies met theoretische bewijskracht (veelbelovende interventies)

Niveau 3: interventies met voorlopige bewijskracht (doeltreffende interventies)

Niveau 4: interventies met causale bewijskracht zijn bewezen effectief (werkzame interventies)

Wetenschappelijk onderzoek en kunstzinnige therapie: wat is de huidige stand van zaken?

De kunstzinnige therapie bevindt zich voor een groot deel nog op niveau 0: de interventie is impliciet (blackbox); er is sprake van een interventie die 'in de hoofden' van de uitvoerders zit. Kunstzinnig therapeuten behandelen cliënten op een volgens hen methodische manier, maar wat ze precies doen en waarom dat zou werken is voor anderen niet duidelijk op papier gezet. Het kan een bijzonder effectieve interventie zijn, maar de werkwijze en resultaten zijn voor anderen niet duidelijk. Dat hindert ook de overdraagbaarheid van de interventie aan vakgenoten of andere belanghebbenden.

Internationaal zijn er inmiddels veel beschrijvingen van de kunstzinnige therapie zorgpraktijk verschenen en in Nederland zijn diverse cases beschreven⁹ (niveau 1). Bij het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg heeft in 2008 een onderzoek¹⁰ plaatsgevonden dat een bijdrage levert aan de ontwikkeling van practice-based evidence (PBE).¹¹

Door middel van focusbijeenkomsten met vakinhoudelijke experts is in kaart gebracht welke elementen van de werkwijze van kunstzinnige therapeuten een plaats zouden moeten krijgen in een monitoringssysteem (niveau 1). Er zijn nog nauwelijks goede modellen van kunstzinnige therapie ontwikkeld die volledig ingebed zijn in zowel de wetenschappelijke literatuur als in de ervaringskennis (niveau 2). Internationaal zijn er enkele studies naar effecten van kunstzinnige therapie gedaan en in Nederland is er bijvoorbeeld op beperkte schaal casuïstisch effectonderzoek gedaan¹² (niveau 3). Goed gecontroleerd onderzoek waarmee onomstotelijk het effect van

kunstzinnige therapie voor een indicatie is vastgesteld (niveau 4) is er niet.

Internationaal gezien wordt vooral in Duitsland gewerkt aan een adequate wetenschappelijke onderbouwing van de kunstzinnige therapie¹³. Tegenwoordig richt men zich in Duitsland binnen de 'Kunsttherapie' op het toepassen van bruikbare therapieprogramma's. Hierbij staat goede documentatie op de voorgrond, wat als basis dient voor wetenschappelijk effectonderzoek.¹⁴

Voor welke uitdagingen staat de kunstzinnige therapie?

Kunstzinnig therapeuten zijn opgeleid aan hogescholen. Naast kennis opgedaan in deze opleiding is de kennis van de therapeut vooral gebaseerd op persoonlijke ervaring. Deze ervaringskennis wordt onvoldoende geëxpliciteerd en is daardoor nauwelijks overdraagbaar naar collega's of cliënten. En het zorgt er daarmee voor dat waardevolle ervaringskennis verloren gaat.

Ervaringskennis van therapeuten (expertkennis) vormt een potentiële bron voor wetenschappelijk onderzoek. Het methodisch gebruikmaken van expertkennis wordt reeds toegepast in nationaal en internationaal onderzoek binnen en buiten de antroposofische gezondheidszorg.

Ook in Nederland klinkt de roep om wetenschappelijke verantwoording, met name vanuit de Nederlandse Vereniging voor de Kunstzinnige Therapie (NVKToag). Om haar bestaansrecht te behouden en te worden erkend in de gezondheidszorg, zou ook de kunstzinnige therapie zich moeten focussen op de ontwikkeling van evidence-based practice.

De waarde van een beroep en de bijdrage die een therapie/interventie kan leveren aan de gezondheidszorg kan in deze tijd pas duidelijk worden als de zorg zelf transparant en meetbaar is. Het is daarom nodig dat de kunstzinnig therapeut het therapeutisch proces en de effecten daarvan monitort en de resultaten presenteert aan de diverse belanghebbenden. Het is van belang om zowel therapie-effecten ('dat het werkt') als therapie-rationale ('hoe het werkt') voor te (kunnen) leggen aan diverse belanghebbenden of 'stakeholders' (verzekeraars, zorgmanagers, collega's, patiënten, beleidmakers, etc.). Onder de stakeholders heerst namelijk nog veel onbekendheid met kunstzinnige therapie. Verdere professionalisering van de kunstzinnige therapie wordt ondersteund door het kunnen aanleveren van de juiste informatie aan elke stakeholder.

