



**Beroepsprofiel
van de Beroepsgemeenschap van Psychosociale
Hulpverleners werkend vanuit de antroposofie**

juni 2009

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Hoofdstuk 1 Inhoud van het beroep	4
1.1 mensvisie	
1.2. psychosociale hulpverlening	
1.3 Antroposofische psychosociale hulpverlening	
Hoofdstuk 2 Proces van de hulpverlening	7
2.1 Doelgroep	
2.1.1 Hulpvraag	
2.1.2. Verwijzing	
2.1.3 Indicatie en contra-indicatie	
2.2 Methodisch proces	
2.2.1 Vaststellen van de hulpvraag	
2.2.2 Analyse van het probleem	
2.2.3 Bepaling van het doel	
2.2.4 Opstellen van het behandelplan	
2.2.5 Middelen in de behandeling	
2.2.6 Behandelen	
2.2.7 Evalueren	
2.2.8 Afsluitingsrapportage	
2.2.9 Contact met derden	
Hoofdstuk 3 Organisatie van de hulpverlening	10
3.1 Samenwerking met andere zorgverleners	
3.1.1. Huisarts	
3.1.2. Andere disciplines	
3.1.3. Waarneming	
3.2 Beheer en organisatie	
3.3 dossiervorming	
3.4 Tarieven	
Hoofdstuk 4 Scholing en verantwoording	12
4.1 Toelatingseisen	
4.2 Herregistratie	
4.3 Intervisie	
4.4 Visitatie	
4.5 Beroepscode	
Adressen	13
Bijlagen	14

Inleiding

Doel van dit beroepsprofiel is duidelijkheid te geven zowel aan geïnteresseerde hulpverleners en onze eigen leden enerzijds als aan verwijzers, zorgverzekeraars, wetgevers en uitvoeringsinstanties anderzijds hoe wij inhoudelijk werken en hoe wij ons werk georganiseerd hebben. Het geeft een explicitering van ons beroep, van de taken, en de wijze van organisatie van onze beroepsvereniging. Het is daarmee tegelijkertijd een instrument waarmee wij onze eigen kwaliteit kunnen controleren.

De toelatingseisen voor lidmaatschap van de Beroepsvereniging en de wijze waarop voortzetting lidmaatschap en bijscholing geregeld is zijn vastgelegd in het Huishoudelijk reglement, wat op aanvraag verkrijgbaar is.

In 2002 stelden wij de hoofdlijnen van dit beroepsprofiel vast. De huidige versie is een herziene uitgave. Er zijn meer bijlagen opgenomen als houvast in de door ons toegepaste procedures. Ons eerste beroepsprofiel dateerde uit 1992, wat wij toentertijd, aangevuld met een "Raamovereenkomst", aan verzekeringen aanboden.

De aanzet tot het hernieuwen van dit eerste Beroepsprofiel waren de eisen die de overheid stelt teneinde kwaliteit te kunnen toetsen. Het was voor ons een welkome aanzet onze werkwijze opnieuw te onderzoeken en te verwoorden. Dit leidde tot een herziene versie van het beroepsprofiel in maart 2002. Aan de formulering van dat document hebben een aantal leden van de vereniging en het bestuur samengewerkt. Ook kregen wij constructieve steun van het CBO, kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, waarvoor onze dank.

We zullen dit gebruiken voor de komende jaren en maximaal over vijf jaar opnieuw bekijken op eventueel volgende aanpassingen.

Hoofdstuk 1 Inhoud van het beroep

1.1 mensvisie

De mensvisie die wij in de Beroepsgemeenschap hanteren komt voort uit de Antroposofie. Dit is een geesteswetenschap, geïnaugureerd door Rudolf Steiner. Hieronder willen we een aantal uitgangspunten noemen waardoor wij ons in ons werk laten inspireren. Voor meer toelichting hierover verwijzen we naar literatuur, zoals genoemd in bijlage 1.

