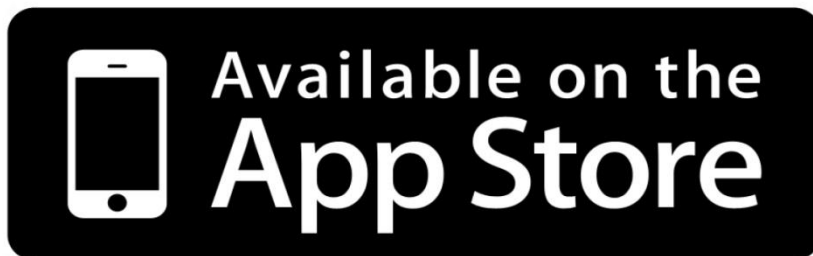
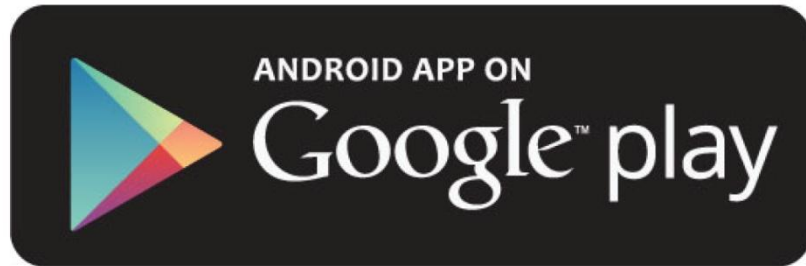


-Digitalisering binnen de speltherapie-



RHVSpel

“Kwalitatief onderzoek naar de invloed van digitale apps bij RHVSpeltherapie”

Rob Hoeben
Mark ter Horst
Gem Hooge Venterink
Saxion Enschede
Academie Mens & Maatschappij
September 2016

Leerpakket 9.2

Opleiding: Sociaal Pedagogische Hulpverlening

Academie: Mens & Maatschappij

Vak: Leerpakket 9.2 bachelorraport

Toetscode: T.AMM.37555

Docent: J.W. Schreurs

Studenten: Rob Hoeben (354991)

Mark ter Horst (309555)

Gem Hooge Venterink (352577)



INHOUD

Voorwoord	5
H.1 Inleiding.....	6
1.1 Context	6
1.2 Opdrachtgever.....	8
1.3 Aanleiding.....	8
1.4 Doelstelling.....	9
1.5 Onderzoeksvraag en deelvragen.....	9
H.2 Theoretisch kader	10
2.1 Visualisatie.....	10
2.2 Speltherapie	10
2.2.1 Effectiviteit van speltherapie	11
2.3 ADHD	11
2.3.1 Kenmerken ADHD.....	12
2.3.2 Oorzaken ADHD.....	13
2.3.3 Behandeling ADHD	14
2.3.4 Emotieregulatieproblematiek en ADHD.....	16
2.4 E-health.....	17
2.5 Serious games.....	18
2.5.1 Beat-It app.	19
2.6 Conclusie theoretische deelvragen	20
2.6.1 Deelvraag 1.....	20
2.6.2 Deelvraag 2.....	21
2.6.3 Deelvraag 3.....	21
H.3 Onderzoeksmethoden	22
3.1 Onderzoekstype	22
3.2 Kwalitatief onderzoek	22
3.3 Onderzoeksvorm	22
3.4 Dataverzamelingsinstrumenten	23
3.5 Operationaliseringsschema.....	24
3.6 Populatie	25
3.7 Betrouwbaarheid.....	26
3.8 Validiteit	26

3.9 Ethische aspecten.....	27
H.4 Resultaten	28
4.1 Algemene kenmerken respondenten.....	28
4.2 Speltherapie binnen RHVSpel.....	29
4.3 Verwachtingen digitale app.....	29
4.3.1 Cliënten	29
4.3.2 Therapeuten	30
4.3.3 Professionals.....	30
4.4 Ervaringen met de Beat-It app.	30
4.4.1 Cliënten	30
4.4.2 Therapeuten	31
4.5 Inzetten digitale app. in de praktijk.....	31
4.5.1 Cliënten	31
4.5.2 Therapeuten	31
4.5.3 Professionals.....	32
H.5 Conclusie onderzoek.....	33
5.1 Conclusie praktische deelvragen.....	33
5.1.1 Conclusie verwachtingen digitale app.....	33
5.1.2 Conclusies ervaringen Beat-It app.....	33
5.1.3 Conclusies effectiviteit en efficiëntie digitale app.	34
5.2 Conclusie onderzoeksvraag	34
5.3 Aanbevelingen.....	35
5.4 Sterkte /zwakte analyse	36
5.4.1 Sterkte punten.....	36
5.4.2 Zwakte punten	37
5.5 Discussie	39
Bibliografie	41
Bijlage 1. Topiclijsten interviews	44
1.1 Topiclijst interview therapeuten	44
1.2 Topiclijst interview cliënten	46
1.3 Topiclijst interview professionals	47
Bijlage 2. Voorbeeld labelschema	48