Om deze redenen heeft het lectoraat Antropo-



sofische Gezondheidszorg in samenwerking met de Alanus Hochschule en de Ottersberg Hochschule, het project 'Documentatiemethoden van de kunstzinnige therapie' opgezet. Het doel is om een gestandaardiseerde methode voor de documentatie van kunstzinnige therapie te ontwikkelen, met behulp van een werkwijze die voldoet aan en past bij de specifieke kenmerken van de antroposofische gezondheidszorg én die aan het werk van de kunstzinnig therapeut een in de gezondheidszorg erkende en controleerbare grondslag biedt.

Methode van het onderzoek

Om overzicht te krijgen van de documentatiemethoden die kunstzinnig therapeuten in de praktijk gebruiken, is een online enquête gehouden onder de geregistreerde leden van de NVKToag. Daarbij wilden we ook weten waarom kunstzinnig therapeuten documenteren en voor wie zij dat doen. Daarnaast is literatuuronderzoek gedaan, om in kaart te brengen welke onderzoeken er zijn gedaan naar documentatiemethoden voor de kunstzinnige therapie. Ook zijn de methoden verzameld die in de opleiding Kunstzinnige Therapie worden gebruikt betrokken bij het onderzoek. De wensen en eisen van stakeholders zijn in kaart gebracht door middel van interviews en enquêtes. Vanuit de resultaten, verkregen via deze verschillende methoden, zijn kwaliteitscriteria opgesteld. Deze vormen de basis voor de ontwikkeling van de documentatiemethode.

Resultaten

Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek heeft weinig bruikbare artikelen opgeleverd. Er zijn geen artikelen aangetroffen die gericht zijn op documentatie voor verschillende stakeholders. Er zijn twee artikelen¹⁵ gevonden die over procesdocumentatie gaan, waarvan er één¹⁶ in een eerste onderzoek op kleine schaal is getest. Wel is een artikel gevonden waarin algemene criteria voor documentatie staan genoemd¹⁷. Overige relevante artikelen betroffen met name documentatie gericht op de diagnostiek van het kunstzinnig werk¹⁸ en het beschrijven van (zelf)reflectie¹⁹. Deze artikelen bevatten ook relevante onderdelen die worden meegenomen in het vervolgonderzoek.

Online enquête kunstzinnig therapeuten Demografische gegevens

Van de 403 geregistreerde kunstzinnig therapeuten hebben 77 de online enquête volledig ingevuld (een respons van 19%). De leeftijd van de respondenten loopt uiteen van 20 tot >65 jaar, met een piek tussen de 45 en 65 jaar; de gemiddelde leeftijd was 51 jaar. Ruim 50% van de respondenten heeft minder dan vijf jaar werkervaring. Een iets kleinere groep (22%) heeft 10-20 jaar werkervaring. Het merendeel van de respondenten (55%) werkt zowel in een eigen praktijk als bij een instelling. Een kleinere groep (35%) werkt alleen in een eigen praktijk. Ongeveer 10% werkt alleen in een instelling.

Documentatiemethoden

Ruim 82% van de respondenten doet altijd aan verslaglegging van het therapeutisch traject. Documenteren (dit wil zeggen systematisch bijhouden van alle documenten die te maken hebben met de therapie) wordt door 61.5% altijd gedaan, door 33.3% meestal, 2.6% soms en 2.6% nooit. Genoemde redenen voor het niet of nauwelijks documenteren zijn dat het teveel tijd kost of dat de therapeut niet goed weet hoe dit aan te pakken.

De meeste therapeuten gebruiken een zelfontwikkelde methode (56%), 23% gebruikt de methode van de NVKToag, 19% gebruikt een andere bestaande methode en 10% gebruikt geen enkele methode. Ongeveer 1% gebruikt een combinatie van bovenstaande.