Over het algemeen heeft ieder mens lichamenlijk gelijkenissen met zijn ouders en voorouders. Uiterlijke en fysiologische constitutie zetten zich vaak voort in de familielijnen. Op het zielsmatige gebied zijn de gelijkenissen tussen ouders en kinderen geringer. Natuurlijk zetten leefomstandigheden van het gezin hun stempel op de volgende generatie, net zoals belangstellingsgebieden vaak doorgegeven worden. Maar toch zijn er, van jongs af aan, unieke verschillen te zien tussen het ene en het andere kind uit eenzelfde gezin. Ze blijken van jongs af aan een heel andere persoonlijkheid te hebben. Ook is het opmerkelijk vast te stellen hoe verschillend de gebeurtenissen zijn die de één of de ander meemaakt, en hoe bepalend die zijn voor iemands levensloop.

Niemand kan, via exact denken, verklaren waarom bovengenoemde verschillen bestaan. Je kunt het aan toeval wijten, maar even goed kan je met de vraag leven of de kern van ieder mens mogelijk al eerder indrukken heeft opgedaan, en zijn leven nu een voortzetting is van eerder leven.

Er wordt in de antroposofie onderscheid gemaakt tussen eigenschappen die voorgeboortelijk worden aangelegd en eigenschappen die ontstaan tijdens het leven op aarde. Vaak is een wisselwerking te zien tussen dat wat we bij de geboorte meekrijgen en dat wat zich tijdens het leven aan ons voltrekt. Bovendien kunnen we dat wat ons overkomt, beschouwen als aangeboden lesmateriaal. Daardoor hebben we de mogelijkheid ons te ontwikkelen, er vrijer

mee om te gaan. Met de ene eigenschap kiezen we verder te leven, terwijl we andere eigenschappen willen veranderen. Dit ontwikkelen van kwaliteiten, zoals bijvoorbeeld eerlijkheid, trouw, moed, wijsheid, is alleen mogelijk als de geestelijke kern, het hoger ik, zich taken stelt. Centraal uitgangspunt in de antroposofie is dat ieder mens een geestelijke kern in zich heeft die vele malen op aarde verschijnt om daar psychische kwaliteiten te ontwikkelen die teruggeschonken kunnen worden aan de geestelijke wereld waar de mens uit stamt. In dit spirituele mens- en wereldbeeld heeft de mens lichaam, ziel en geest. De ziel is het middengebied tussen lichaam en geest. Uit het lichaam ontvangt de ziel informatie of bepaalde behoeften al dan niet bevredigd zijn; en uit de geest stromen ideeën de ziel binnen. Bij het verwerven van kennis over eigenschappen van de ander of onszelf is het van belang te beseffen dat we weliswaar altijd in ontwikkeling zijn, maar dat er vele eigenschappen zijn die we niet meer in dit leven kunnen veranderen. Sommige eigenschappen liggen zo diep in het lichaam verankerd, dat we alleen met de uitingvormen van een bepaald probleem kunnen leren omgaan.

Ook het willen veranderen van gebeurtenissen uit het verleden is moeilijk. Het verleden op zich in namelijk niet te veranderen, maar wel onze verhouding ertoe.

Bij het inschatten van mogelijkheden iets te veranderen is het van belang dat we kennis hebben van de algemene wetmatigheden in de menselijke ontwikkeling en in die van ieders eigen levensloop, ook wel biografie genoemd. Hierin kunnen we de rode draad in iemands leven herkennen, de draad van zingeving en authenticiteit. Hoe gemotiveerd iemand is om deze mogelijkheden tot ontwikkeling ter hand te nemen heeft ook te maken met de mate waarin iemand de eigen idealen heeft leren kennen.

1.2 Psychosociale hulpverlening, regulier

Doel van psychosociale hulpverlening is dat de cliënt ondersteuning krijgt bij het oplossen en omgaan met problemen en verstoringen in zijn functioneren, vertrouwen krijgt in zijn eigen mogelijkheden en een positieve(re) wisselwerking met zijn sociale omgeving ervaart.