VOORWOORD

Voor u ligt ons bachelorrapport dat is uitgevoerd in de eerste 2 semesters van ons 4e leerjaar SPH. We hebben geprobeerd ons enthousiasme over te brengen voor het onderwerp. Iets wat voor ons belangrijk is. Aan het begin van het schooljaar zijn wij op zoek gegaan naar een onderwerp voor het bacheloronderzoek met juist de bovenstaande criteria, “belang” en “enthousiasme”. We wilden het alle drie niet bij onze eigen organisatie doen vanwege verschillende redenen. De belangrijkste reden was dat we iets wilden onderzoeken waar we niet dagelijks op ons eigen werk mee bezig zijn. Dus vooral een stuk verbreding. Dit is voor ons belangrijk omdat we beginnende hulpverleners zijn in het werkveld. Gem kwam met het idee om te informeren bij speltherapiepraktijk RHVSpel (nader te vernoemen als RHVSpel). Dit is de praktijk van zijn moeder en hier zijn al vaker afstudeeropdrachten gedaan. Vanuit hier kwam de suggestie of we niet een onderzoek zouden kunnen starten dat te maken heeft met de implementatie van digitale apps en/of applicaties bij speltherapie. Dit soort apps en/of applicaties worden nog niet gebruikt bij de speltherapiepraktijk RHVSpel, maar de nieuwsgierigheid is er. Dit sprak ons allen erg aan vanwege onze initiële interesse voor speltherapie maar ook de actuele digitalisering over de gehele wereld. Dus ook op heel veel fronten in de gezondheidszorg. Het leek ons interessant om deze 2 werelden met elkaar te verenigen en verder te onderzoeken. Zo kwam er een onderwerp voor ons in beeld waar we mee aan de slag konden.

Voor ons is dit de eerste keer dat we een onderzoek hebben uitgevoerd. Daarbij zijn we tijdens het onderzoek tegen verschillende zaken aangelopen die we van tevoren niet hadden voorzien. Door het tijdbestek viel het effectief inzetten van de gekozen app. tegen. Achteraf is gebleken dat we tijdens de interviews afnemen meer in detail hadden mogen treden, dit aangaande de vragen rondom de ingezette Beat-It app. tijdens het onderzoek. Interessant was het voor ons om de verzamelde informatie te coderen/labelen en de resultaten die daar uit voortgekomen zijn. Mede omdat er een zelf uitgekozen onderwerp is gebruikt in dit onderzoek. Al met al is het voor ons een leerzaam proces geweest waar we allen met plezier op terugkijken.

H.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt de context van het thema van dit onderzoek beschreven. Speltherapie, de speltherapiepraktijk RHVSpel en ADHD/emotieregulatie komen hierin met name naar voren. Daarnaast wordt de aanleiding van dit onderzoek beschreven, de doelstellingen (lange en korte termijn) en de onderzoeksvraag met daarbij horende deelvragen van dit onderzoek.

1.1 CONTEXT

In de maatschappij is sinds de komst van internet sprake van een digitalisering van gedrag en diensten. Online winkelen wordt steeds gewoner, aanschaf van dagelijkse boodschappen of kleding gaat tegenwoordig grotendeels online via webwinkels. Ook in de dienstverlening is er sprake van digitalisering. Banken hebben een online helpdesk, bieden het gebruik van een huishoudboekje of chatsessies voor starters over de hypotheek aan (Timmer, 2011). Ook de zorg gaat online, e-health is een fenomeen wat niet meer weg te denken is uit de gezondheidszorg. E-health staat voor elektronische gezondheid, ofwel zorg via internet. Steeds meer aandacht gaat uit naar zogeheten “blended care”, waarbij reguliere face-to-face gesprekken gecombineerd worden met online interventies zoals bijvoorbeeld chat, beeldbellen, online behandelmodules en online inzage in het eigen gezondheidsdossier (GGZ Nederland, 2017). Nieuwe e-health-interventies blijken zeer waardevolle behandelingen te kunnen zijn volgens Van Pelt. Voordelen van deze nieuwe vorm van therapie zijn de mogelijkheden die ze bieden in het aanleren van (sociale) vaardigheden, kennisoverdracht (psycho-educatie) en patiënten geschikte instrumenten geven om meer onafhankelijke en zelfbewuste individuen te worden (van Pelt, 2015).

Enkele resultaten en conclusies, van de Nederlandse zorggebruikers maakt 93% gebruik van internet. 65% zoekt zelf informatie over zijn ziekte of behandeling op internet en 50% zoekt informatie over voeding en bewegen. 13% van de zorggebruikers zegt in 2014 bij zijn huisarts online afspraken te kunnen maken (7% in 2013) en 30% zegt online herhaalrecepten aan te kunnen vragen (21% in 2013). 98% van de huisartsen (93% in 2013) en 75% van de medisch specialisten (66% in 2013) houdt het patiëntendossier vooral elektronisch bij. 41% van de verpleegkundigen en verzorgenden ervaart belemmeringen bij de inzet van ICT in het werk en 52% wil meer betrokken worden bij nieuwe ICT-toepassingen. Veel minder mensen gebruiken vormen van e-health voor zelfmanagement. Zo hield slechts 3% van de zorggebruikers zelf online gegevens over doktersbezoek of behandelingen bij. 9% van de mensen die een dokter bezocht hield zelf online gezondheidsgegevens bij en 12% hield in 2014 zijn lichamelijke activiteit online bij, bijvoorbeeld met behulp van een stappenteller (Krijgsman, et al., 2014).