Ruim 50% van de therapeuten maakt geen gebruik van vragenlijsten of andere metingen om de aard en ernst van de klachten vast te stellen, de effecten van de therapie te meten of de cliëntervaringen in kaart te brengen. De vragenlijsten die wel gebruikt worden zijn vooral om de ernst van de klachten met betrekking tot burnout, depressie of stressgerelateerde symptomen vast te stellen.

Wie heeft belang bij documenteren van KT? (= stakeholder)	Wat levert het documenteren op voor deze stakeholder?
Collega zorgverlener	Overdracht Delen van ervaring
Kunstzinnige therapeuten	Reflectie op eigen therapieproces Delen van ervaring
Verwijzers	Terugkoppeling
Cliënten	Verloop van de behandeling volgen Informeren
Zorgverzekeraar	Aanleveren van bewijs van (kost)effecten
Onderwijs/opleiding	Delen van kennis en ervaring
Onderzoekers	Data aanleveren voor KT-onderzoek

Tabel 1. Doel van documenteren (per stakeholder).



Doelstellingen voor documentatie voor stakeholders en kunstzinnig therapeuten
Kunstzinnig therapeuten noemen de volgende belanghebbenden: collega zorgverlener, kunstzinnige therapeuten, verwijzers, cliënten, zorgverzekeraar, onderwijs/opleiding en onderzoekers. Zij benoemen voor deze belanghebbenden verschillende doelstellingen voor documentatie (tabel 1).

Stakeholder: kunstzinnig therapeut
Reden voor documenteren: volgen van eigen proces
Therapeutische attitude
Diagnose (vanuit het kunstzinnig werk en observaties)
Behandeldoelen en -plan
Observaties
Reflectie op de interactie

Tabel 2. Documentatie domeinen voor de stakeholder 'kunstzinnig therapeut'

Kunstzinnig therapeuten geven aan dat zij documenteren voor de volgende redenen/doelen (volgorde van meest genoemd naar minst genoemd):

- het volgen van de ontwikkeling van de cliënt gedurende het therapeutisch proces (meest genoemd; 98%)
- voor de eigen administratie
- ter informatie voor de cliënt
- ter communicatie met de verwijzer
- om het eigen proces te volgen (ontwikkeling als therapeut)
- voor communicatie/overleg binnen het therapeutisch team
- ter overdracht naar collega's
- voor kennisdeling en/of onderwijs aan collega's en studenten
- het is een regel van de beroepsvereniging
- ter verantwoording aan de zorgverzekeraar
- om bij te dragen aan onderzoek (minst genoemd; 3,8%)

Er waren vier respondenten (5%) die geen reden voor documentatie zagen.

Vervolgens zijn de therapeuten gevraagd om de gegeven redenen in volgorde van belangrijkheid te plaatsen. Documenteren voor het volgen van de ontwikkeling van de cliënt werd als meest belangrijk gezien (gemiddelde 'ranking': plaats 1); documenteren voor onderzoeksdoeleinden werd het minst belangrijk gevonden (gemiddelde 'ranking': plaats 8).

Domeinen per stakeholder

De therapeuten is gevraagd welke belangrijkste zaken zij documenteren voor de verschillende documentatiedoelen. Deze antwoorden zijn geclusterd tot vijf categorieën of domeinen per stakeholder. Dit is gedaan voor alle stakeholders. Als voorbeeld wordt hier gegeven: het documenteren om het eigen proces te volgen. Hiervoor zijn vijf domeinen gedefinieerd (tabel 2). De te ontwikkelen documentatiemethode zou dus

de in de tabel genoemde vijf domeinen moeten beschrijven. Daarnaast zijn er voor iedere andere stakeholder ook vijf domeinen gedefinieerd. Dit zijn domeinen voor de cliënt, de verwijzer, het therapeutisch team, kunstzinnig therapeuten, zorgverzekeraar, onderzoek en educatie. Kunstzinnig therapeuten hebben aangegeven dat er gedocumenteerd moet worden volgens 'gereflecteerde intersubjectiviteit'. Daar wordt onder verstaan dat observaties zodanig weergegeven moeten worden dat deze voor anderen navolgbaar zijn.

Zij gaven een lichte voorkeur (61%) aan voor documenteren via formulieren op de computer, maar daarbij moet het ook mogelijk zijn om op papier te werken. Ze willen maximaal vijftien minuten per sessie besteden aan verslaglegging en documentatie.