De hulpverlener draagt daartoe bij op de volgende wijze:

- 1 Cliënt te helpen bewust te worden van zijn probleem, zowel emotioneel als cognitief
- 2 Cliënt te helpen bewust te worden van zijn eigen mogelijkheden en beperkingen
- 3 Cliënt te helpen bewust te worden van de plaats die hij/zij in zijn sociale netwerk inneemt, waardoor hij op zijn eigen wijze positie kan kiezen
- 4 Cliënt te helpen bewust te worden van zijn draagkracht en draaglast en deze met elkaar in overeenstemming te brengen
- 5 Cliënt te helpen aan het opheffen van verstoringen in zijn psychosociaal functioneren.
- 6 Cliënt te leren oefenen met nieuwe vaardigheden
- 7 Cliënt te helpen zijn probleemoplossend vermogen te vergroten

1.3 Psychosociale hulpverlening vanuit de antroposofie

De psychosociale hulpverlener werkend vanuit de antroposofie gebruikt kennis van de reguliere psychosociale hulpverlening en van de antroposofie. Hij is in beide disciplines opgeleid en volgt ook bijscholing op beiderlei vlak.

De antroposofische blikrichting kan een extra dimensie aan de hulpverlening geven. De verbreding met deze denkbeelden maakt dat de hulpverlener zijn visie op het probleem van zijn cliënt en diens omgeving kan verruimen door verbanden te leggen en te onderzoeken vanuit de biografie van de hulpvrager met behulp van het bovengenoemde spirituele mens- en wereldbeeld. Afhankelijk van de belangstelling van de cliënt hiervoor zal dat meer of minder plaats krijgen in de behandeling.

Uitgangspunt in de hulpverlening is echter de mensvisie van de cliënt zelf, waarbij in eerste instantie aansluiting wordt gezocht.

Doelen van de antroposofische hulpverlener zijn de bovengenoemde doelen van de reguliere psychosociale hulpverlener; uitgebreid met de mogelijkheden die de antroposofische mensvisie geeft. Te noemen valt:

- 2 Cliënt leert verbanden te ontdekken tussen de psychisch ervaren problemen en zijn lichamelijke constitutie
- 3 Cliënt leert zijn probleem te aanvaarden en verantwoordelijkheid te nemen voor zijn probleem
- 4 Cliënt te helpen de wil te ontwikkelen om het probleem op te lossen
- 5 Cliënt te helpen ontdekken wat mogelijk een positieve zijde aan het doorleven van deze moeilijke periode is: de nieuwe kansen die juist door crises kunnen zichtbaar worden
- 6 Cliënt te helpen zicht te krijgen op zijn visie ten opzichte van geloof en wereldopvatting
- 7 Cliënt te helpen nieuwe keuzen te maken en besluiten te nemen om die vervolgens in daden om te zetten, zodat zijn leven meer in overeenstemming komt met zijn innerlijke waarden
- 8 Cliënt te helpen patronen in zijn biografie te herkennen en, waar gewenst, deze te veranderen
- 9 Cliënt te helpen zijn idealen herkennen en proberen wegen te vinden om die te realiseren
- 10 Cliënt te helpen te leren luisteren naar zijn innerlijke stem

Hoofdstuk 2 Proces van de hulpverlening

2.1 Doelgroep

2.1.1 Hulpvraag

Er zijn vele redenen waarom een cliënt hulp kan vragen, of hem aangeraden wordt hulp aan te vragen.

Een lijst van mogelijke hulpvragen liggen op het gebied van:

- 1 biografie en levensperspectief
- 2 ouders, partner(s) , kinderen
- 3 relatie problemen, seksualiteit, intimiteit en vriendschap
- 4 leefsituatie, huishouden, wonen
- 5 ordening van het dagelijks leven
- 6 ziekte, handicap, overlijden
- 7 stress, burn out
- 8 werk, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid
- 9 opleiding, ontwikkeling en vrije tijdsbesteding

Er wordt zowel individueel gewerkt als met echtparen of met het hele gezin, afhankelijk van de aard van de vraagstelling en de visie van de hulpverlener. De leeftijdsgroepen waarmee de hulpverleners werken varieert; er zijn mensen die uitsluitend met volwassenen werken, anderen uitsluitend met kinderen, of met beiden.

2.1.2 Verwijzing

Cliënten worden meestal doorverwezen via hun huisarts. Ze kunnen zich ook op eigen initiatief aanmelden vanwege ervaren onmacht op een bepaald punt of na advies van een arbo-arts, een werkgever, school of opleiding, verwanten en vrienden.