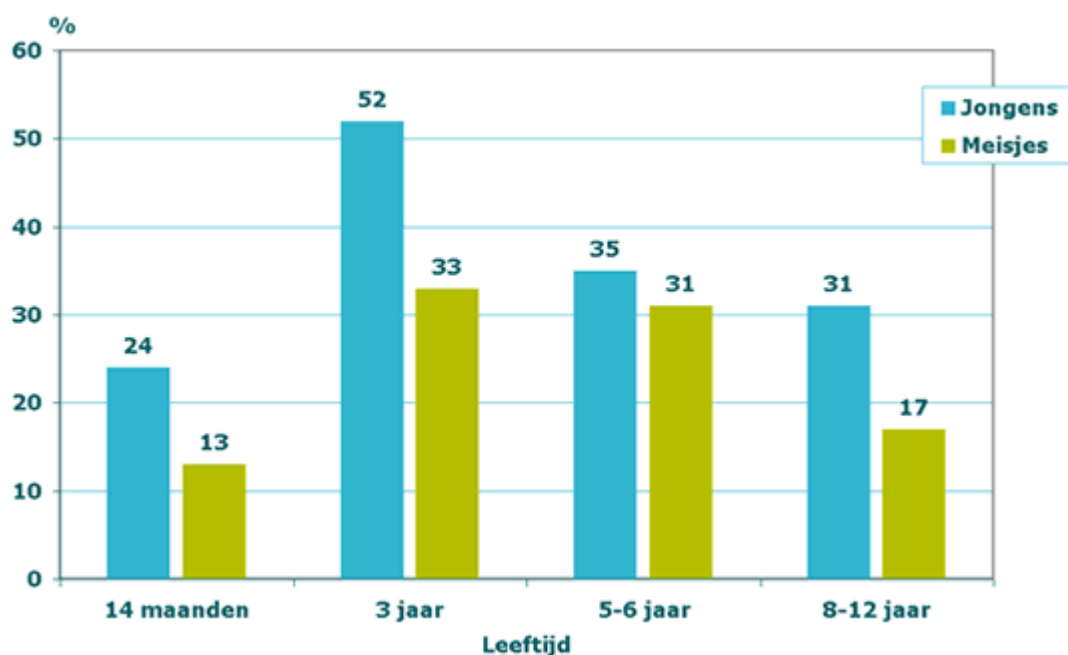
Emotieregulatiestoornissen/ADHD komen tijdens de behandeling bij RHVSpel regelmatig naar voren. Volgens het Nederlands Jeugdinstituut, zij beschikken over gegevens en daaruit blijkt het volgende aangaande ADHD:

Het is niet bekend hoeveel kinderen en jongeren op dit moment ADHD hebben. Er zijn geen Nederlandse onderzoeken of registraties die daarover betrouwbare gegevens kunnen leveren. Maar het is wel mogelijk om een schatting te maken. Op grond van verschillende gegevens kan men ervan uitgaan dat 2 tot 6 procent van alle jeugdigen ADHD heeft. In het NEMESIS-2 onderzoek is bij volwassenen een diagnostisch interview afgenomen waarmee onder andere ADHD in de kindertijd kan worden bepaald. Van de 18- tot 44-jarige deelnemers aan dit onderzoek heeft, afgaande op dit interview, 2,9 procent in de jonge jaren ADHD gehad. Van de deelnemers die in hun kindertijd ADHD hadden, is ongeveer drie kwart man. Bij meer dan 70 procent van deze groep is ook in de

volwassenheid nog sprake van ADHD. Rond de 48 procent van hen is van het onoplettende type, 16 procent is hyperactief/impulsie, 36 procent is van het gecombineerde type. In een eerdere rapportage van het NEMESIS-2 onderzoek is aangegeven dat 4,7 procent van de 18- tot 24-jarigen ooit in het leven symptomen van ADHD heeft gehad. Het gaat hierbij om 7,8 procent van de jonge mannen en 1,8 procent van de jonge vrouwen. Aan het begin van deze eeuw is, op grond van buitenlands onderzoek, geschat dat tussen de 3 en 6 procent van de kinderen ADHD heeft. De enige andere cijfers uit Nederlands onderzoek dateren uit 1993. Volgens dit onderzoek heeft minder dan 2 procent van de 13- tot 18-jarigen ADHD in een mate die hen in het dagelijks leven hindert (Nederlands Jeugdinstituut, 2017).

Problemen van kinderen volgens beroepskrachten (2005)

Landelijk



Figuur 1

In 2005 heeft, volgens jeugdartsen en -verpleegkundigen, 11 tot 28 procent van de kinderen psychosociale problemen, afhankelijk van leeftijd en geslacht. Psychosociale problemen betreffen zowel internaliserende als externaliserende problemen. Volgens hen heeft 11 procent van de baby's van 14 maanden, 13 procent van de 3-jarigen, 28 procent van de 5- tot 6-jarigen en 21 procent van de 8- tot 12-jarigen psychosociale problemen. Bij 1 tot 3 procent van de kinderen is volgens jeugdgezondheidsmedewerkers sprake van zware psychosociale problemen waarbij ondersteuning of professionele hulp nodig is. In de grafiek is te zien hoeveel van de kinderen met psychosociale problemen gedragsproblemen vertonen. Binnen de groep kinderen met psychosociale problemen heeft 13 tot 52 procent te maken met externaliserende problemen zoals woedeaanvallen, driftbuien, agressief en stoer of brutaal gedrag. Gedragsproblemen komen het meest voor bij jongens van 3 jaar (Nederlands Jeugdinstituut, 2017).