De respondenten van de enquête geven een hoge bereidheid aan tot verdere deelname aan onderzoek en geven aan door het onderzoek meer bewust te zijn geworden van het belang van documenteren. Ruim 87% van de respondenten is bereid te werken met een gestandaardiseerde documentatiemethode en zodoende bij te dragen aan onderzoek en professionalisering van de kunstzinnige therapie.

Stakeholder interviews/enquêtes

Zorgverzekeraars hebben in algemene bewoordingen aangegeven dat een documentatiemethode geschikt moet zijn om vast te stellen of de gedeclareerde behandeling de meest aangewezen behandeling is, gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

Verwijzende artsen willen dat beschreven wordt hoe de verwijzing wordt omgezet in een eigen vraag en behandeldoel en verwachten een kort verslag na de diagnostische fase. Tevens willen zij een korte evaluatie van het proces aan het eind. Cliënten geven aan dat de documentatiemethode moet bijdragen aan de continuïteit, transparantie, toetsbaarheid, kwaliteitsborging en overdraagbaar-



heid van de therapie. Een documentatiemethode moet een gestandaardiseerd format hebben, objectief zijn in de beschrijvingen, observaties en diagnose beschrijven. Ook stellen ze het op prijs als het een advies voor de cliënt bevat, bijvoorbeeld voor na afloop van de therapie. Onderzoekers vinden dat een documentatiemethode uniform, gestandaardiseerd en getest moet zijn, en er moet bij voorkeur gebruik gemaakt worden van goede kwaliteit vragenlijsten om de effecten van de therapie te kunnen vaststellen.

Criteria

Uit voorgaande resultaten kunnen de volgende criteria voor de documentatiemethode worden afgeleid, waarmee voldaan wordt aan de wensen en eisen van de verschillende stakeholders, inclusief de kunstzinnig therapeuten zelf.

Vorm en format:

- gestandaardiseerde formulieren
- richtlijnen betreffende 'hoe te beschrijven', per item
- digitaal (software), met printbare formulieren
- flexibele documentatie: er is een basisdocumentatie, waarin het minimaal noodzakelijke kan worden vastgelegd. Daarbij zijn er aanvullende applicaties die gekozen kunnen worden, afhankelijk van de werksetting en met welke stakeholders de therapeut te maken heeft. Ook zijn er aanvullende vragenlijsten.

Inhoud:

- het documentatie-format bevat de in dit onderzoek vastgestelde domeinen (zie tabel 2), die nader geoperationaliseerd worden met behulp van de bestaande documentatiemethoden en, daar waar nodig, het ontwikkelen van nieuwe items
- de documentatiemethode bevat vragenlijsten die op vastgestelde momenten worden afgenomen (bijvoorbeeld cliëntervaringen, effecten op aard en ernst van de klachten, effect op kwaliteit van leven)

Conclusie en discussie

In het algemeen kan geconcludeerd worden dat de ontwikkeling van evidence-based practice (EBP) binnen de kunstzinnige therapie nog aan het begin staat. Kunstzinnig therapeuten moeten zich in deze tijd van EBP ontwikkeling in de gezondheidszorg, meer bewust worden van de waarde en het belang van een goede documenta-

tie, effectmetingen van hun therapie en de mogelijke bijdrage daarvan aan onderzoek. Een relatief hoog percentage geeft de voorkeur aan digitale documentatie. Omdat het hier om een online enquête ging, waaraan logischerwijs therapeuten deelnemen die makkelijk omgaan met de computer, kan het zijn dat dit een wat vertekend beeld geeft en dat het percentage in werkelijkheid lager ligt. Ook het onderwerp zorgt al voor een selectie van respondenten. Het is te verwachten dat therapeuten die niets of weinig doen aan documenteren, zich niet geroepen voelen om deel te nemen aan de enquête. Met zorgverzekeraars zijn nadere gesprekken nodig om concreter vast te stellen welke informatie zij behoeven en op welke manier. Eind 2012 zal de documentatiemethode in een eerste versie gestalte krijgen en worden voorgelegd aan vertegenwoordigers van alle belanghebbenden. Via een proces van consensusvorming zal vervolgens de voorlopige documentatiemethode worden vastgesteld, waarmee het onderzoek wordt voortgezet.