2.1.3 Indicatie en contra-indicatie

De cliënt moet zelf gemotiveerd zijn om hulp te vragen, hoe gering die motivatie in het begin ook eventueel is.

De cliënt moet als regel voldoende stabiel zijn om zich in het dagelijks leven te handhaven met niet meer dan 1 consult per week.

Acute psychiatrische klachten en ernstige verslavingsproblematiek vallen buiten de begeleidingsmogelijkheden.

2.2 Methodisch proces

2.2.1 Vaststellen van de hulpvraag

In een eerste gesprek wordt met de cliënt geïnventariseerd waar zijn hulpvraag, of -vragen liggen. Ook wordt een beeld gevormd van zijn dagelijks functioneren en van zijn sociale leefwereld. Er wordt met de cliënt besproken dat de hulpverlener een dossier gaat aanleggen dat onder de regels van privacy valt.

Afhankelijk van de situatie zal deze intake-fase één of meerdere sessies vragen.

De hulpverlener kan als leidraad de checklist voor intake-fase gebruiken (bijlage2).

2.2.2 Analyse van het probleem

De 2^e fase in de hulpverlening is het exploreren van het probleem voor deze specifieke cliënt.

Mogelijke gezichtspunten die daarin aan de orde komen zijn:

- 1 Welke belemmeringen ervaart de cliënt hieraan?
- 2 Maar ook: brengt deze situatie hem voordeel?
- 3 Welke omstandigheden in zijn omgeving houden het probleem in stand?
- 4 Welke invloed heeft zijn probleem op zijn omgeving?
- 5 Wanneer is deze problematiek ontstaan? Zijn er voorlopers te zien in vroegere levenssituaties?

De hulpverlener schrijft als afronding van deze fase een intake-rapport, waarin hij de bevindingen op bovenstaand terrein samenvat, en vult dit aan met eigen observaties., die hij relevant acht voor deze cliënt.

2.2.3 Bepaling van het doel

Cliënt en hulpverlener bepalen welk realiseerbaar doel de cliënt wil bereiken, kiezen welke methode zij daartoe willen gebruiken en zetten een tijdspad uit. Er wordt besproken welke frequentie gewenst is en er worden afspraken gemaakt over evaluatiemomenten tijdens en op het einde van de behandeling.

De keuzes die hiervoor gemaakt kunnen worden liggen in het verlengde van de benoemde hulpvraag, zoals:

- 1 Betreft het met name het heden: bewuster leren omgaan met actuele problemen en vaardigheden
- 2 Betreft het de naaste toekomst: het ontwerpen en realiseren van een levenssituatie die meer past bij de gegevens en mogelijkheden van de cliënt
- 3 Betreft het vooral het verwerken van ervaringen en belemmeringen uit het verleden
- 4 Betreft het vooral zingevingsvragen

2.2.4 Opstellen van het behandelplan

Met de cliënt wordt bekeken welke middelen hem in het therapeutisch proces behulpzaam kunnen zijn. De mogelijkheden die aangeboden worden komen zowel uit de reguliere zorg als uit de antroposofische achtergrond voort.

2.2.5 Middelen in de behandeling

- 1 het gesprek
- 2 psycho-educatie
- 3 oefeningen uit de antroposofische scholingsweg
- 4 waarnemingsoefeningen, concentratie- en meditatieoefeningen oefeningen

- 5 verhalen, metaforen, mythen en sprookjes
- 6 non-verbale oefeningen: tekenopdrachten, schrijfoefeningen
- 7 ontspannings- en andere lichaamsgerichte oefeningen
- 8 dramatechnieken zoals rollenspelen
- 9 arbeidstherapeutische werkzaamheden

2.2.6 Behandelen

In deze fase vindt de eigenlijke doorwerking van de problematiek plaats. Er wordt aangesloten bij het gezonde gedeelte van de cliënt, en van daaruit wordt gewerkt aan het versterken van zijn Ik. Het gaat hierbij om het activeren van het bewuste ik om zo met inzicht en levensmoed gestalte te geven aan de eigen plaats en taak in de sociale werkelijkheid. Er wordt aan gewerkt dat de cliënt zijn eventuele eigen zwakheden beter kent en bewaakt, of herkent wanneer hij opnieuw hulp moet vragen.