De jongeren van tegenwoordig leven in een digitale wereld waarin ze chatten, gamen, Youtuben en appen. Voor hen is deze wereld perfect om te ontspannen, ontdekken, informeren en te communiceren. Op dit moment nemen digitale middelen echter nog een minimale plek in binnen de jeugdhulpverlening (van Zeeland, 2015). Uit onderzoek blijkt dat veel hulpverleners zich nog aarzelend opstellen tegenover blended care. Ze zijn bang het face-to-face contact te verliezen en dat het overgaat naar alleen nog maar digitaal contact. Of dat ze zelf over onvoldoende digitale kennis en vaardigheden beschikken om ze goed te kunnen helpen. Omdat de jongeren die hier vaak meer van weten dan zij zelf (van Zeeland, 2015). Juist daarom is het van belang om onderzoek te doen naar de ervaringen van digitale hulpmiddelen binnen de jeugdzorg. In het onderzoek worden de pijlen gericht op een speltherapiepraktijk. Past blended care binnen een speltherapie praktijk? Welke mogelijkheden liggen er en draagt het bij aan de behandeling naast de bestaande hulpmiddelen?

1.2 OPDRACHTGEVER

In Oldenzaal bevindt zich de praktijk voor speltherapie en opvoedingsondersteuning RHVSpel. Dit is de opdrachtgever van dit onderzoek. In het jaar 2000 is Renate Hooge Venterink de speltherapiepraktijk begonnen. Momenteel zijn er vier speltherapeuten, twee ambulante begeleiders en een bewegingsagoog werkzaam. Een bewegingsagoog houdt zich bezig met het organiseren, ontwikkelen en aanbieden van sport en bewegen voor mensen met een beperking op lichamelijk, sociaal, emotioneel of cognitief gebied. RHVSpel is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging Van Speltherapeuten (NVVS). Gemiddeld ontvangen 50 kinderen van tussen de drie en vijftien jaar oud therapie en of begeleiding. Bij RHVSpel kunnen kinderen met vele uiteenlopende problematieken terecht zoals: hechtingsgerelateerde problemen, post-traumatische, stresssymptomatologie, ouder-kind relatieproblematiek, geïnternaliseerde stoornissen, met name depressieve beelden en angstproblematiek, somatoforme stoornissen, aanpassingsstoornis, verwerkingsproblematiek van allerlei aard, preventieve voorbereiding op ingrijpende gebeurtenissen, een stoornis in het autistisch spectrum, behandeling bij meerdere op elkaar inwerkende stoornissen (Hooge Venterink, z.j.).

1.3 AANLEIDING

RHVSpel is uniek en wil altijd in ontwikkeling blijven, vernieuwend zijn en de beste zorg bieden aan haar kinderen, ouders/opvoeders. Het kind laten stralen en ouders weer moed geven (Hooge Venterink, z.j.) daar gaat RHVSpel voor. Met de digitalisering van de maatschappij en de ontwikkeling van e-health in de zorg wil RHVSpel niet achterblijven daarnaast willen zij zich ook onderscheiden van andere speltherapie praktijken. Met de vele beschikbare mogelijkheden van online behandelmethoden, interventies, games en apps wil RHVSpel hier op inspelen. Binnen het cliëntenbestand van RHVSpel zijn er veel kinderen die te maken hebben met emotieregulatie problematiek en externaliserende stoornissen zoals ADHD, ODD en/of CD (in hoofdstuk 2 worden deze begrippen verder toegelicht). RHVSpel ziet graag dat er naast de speltherapie en buiten de sessie om ook een soort van begeleiding of hulpmiddel is voor deze doelgroep. RHVSpel merkt dat bij veel kinderen de interesse ligt bij mobiele telefoons, games en apps. Veel van deze kinderen hebben bijvoorbeeld al een mobiele telefoon met bepaalde apps. Of geven aan thuis games te spelen op de Wii, Xbox, Playstation of computer. Zo vroeg bijvoorbeeld een kind tijdens een speltherapie sessie aan de therapeut of hij een keer een online game mocht spelen tijdens een sessie. Het kind vertelde hier erg enthousiast over, hoe goed hij hierin was en dat hij het graag wilde laten zien. Volgens R. Hooge Venterink (persoonlijke communicatie, 8 september 2016) zou het juist in dat soort situaties mooi zijn als de therapie kan worden gecombineerd met het gebruik van online games, apps et

cetera. die aansluiten bij de behandeling. De praktijk maakt gebruik van verschillende en uiteenlopende spelmaterialen om de therapie zo goed mogelijk te laten verlopen. RHVSpel wil altijd graag aansluiten bij de leefwereld van de kinderen om hierdoor tot een optimale behandeling en begeleiding te komen. Daarom is het thema digitale hulpverlening zo van belang om ook aan te sluiten bij de huidige maatschappelijke ontwikkelingen op digitaal gebied. Momenteel is er binnen RHVSpel weinig tot geen kennis aanwezig van de mogelijkheden van de online behandelmethodes, interventies, games en apps die kunnen bijdragen aan een onderscheidende behandeling van het kind. RHVSpel wil deze mogelijkheden dan ook onderzoeken.

1.4 DOELSTELLING

Doelstelling op de korte termijn: Inzicht verschaffen in wat de mogelijkheden zijn om digitale apps, games toe te passen binnen de huidige vorm van de aangeboden speltherapie van RHVSpel. Dit bij de doelgroep van kinderen tussen de 10 en 12 jaar met ADHD en emotieregulatieproblematiek.