Voor de ontwikkeling van evidence-based practice voor de kunstzinnige therapie zijn de volgende stappen nodig: (1) in kaart brengen van best practices²⁰, door expertkennis van expert kunstzinnig therapeuten te verzamelen; (2) best practices in kaart brengen door een Routine Outcome Monitoring (ROM) uit te voeren, geoptimaliseerd door casuïstisch effectonderzoek; (3) vanuit 1 en 2 toewerken naar een specifiek zorgprogramma kunstzinnige therapie op een bepaald onderdeel en deze zorg routinematig te monitoren en (4) aansluitend een goed gecontroleerd onderzoek naar de effecten van kunstzinnige therapie uitvoeren. Het uiteindelijke doel is om op niveau 4 van de 'effectenladder' te komen, zodat de kunstzinnige therapie erkend kan worden als bewezen effectieve interventie.

Met dank aan:

- de kunstzinnig therapeuten en patiëntenverenigingen voor hun deelname aan de enquête.
- Michaela Klinkenberg en Anne Ponstein voor hun waardevolle suggesties bij het schrijven van dit artikel.

1 Drs. Annemarie Abbing is opgeleid aan de Hogeschool Leiden als kunstzinnig therapeut (2001), en aan de Universiteit Utrecht als dierenarts-onderzoeker (2005). Zij werkt als onderzoeker en fondswerver bij het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg van de Hogeschool Leiden.



- 2 Dr. Erik Baars is lector Antroposofische Gezondheidszorg.
- 3 Dit artikel is een verkorte en vereenvoudigde versie van het officiële wetenschappelijke artikel 'Towards EBP for the (anthroposophic) art therapy', A.Abbing, P.Sinapius, H.Gruber. E. Baars (2012); ingediend bij het Journal of the American Art Therapy Association. Het volledige artikel is op te vragen via een e-mail naar: abbing.a@hsleiden.nl
- 4 Prof. Dr. Harald Gruber
- 5 Prof. Dr. Peter Sinapius
- 6 Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gary J.A.M., Haynes R.B., Richardson W.S. (1996) *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ 1996;312:71-2.
- 7 Kuiper, C. et al (2004). *Evidence Based Practice voor Paramedici. Methodiek en implementatie*. Utrecht: Uitgeverij LEMMA BV
- 8 Yperen, T.A. van en J.W. Veerman (2008, red.). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek onderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- 8 Uitgeest, W. (2010). *De binnenkant van blauw*. Zeist: Uitgeverij Christofoor, pg. 239-254.
- 10 Baars, E.W. en Koster, E. (2008). Het ontwikkelen van practice-based evidence: hoe diagnosticeren, sturen en evalueren antroposofische gezondheidswerkers in de praktijk. In: *Praktijkonderzoek in de antroposofische gezondheidszorg 2008*. Leiden: Hogeschool Leiden, pg 32-39.
- 11 PBE: het verzamelen van bewijs, door middel van reflecteren op de dagelijkse praktijk. Dit gaat door middel van een cyclus: expliciteren, systematiseren en analyseren van praktijkkennis; deze praktijkkennis expliciteren; uiteenlopende ervaringen met elkaar vergelijken; systematiseren en analyseren.
- 12 Ponstein, A.S. (2009). De kunstzinnige begeleiding van een reumatisch meisje met sociaal-emotionele problemen. *Relief*, herfst 2009, pg. 14-19
- 13 o.a. Petersen. P. (2003). *Forschungsmethoden Künstlerischen Therapien. Aufruf zur Besinnung auf die eigenen Quellen. Musiktherapeutische Umschau*, 24 (4): 374-381; Sinapius P. (2008) *Bilder der Sprache - Sprache der Bilder/ Kriterien für die Qualität von Dokumentationen künstlerisch therapeutischer Praxis*. In: *Wissenschaftliche Grundlagen der Kunsttherapie*, Band 2
- 14 Elbing, U. en Hoelzer, M. (2007). *Entwicklung und erste Evaluation eines Instruments zur kunst- und gestaltungstherapeutischen Prozessdokumentation*. In: *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, Vol 18(2), 2006.
- 15 Elbing, 2007; Kienle, G. et al (2004). *Improving the quality of therapeutic reports of single cases and case series in oncology - criteria and checklist*. In: *Altern Ther Health Med* 2004; 10: 68-72.
- 16 Elbing, 2007
- 17 Sinapius P. (2008). *Bilder der Sprache - Sprache der Bilder/ Kriterien für die Qualität von Dokumentationen künstlerisch therapeutischer Praxis*. In: *Wissenschaftliche Grundlagen der Kunsttherapie*, Band 2.
- 18 Elbing, U., Hacking, S. (2001). *Nürtinger Beurteilungsskala und Diagnostic Assessment of Psychiatric Art: Neue Wege zur Evaluation der Bilder von Kunsttherapie-Patienten*. *Zeitschrift für Musik, Tanz- und Kunsttherapie*, 12 (3), 133-144. Hogrefe-Verlag Göttingen.; Elbing, U. et al. (2009). *Reliabilität und Validität des Instruments "DoKuPro - Dokumentation Kunsttherapeutischer Prozesse"*. In: *Musik, Tanz- und Kunsttherapie*, 20 (1), 1-7. Hogrefe Verlag Göttingen.; Gruber, H.; Frieling, E.; Weis, J. (2002). *Kunsttherapie: Entwicklung und Evaluierung eines Beobachtungsinstruments zur systematischen Analyse von Patientenbildern aus der Onkologie und der Rheumatologie*. In: *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde*. 9 (3) S. 138-146.
- 19 Wohler, D. (2007). *Kunsttherapeutische Dokumentation hinsichtlich kunsttherapeutischer Ausbildung und*