2.2.7 Evalueren

Regelmatig evalueert de hulpverlener met zijn cliënt hoe het met de voortgang is, in relatie met het behandelplan. Eventueel worden hulpvraag en behandelplan bijgesteld. Aan het einde van de behandeling wordt zorgvuldig samen geëvalueerd en afgerond.

2.2.8 Afsluitingsrapportage

Op het einde van de therapie stelt de behandelaar een afsluitingsrapport op. Het primaire doel van deze rapportage is zelfreflectie van de behandelaar op het door hem geleide proces. Maar naar keuzes zal hij dit rapport bespreken met de cliënt en het gebruiken voor rapportage aan eventuele derden.

Punten van aandacht in deze afsluitingsrapportage zijn:

- 1 op wiens initiatief is de hulpverlening afgesloten en wat is de reden van afsluiting?
- 2 de werkelijke duur van de begeleiding en het aantal gesprekken
- 3 de afwijking van de gestelde tijdsprognose en de reden daarvan
- 4 waarover is de hulpverlener wel of niet tevreden?
- 5 waarover is de hulpvrager wel of niet tevreden?

2.2.9 Contacten met derden

Op diverse momenten van de behandeling kan de hulpverlener een bericht sturen aan de verwijzer en eventueel andere behandelaar. Dit geschiedt bij de afronding van de intakefase en weer bij de afsluiting: bij langere behandelingen mogelijk ook bij tussen-evaluaties. Doel hiervan is een korte samenvatting te geven van het proces wat gaande is bij de cliënt en welke doelen beoogd worden.. Bij de eindrapportage benoemt de hulpverlener ook zijn verwachting over wel of niet noodzakelijke begeleiding in de toekomst.

In bijlage 2 zijn de formulieren opgenomen waarop gegevens worden ingevuld door de hulpverlener, en checklisten die hij gebruikt bij diverse stadia van de behandeling.

Hoofdstuk 3 Organisatie van de hulpverlening

Hulpverleners werken zowel in samenwerkingsverbanden als vrijgevestigd. De volgende vormen komen voor:

- 1 De hulpverlener oefent zijn praktijk uit binnen antroposofische samenwerkingsverbanden: zoals de antroposofische therapeutica, waarin arts en diverse therapeuten samenwerken.
- 2 Als zelfstandig hulpverlener

3 Binnen reguliere werkverbanden

3.1 Samenwerking met andere zorgverleners

3.1.1 Huisarts

De cliënt wordt veelal verwezen door de huisarts. De huisarts wordt, indien de cliënt daarmee instemt, geïnformeerd over het hulpverleningsproces. Daartoe kan na de intake-fase, en na de afsluiting van de behandeling mondeling en/of schriftelijk een verslag aan de huisarts worden toegestuurd.

3.1.2 Andere disciplines

Naar behoefte wordt er contact opgenomen met andere hulpverleners om de hulp op de juiste wijze op elkaar af te stemmen. Te denken valt aan: psychiater, fysiotherapeut, kunstzinnig therapeut, euritmitherapeut, muziektherapeut.

3.1.3 Waarneming

De hulpverlener maakt afspraken met zijn cliënt betreffende bereikbaarheid of vervanging tijdens vakanties: zonodig geeft hij de nodige informatie door aan een collega in de regio.

3.2. Beheer en organisatie

De hulpverlener is verplicht zorg te dragen voor een goede organisatie van zijn praktijk. Door visitatie en rapportage aan de cie. Toelating en Voortzetting wordt hierop toegezien. De volgende eisen worden gesteld:

- 1 Goede vindbaarheid van de praktijk door middel van uitleg over de route, informatie over parkeergelegenheid, informatie over wel /niet rolstoeltoegankelijkheid
- 2 Telefonisch al contact over tarieven en mogelijke vergoeding door de verzekering.
- 3 Privacy in wachtruimte: dit kan zowel middels een aparte wachtruimte als door spreiding van de mensen in tijd
- 4 Goede geluidsisolatie van de gespreksruimte
- 5 Hygiëne in werkkamer en openbaar toilet
- 6 Uitreiken van een brochure Behandelingsovereenkomst bij de intake. Bijlage 2 geeft een voorbeeld welke punten benoemd moeten zijn. De individuele hulpverlener kan een persoonlijke versie van zo'n overeenkomst uitreiken, waarin aangepast aan de persoonlijke omstandigheden, dezelfde punten genoemd worden,
- 7 Rekeningen moeten minimaal 1 x per kwartaal worden verstrekt. De rekening moet voorzien zijn van het gegeven dat de hulpverlener lid is van de BPHA

3.3 Dossiervorming

De hulpverlener is verantwoordelijk voor een inzichtelijk en overdraagbaar dossier per cliënt, de cliënt heeft recht op inzage. Het dossier dient zo bewaard te worden dat het niet voor anderen toegankelijk is: dit kan digitaal of op papier zijn. In het laatste geval moet het dossier in een afsluitbare kast zijn opgeborgen. Het dossier van de cliënt is opgebouwd met behulp van de formulieren van de BPHA, zie bijlage 2.

Indien de cliënt dat wenst kan hij bij afsluiting van de behandeling, een kopie van het dossier, geschoond van persoonlijke aantekeningen van de hulpverlener, meekrijgen. De kopieerkosten mogen aan de cliënt gedeclareerd worden.

De hulpverlener is verplicht het originele dossier 10 jaar te bewaren: daarna moet het vernietigd worden. Via visitatie (zie bijlage 6) wordt hier toezicht op uitgeoefend.

3.4 Tarieven

De hulpverlener geeft mondeling en schriftelijk informatie over het door hem gehanteerde tarief. Schriftelijk geschiedt dit doordat het staat vermeld op de Behandelingsovereenkomst die de cliënt bij de intake ontvangt (zie bijlage 2). Zorgverzekeraars wijzigen frequent hun polisvoorwaarden met betrekking tot vergoedingen: de Beroepsgemeenschap neemt daarom veelvuldig contact op met de ons bekende zorgverzekeraars, om contracten af te sluiten en te verlengen. Ook informeren de leden elkaar bij elke vergadering over de reacties van Zorgverzekeraars. De hulpverlener stelt de cliënt bij de intake op de hoogte van de mogelijkheden van vergoeding; desalniettemin blijft het de verantwoordelijkheid van de cliënt zelf om de vergoeding met zijn zorgverzekeraar te regelen. De hulpverlener kan de cliënt behulpzaam zijn bij verzekeraars die zich niet aan de afspraken blijken te houden.

Hoofdstuk 4 Scholing en verantwoording

In het Huishoudelijk Reglement, staan de eisen voor toelating en bijscholing geregeld. Het Huishoudelijk Reglement is op aanvraag voor iedereen verkrijgbaar. De basisgegevens worden hier verkort weergegeven.

4.1 Toelatingseisen

Om lid te worden van de Beroepsvereniging worden alle aanvragen getoetst door de Toelatingscommissie. De volledige criteria staan vermeld in het Huishoudelijk Reglement. De essentie is dat leden

1. een erkende reguliere H.B.O. psychosociale hulpverlening hebben gevolgd of een vergelijkbare universitaire opleiding.
2. door de Beroepsgemeenschap erkende antroposofische opleidingen hebben gevolgd.

Voor de werkwijze van de Commissie Toelating: zie bijlage 3.

4.2 Herregistratie

Het lidmaatschap van de Beroepsgemeenschap wordt elke 5 jaar getoetst door de accreditatiecommissie. Om aan de eisen van herregistratie te voldoen zijn eisen tot nascholing geformuleerd in het Huishoudelijk Reglement onder 2.5.

Voor de herregistratie wordt gebruikt gemaakt van het formulier herregistratie: zie bijlage 4.

4.3 Intervisie

Alle leden nemen deel aan een groep waarin collega's elkaar intervisie geven.