Doelstelling op de lange termijn: Digitale apps, games toepassen binnen RHVSpel. Deze vervolgens te integreren in de werkwijze van RHVSpel. Dit op een zodanige manier dat de apps, games een toegevoegde waarde en positieve bijdrage kunnen leveren aan de speltherapie.

1.5 ONDERZOEKSVRAAG EN DEELVRAGEN

Onderzoeksvraag: Welke mogelijkheden zijn er bij de begeleiding van kinderen met ADHD en emotieregulatieproblematiek tussen de 10 en 12 jaar om naast de bestaande hulpmiddelen digitale apps, games toe te voegen aan de speltherapie?

Theoretische deelvragen:

1. Wat zegt de literatuur over het begrip ADHD en emotieregulatieproblematiek?
2. Wat is speltherapie en hoe wordt deze toegepast in het algemeen binnen speltherapiepraktijken?
3. Zijn er op de huidige markt apps, games die hun meerwaarde hebben bewezen voor de begeleiding van kinderen tussen de 10 – 12 jaar met ADHD en emotieregulatieproblematiek?

Praktische deelvragen:

4. Aan welke verwachtingen van therapeuten en cliënten moet een digitale app. voldoen die naast de bestaande behandelmethoden kan worden toegepast?
5. Wat zijn de ervaringen van de cliënten waarbij de app. is toegepast en wat zijn de ervaringen van de therapeuten die met de app. hebben gewerkt binnen RHVSpel?
6. Hoe kan men binnen RHVSpel een digitale app. op een efficiënte en effectieve manier inzetten?

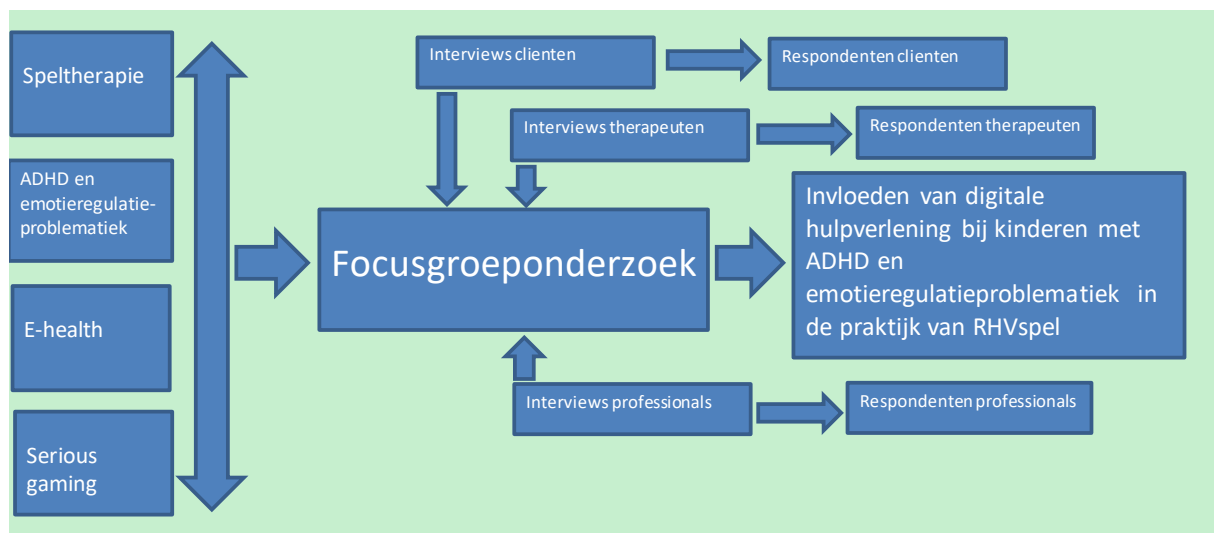
H.2 THEORETISCH KADER

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk wordt een visualisatiemodel van het onderzoek weergegeven. De kernbegrippen die zijn weergegeven in het visualisatiemodel aan de rechterzijde worden hierna in de volgende paragrafen geoperationaliseerd. Deze begrippen worden gedefinieerd aan de hand van een uitgebreid aantal bronnen (boeken en artikelen). De begrippen die in dit hoofdstuk aan bod komen zijn achtereenvolgens: speltherapie, ADHD, e-health en serious games. Bij de paragraaf over serious games komt ook de digitale applicatie aan bod die is gekozen voor dit onderzoek.

2.1 VISUALISATIE

In deze paragraaf wordt het onderzoek door middel van de volgende figuur gevisualiseerd:

In het midden van het figuur staat de onderzoeksvorm, namelijk een focusgroeponderzoek. De onderzoeksvorm zal verder worden beargumenteerd in hoofdstuk 3. Boven en onder de onderzoeksvorm worden de verschillende soorten interviews weergegeven die moeten leiden naar de resultaten. Geheel aan de linkerkant van het figuur staan de belangrijkste kernbegrippen van het onderzoek die verder worden geoperationaliseerd in dit hoofdstuk.