- Selbsterfahrung. In: Ganss, M., Sinapius, P. (2007). In: *Grundlagen, Modelle und Beispiele in kunsttherapeutischer Dokumentation. Wissenschaftliche Grundlagen der Kunsttherapie Band 1*. Verlag Peter Lang.; Sinapius, 2008; Ganß, M. (2008). *Die kunsttherapeutische Dokumentation zwischen Bericht und ästhetischer Erfahrung - Wissenschaftliche Standards und die multisubjektiven Bedingungen der kunsttherapeutischen Praxis*. In: *Wissenschaftliche Grundlagen der Kunsttherapie, Band 2; Ganß, M., Sinapius, P., de Smit, P. (Hg) (2008). Ich seh dich so gern sprechen" - Sprache im Bezugsfeld von Praxis und Dokumentation künstlerischer Therapien*. Frankfurt am Main: Peter Lang. S. 207 - 218.
- 20 Een 'best practice' is een werkwijze of aanpak die aantoonbaar rendement heeft opgeleverd.

advertentie

De Drempel

centrum voor zingeving en sociale kunst



Arnhemseweg 125
7331 BE Apeldoorn
tel: 055-5336415
06 23182426

mail: Gert.Siebes@dedrempel-zingeving.nl
www.dedrempel-zingeving.nl

Levensmotieven

Een jaarcursus in tien stappen.
Op zoek naar betekenis en zingeving in de levensloop, van zichzelf en van de ander.
In januari 2013 start er opnieuw een cursus.
In tien met elkaar samenhangende stappen, over zingevende en betekenis gevende motieven uit ons eigen leven, en dat van anderen vanuit het antroposofische mens- en wereldbeeld.
In de cursus wordt de relatie tot zichzelf, de relatie tot de ander, de anderen, en de verbinding met de geestelijke wereld onderzocht en verdiept.
De te behandelen thema's worden toegelicht en verdiept vanuit de levensloop en het scheppend werk van een kunstenaar, een staatsman of wetenschapper, waaronder:
Goethe-Schiller-Rembrandt-Rodin-Hammerskjöld-Tarkovski-Raphael-Jawlensky-Kandinsky en door de cursisten ingebrachte kunstenaars.

De cursus wordt gegeven op vrijdagavonden, eens per maand van 16.00 tot 21.30 in:
De Drempel, centrum voor zingeving en sociale kunst in Apeldoorn.
De totale kosten incl. BTW, maaltijden en lesmaterialen bedragen 600 euro

Data: 11 jan-8 feb-8 mrt-5 apr-17 mei-7 juni-13 sept-11 okt-8 nov-13 dec 2013

De cursus is door de Vereniging voor Kunstzinnig Therapeuten (NVKT) geaccrediteerd met 40 punten!

Opgave en inlichtingen bij:
"De Drempel" op bovenstaand adres.