De werkwijze van deze groepen is nader omschreven in het Huishoudelijk Reglement. De intervisie sessies volgen een vast patroon, zie bijlage 5. Er volgt een schriftelijke rapportage van elke bijeenkomst. Jaarlijks wordt een samenvatting geschreven en aan de accreditatie commissie toegezonden

Er dienen jaarlijks minimaal 6 bijeenkomsten van minimaal 2,5 uur te worden gehouden.

4.4 Visitatie

De leden visiteren elke drie jaar en rapporteren daarover aan de accreditatiecommissie. De punten die bij de visitatie aan de orde komen staan beschreven in de Checklist Visitatie: bijlage 6.

4.5 Beroepscode

De leden van de Beroepsgemeenschap zijn gehouden hun beroep uit te oefenen in overeenstemming met de Beroepscode voor de maatschappelijk werker van de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers.

Voor de inhoud hiervan zie Beroepscode NVMN: aparte uitgave; in het bezit van ieder lid.

website: www.bpha.nl (voorheen: www.psychohulp.nl)

giro 362364 tnv Beroepsgemeenschap Psychosociale Hulpverleners te Amsterdam

Inschrijvingsnummer K.v. K. V481322000

NVAZ (Nederlandse Vereniging van Antroposofische Zorgaanbieders)

Postbus 266

3970 AG Driebergen

Bijlagen

Bijlage 1 Literatuur

Steiner, Rudolf	Theosofie	isbn 90 603 7003 7
Wais, Mathias	Individu en levenslijn: de rode draad in de levensloop	isbn 90 6238 640 7
Burkhard, G.	Je leven in de hand nemen	isbn 90 6038 343 5
Schoorel, Edmond	De eerste zeven levensjaren	isbn 90 6238 559
van Doorn, Manfred	Karma als Kans	isbn 90 6038 291 9
Wormer, P e.a.	Kijk op Karma Lotselementen in de levensloop	isbn 90 6038 225 0
Dekkers, Ad	Weten wie je bent	isbn 90 6038 4156
Glöckler, Michaela	Macht en onmacht in huwelijk, vriendschap, opvoeding, en samenleving.	isbn 90 60384415
Köhler, Henning	Over angstige, verdrietige en onrustige kinderen	isbn 90 60 3837 02

Uitgaven van het centrum voor sociale gezondheidszorg

Besteladres 0321-339 966

Enkele titels zijn:

Nr. 24 Omgaan met angst	-	Jeanne Dictus
Nr. 30 Burnout	-	Jaap van de Weg
Nr. 26 Biografisch onderzoek	-	Roel den Dulk

Bijlage 2 Formulieren bij behandeling

a. Cliëntgegevens

Datum intake:

Naam

Straat + huisnummer

Postcode + woonplaats

Telefoonnummer

Geboortedatum

Leeftijd

Culturele achtergrond

Geslacht M/V

Naam Verwijzer

datum

Huisarts + telefoonnummer

Andere behandelende therapeuten

Verzekeraar

Tarief
Eigen bijdrage

b. Contactenformulier

Volgnummer:

Naam hulpvrager:

Datum

Korte inhoud van gesprek

c. Checklist intakefase

- 1 Klachten (ontstaan, beloop, waarom nu aangemeld?)
- 2 Actuele situatie: (woon-, werk-, leefomgeving, relaties)
- 3 Biografische gegevens/levensfase/life events
- 4 Mens- wereldbeeld, religie
- 5 Gezondheid, medicijngebruik, verslavingen
- 6 Hobby's, tijdsbestedingen
- 7 zelfbeeld
- 8 Hulpverleningsgeschiedenis (eerdere of huidige andere behandelingen)
- 9 Hulpvraag
- 10 motivatie

- 11 Probleemanalyse
- 12 Doel van de therapie
- 13 Gezin van herkomst

d. Checklist voor het intakerapport:

Bovengenoemde punten, aangevuld met:

- 1 Eerste indruk van de cliënt (uiterlijk, presentatie, oogcontact, stemming)
- 2 Indruk volgens drie- en vierledig mensbeeld
- 3 Inschakelen andere deskundigen

e. Behandelingsovereenkomst

- 1 Mijn werk met U is gebonden aan beroepsgeheim van mijn kant. De enige uitzondering hierop is dat ik met u bespreek of ik in voorkomende gevallen contact mag opnemen met uw huisarts, andere behandelaar of betrokken derden
- 2 De gesprekken duren, tenzij anders afgesprokenDe kosten voor individuele gesprekken zijn (incl. of exclBTW) per sessie. Voor partners gezamenlijk zijn de kosten per gesprek
- 3 Het verrekenen met de zorgverzekeraar regelt U zelf. Zonodig kan ik U daarbij, bij aanvang behulpzaam zijn
- 4 Afzeggingen korter dan 24 uur van te voren worden in rekening gebracht.
- 5 Telefonische bereikbaarheid:
- 6 Beëindiging van de behandeling bespreken we samen één of meer keren voor het einde. Als U van uw kant eerder wilt stoppen verwacht ik van U dat we nog een keer de gelegenheid hebben dat samen door te spreken.
- 7 Als U ontevreden bent over de behandeling is het goed dat met mij te bespreken, als we er niet uitkomen is de klachtenprocedure van de NVAZ toepasbaar. (zie: folder klachtenprocedure van de NVAZ).
- 8 1x per..... stuur of verstrek ik U een rekening over de afgelopen periode

Bijlage 3 Werkwijze toelating nieuw lid

De secretaris heeft als functionaris van de Beroepsgemeenschap het eerste contact met de aanmelder.

Zij/hij stuurt aan de belangstellende:

- 1 het aanmeldingsformulier
- 2 onze folder
- 3 het beroepsprofiel
- 4 de toelatingscriteria
- 5 de toelatingsprocedure

Kopieën van relevante diploma's dienen te worden meegenomen naar het gesprek.

Kopieën van het door de secretaris retour ontvangen aanmeldingsformulier worden doorgestuurd naar alle leden van de Commissie van Toelating en Voortzetting.

De kandidaat wordt, maximaal 4 weken na schriftelijke aanmelding uitgenodigd voor voor een gesprek met de voltallige de commissie. Na dit gesprek wordt, maximaal na 3 weken de beslissing medegedeeld.

Indien de kandidaat niet wordt toegelaten kunnen er aanbevelingen worden gedaan om alsnog aan de criteria te voldoen.

Bijlage 5 Werkwijze intervisie

Dit is een aanvulling op de eisen die in het Huishoudelijk Reglement staan beschreven.

Van iedere bijeenkomst wordt een schriftelijk verslag geschreven, met vermelding van datum, tijdsduur, aanwezigheid, besproken onderwerpen.

Aan het einde van het kalenderjaar worden deze verslagen, met samenvatting ingediend bij de commissie Toelating en Voortzetting.

Ieder lid stelt per jaar een leerdoel voor zichzelf vast en evalueert dit in de intervisie groep.

De lijn die in iedere intervisie bijeenkomst gevolgd dient te worden is:

- 1 Bespreken eigen functioneren: hoe gaat het in je werk, wat gaat goed, wat gaat moeilijk, waar ervaar je blokkades, waar ontwikkeling.
- 2 Hoe is de relatie tussen werk en privé leven. Heb je voldoende ruimte voor herstel.
- 3 Nabespreking laatste bijeenkomst Beroepsgemeenschap: afwezige leden bijpraten, praktische tips voor ondernemerschap, zoals de stand met zorgverzekeraars, contact met artsen, andere therapeuten. Stimuleren de eisen van het Beroepsprofiel en huishoudelijk reglement te integreren in de praktijkvoering.
- 4 Literatuur bespreking: Uitwisseling van interessante literatuur.
- 5 Bijscholing: Verslag doen van gevolgde bijscholingsbijeenkomsten, respectievelijk tips over komende mogelijkheden.
- 6 Casus bespreking: Aangeven vanuit welke vraagstelling je deze casus inbrengt; bespreken van de therapeutische route die je gekozen hebt, en laten aanvullen of bijsturen door collegae. Zicht krijgen op je blinde vlekken.

Bijlage 6 Checklist Visitatie

- 1 De punten genoemd onder 3.2 van het Beroepsprofiel
- 2 De punten genoemd onder 3.3
- 3 Gebruikte behandelingsovereenkomst
- 4 Gebruikte formulieren