Figuur 2

2.2 SPELTHERAPIE

Speltherapie is een vorm van psychotherapie, ontwikkeld voor kinderen met ernstige problemen van persoonlijke aard. In de therapie krijgt het kind de ruimte om die problemen in spelvorm uit te drukken. De therapeut dient geschoold te zijn op het gebied van speltherapie. Daarnaast is het van belang dat de kennis up-to-date is van de professional, een voorwaarde voor het verrichten van psychotherapie. Verschillende vormen van speltherapie kunnen worden onderscheiden: de psychoanalytische kindertherapie, de client-centered-kindertherapie, de hermeneutische speltherapie en de beeldcommunicatie. Alle maken ze gebruik van het spel als therapeutisch middel, maar ze verschillen in theoretische uitgangspunten en daaraan gekoppelde therapeutische doelstellingen (Hellendoorn & van Berckelaer-Onnes, 2002).

Hulpverleners zetten speltherapie in bij problemen op de volgende gebieden:

- Traumatische ervaringen, zoals het verlies van belangrijke personen, kindermishandeling en veranderingen in de thuissituatie of gezinssamenstelling;
- Emotionele problemen, zoals problemen met het uiten van gevoelens, een gebrek aan zelfvertrouwen, een negatief zelfbeeld en hechtingsproblemen;
- Sociale problemen, waaronder moeilijkheden in de omgang met leeftijdsgenoten of volwassenen (Bartelink, 2012).

Speltherapeuten kunnen werken in het (speciaal) onderwijs, de jeugdzorg, bij instellingen voor mensen met een lichamelijke en verstandelijke beperking, in de (geestelijke) gezondheidszorg en in particuliere speltherapiepraktijken (Bartelink, 2012).

Gesteld kan worden dat speltherapie op een zeer breed vlak toegepast kan worden binnen (geestelijke) gezondheidszorg.

2.2.1 EFFECTIVITEIT VAN SPEL THERAPIE

Het gebrek aan methodologisch gedegen onderzoek is een punt van grote kritiek van veel onderzoekers. Ook Hellendoorn (2002) concludeert dat er nog weinig onderzoek gedaan is naar de effectiviteit van speltherapie. Haar verklaring hiervoor is dat therapeuten vooral praktijkwerkers zijn. In de praktijk zijn er weinig mogelijkheden voor tijdrovend en methodologisch ingewikkeld onderzoek. Een belangrijk aspect van effectonderzoek zou de veranderingstheorie moeten zijn, oftewel het verband tussen de problemen van het kind, de doelen die in de behandeling gesteld zijn en de werkwijze van de speltherapeut (Bartelink, 2012).

Ook in het rapport van Bartelink (2012) wordt gesproken over de effectiviteit van speltherapie. Over speltherapie zijn zeven overzichtsstudies verschenen in de internationale wetenschappelijke literatuur. Op basis van deze overzichten is een aantal algemene conclusies te trekken. In de eerste plaats dat speltherapie lijkt te werken bij een groot aantal uiteenlopende problemen zoals emotionele en gedragsproblemen. De effectgroottes zijn matig tot groot. Speltherapie lijkt positieve effecten te hebben op zelfconcept, gedrag, cognitieve vaardigheden, sociale vaardigheden en angst, gezinsrelaties en gezinsfunctioneren. Gemiddeld hadden kinderen die speltherapie kregen minder problemen dan kinderen die geen behandeling kregen. Speltherapie lijkt even effectief te zijn als verbale therapieën voor volwassenen en andere therapieën voor kinderen, zoals een sociale vaardigheidstraining (Bartelink, 2012).

2.3 ADHD

ADHD, van het Engelse attention deficit/hyperactivity disorder is een combinatie van een aandachtstekort met hyperactiviteit en/of impulsiviteit. De klachten zijn erger dan op grond van de leeftijd verwacht mag worden en doen zich in tenminste twee situaties voor, zoals thuis en op school. De eerste klachten treden op voor de leeftijd van zeven jaar en zijn niet te wijten aan een andere stoornis of ziekte. Ongeveer 3-5% van de kinderen heeft ADHD, jongens hebben het vaker dan meisjes. Met het klimmen van de jaren worden de klachten vaak milder, maar bij de helft blijven vergelijkbare klachten tot in de volwassenheid bestaan. ADHD leidt regelmatig tot problemen als schooluitval, slechte relaties met leeftijdsgenoten en volwassenen en verslaving. Er worden drie vormen onderscheiden. Bij het gecombineerde type zijn alle bovengenoemde verschijnselen

aanwezig. Bij het overwegend hyperactieve-impulsieve type is het aandachtstekort beperkt. Bij het onoplettende type is juist de hyperactiviteit beperkt (Bergsma, 2004).

2.3.1 KENMERKEN ADHD

Niet alle drukke, ongeconcentreerde of dromerige kinderen hebben ADD/ADHD. Sommige van de signalen horen gewoon bij een normale ontwikkeling van het kind. Zo heeft een kleine peuter veel meer moeite met stilzitten en geconcentreerd puzzelen dan een kind dat al naar de basisschool gaat. Dat betekent dus dat men zich niet direct zorgen hoeft te maken bij het herkennen van een kind in enkele kenmerken, deze kenmerken alleen zijn dus onvoldoende tot het stellen van een ADHD diagnose. Ook geldt dat ADHD en hoogbegaafdheid soms worden verward. Een kind dat voor zijn niveau veel te makkelijke taakjes krijgt zal ook veel moeite hebben om zich te concentreren en sneller verveeld zijn omdat hij nu eenmaal sneller dingen doorheeft. Het verschil is wel dat een hoogbegaafd kind zich vaak wel goed concentreren kan op dingen die interessant genoeg voor hem zijn.

Kenmerken:

- Het moeite hebben met aandacht houden bij taakjes of spel.
- Het moeite hebben met aandacht houden bij details, maken van slordigheidsfouten.
- Het moeite hebben met luisteren naar wat er gezegd wordt.
- Het niet volledig opvolgen van aanwijzingen en/of opdrachten.
- Het niet afmaken van taken.
- Het moeite hebben met taken organiseren en/of overzien.
- Het vermijden van taken waar langerdurende mentale inspanning bij nodig is. Zo zal het kind bijvoorbeeld niet zoveel interesse hebben in het (voor)lezen van een boek of het maken van een puzzel.
- Het verliezen van dingen die nodig zijn voor het uitvoeren van taken of activiteiten.
- Het vlug afgeleid zijn door externe stimuli.
- Het vaak vergeetachtig zijn bij dagelijkse bezigheden.
- Het constant friemelen/ frunniken.
- Het opstaan van de stoel in situaties waarbij verwacht wordt dat hij/zij moet blijven zitten.
- Rondrennen of klimmen in situaties waarin dit niet gepast is.
- Het moeite hebben met het uitvoeren van rustige activiteiten.
- Het uitflappen van antwoorden voordat de vraag geheel gesteld is.
- Het moeite hebben met wachten op zijn/haar beurt (allesoverkinderen, z.j.).

2.3.2 OORZAKEN ADHD

Het is niet precies duidelijk welke factoren ADHD veroorzaken en in stand houden. Wel is bekend dat erfelijkheid een grote rol speelt, en dat er neurologische afwijkingen, zoals veranderde hersenactiviteit aan ten grondslag liggen. Daarnaast zijn er verschillende factoren die de individuele kwetsbaarheid vergroten, zoals prenatale blootstelling aan alcohol en nicotine. De omgeving heeft geen grote invloed op het ontstaan van ADHD, mogelijk wel op het voortbestaan ervan.

Genetisch

ADHD is sterk erfelijk. Uit diverse bronnen komen schattingen dat ADHD voor bijna 80 procent is toe te schrijven aan genen. Broertjes en zusjes van kinderen met ADHD hebben 2 tot 3 maal meer kans dat ze zelf ook ADHD hebben.

Neurologisch en fysiologisch

Bij veel kinderen met ADHD is sprake van een verminderd activatieniveau in de hersenen. Ook hebben deze kinderen vaker afwijkingen in het hersenvolume en in de verhoudingen tussen bepaalde delen in de hersenen. Het is onduidelijk of dit oorzaken zijn van ADHD, of juist gevolgen.

Omgeving

Bepaalde kenmerken of factoren uit de omgeving kunnen ook een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van ADHD. Blootstelling, in de baarmoeder, aan bepaalde giftige stoffen (bijvoorbeeld alcohol of nicotine), of een laag geboortegewicht, zijn risicofactoren voor het ontstaan van ADHD. Ook het gezin speelt een rol: uit onderzoek blijkt dat het opvoedgedrag van de ouders een rol speelt bij de manier waarop ADHD zich uit.

Beschermende factoren

Er is weinig bekend over factoren die beschermen tegen het ontstaan en het blijven bestaan van ADHD. De sterke invloed van erfelijkheid en neurologische afwijkingen maakt het ook moeilijk om daarvan te spreken. Maar het is wel duidelijk dat goede opvoedvaardigheden van de ouders (duidelijke structuur, realistische verwachtingen) in belangrijke mate bepalend zijn voor de manier waarop ADHD tot uiting komt. Kinderen met ADHD stellen hoge eisen aan hun ouders en hoe beter die daarmee kunnen omgaan, des te meer die kinderen beschermd zijn tegen de moeilijkheden die het hebben van ADHD met zich meebrengt. Goede opvoedvaardigheden kan dan ook als een beschermende factor worden beschouwd. Er zijn diverse interventies die daarop gericht zijn.

2.3.3 BEHANDELING ADHD

De behandeling van ADHD is er op gericht om de negatieve spiraal in de ontwikkeling te doorbreken. In het algemeen wordt er gebruik gemaakt van medicatie en gedragstherapeutische behandeling. Welke behandeling als eerste ingezet wordt is afhankelijk van de ernst van de ADHD en van voorkeuren van ouders en kinderen.

In de multidisciplinaire richtlijn ADHD (2005) zijn de volgende behandeldoelen opgesteld:

1. Informatieverschaffing en psycho-educatie.
2. Bestrijden of reduceren van de symptomen en belastende factoren.
3. Beperken van de gevolgen.
4. Verbeteren/herstellen van het sociale functioneren.
5. Chroniciteit voorkomen/opheffen.

De niet medicamenteuze behandelvormen voor kinderen en jongeren met ADHD kunnen onderverdeeld worden in drie categorieën: psycho-educatie, psychologische behandelvormen en diëten.

Psycho-educatie

Psycho-educatie bestaat uit het informeren van kind, ouders, leerkrachten en eventueel andere naasten over ADHD en de behandeling hiervan. Psycho-educatie aan ouders en kinderen is de belangrijkste eerste stap in de behandeling, nadat de diagnose ADHD is vastgesteld en voordat andere interventies worden gestart. Naast mondelinge psycho-educatie moeten ouders en kinderen op aanvullende publicaties gewezen worden. Tot op heden is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar de effecten van psycho-educatie en wat er bestaat aan studies laat op methodologisch vlak soms nog te wensen over. De onderzoeksresultaten die wel beschikbaar zijn laten zien dat psycho-educatie verschillende factoren kan verbeteren, zoals bijvoorbeeld bijkomende symptomen, kwaliteit van ouder-kind relaties en behandeltrouw. Er bestaan speciale programma's voor psycho-educatie bij de behandeling van ADHD, zoals het online psycho-educatie programma 'ADHD voor kids'.

Psychologische behandelvormen

De drie bekendste psychologische behandelvormen zijn gedragstherapeutische behandeling, cognitieve training, en neurofeedback.

Gedragstherapeutische behandeling

Gedragstherapeutische behandelingen zijn gericht op de vermindering van ADHD symptomen en/of op de vermindering van comorbide symptomen en problemen, zoals oppositioneel en opstandig gedrag. Het verdient de aanbeveling om behandelingen volgens het "stepped care" model aan te bieden. Hierbij wordt begonnen met de lichtste en minst intensieve vorm van behandeling. Indien onvoldoende resultaat wordt bereikt, wordt een zwaardere vorm van behandeling ingezet. Er bestaan gedragstherapeutische behandelingen gericht op ouders, leerkrachten en op het kind zelf. Over het algemeen worden met name gedragstherapeutische trainingen van ouders en leerkrachten beschouwd als bewezen effectieve interventies. De meeste gedragstherapeutische behandelingen die rechte reeks op het kind aangrijpen voldoen (nog) niet aan de criteria hiervoor. Over de mate waarin gedragstherapeutische behandelingen effectief zijn in de vermindering van ADHD symptomen

is momenteel internationaal veel discussie. Hoewel in verschillende reviews en meta-analyses de effectiviteit van verschillende interventies op ADHD symptomen werd aangetoond, bleek uit een meta-analyse (Sonuga-Barke, et al., 2013) dat wanneer alleen naar de (zoveel mogelijk) geblindeerde metingen gekeken werd er geen effect meer over bleef. Een tweede meta-analyse (Daley, et al., 2014), waarbij dezelfde methode werd gebruikt, liet echter zien dat gedragstherapeutische behandelingen wel effect hebben op andere domeinen dan de ADHD symptomen, met name op gedragsproblemen van kinderen en op ouderlijk gedrag. Ook ander onderzoek wijst in die richting.

Cognitieve training

Cognitieve trainingen zijn gericht op het versterken van neuropsychologische processen die mogelijk betrokken zijn bij ADHD, zoals werkgeheugen, inhibitie en cognitieve flexibiliteit (executieve functies). Executieve functies zijn nodig voor onder andere zelfregulatie (het beheersen van onder andere gedrag en emoties). Onderzoek suggereert dat bij kinderen met ADHD sprake is van problemen met executieve functies, maar deze problemen verschillen per kind. Cognitieve behandeling blijkt uit onderzoek een klein tot middelmatig effect te hebben op de executieve functies die getraind worden. Onduidelijk is echter nog wat de effecten zijn op gedragsmaten of schoolprestaties. Uit de meta-analyse (Sonuga-Barke, et al., 2013), bleek dat wanneer (zo veel mogelijk) alleen geblindeerde maten worden geëvalueerd er geen significant effect van cognitieve training op ADHD symptomen is. Voorbeelden van cognitieve behandelingen zijn CogMed en Braingame Brian.

Neurofeedback

Bij neurofeedback wordt de hersenactiviteit gevisualiseerd op een computerscherm. Door middel van elektroden op het hoofd worden de hersengolven naar een computer gestuurd, en vervolgens “vertaald” naar de beelden op het scherm, bijvoorbeeld in een spel. Door zich te concentreren of juist te ontspannen veranderen de hersengolven, en dit is terug te zien in het spel op het scherm. Zodra de gewenste hersenactiviteit bereikt is, volgt er een beloning in het computerspel. Een ander voorbeeld is dat het kind naar een tekenfilm mag kijken, maar dat het beeld onscherp wordt wanneer de hersenenactiviteit te hoog of te laag is. De hersenen worden dus door middel van conditionering getraind om activiteit beter te reguleren. Het doel van neurofeedback bij ADHD is het verbeteren van aandacht en het beter controleren van impulsen. Onderzoeken tonen geen eenduidige resultaten van neurofeedback training, mogelijk als gevolg van de uitgevoerde onderzoeksmethode. Twee recente reviews sluiten een positieve werking van neurofeedback niet uit, maar wijzen op het gebrek aan methodologisch sterk onderzoek om een bewijs te leveren voor de effectiviteit ervan. Uit een meta-analyse (Sonuga-Barke, et al., 2013) blijkt echter dat uit gerandomiseerde gecontroleerde studies met geblindeerde maten er geen effect van neurofeedback op ADHD-symptomen is.

Diëten

Er zijn diëten ontwikkeld om de kernsymptomen van ADHD te bestrijden. De bekendste zijn eliminatiediëten, kleurstofdiëten en vetzuurdiëten. Eliminatiediëten bevatten alleen hypoallergeen voedsel. Wat er precies wordt weggelaten, kan per kind verschillen. Kleurstofdiëten mijden specifiek ingrediënten die kunstmatige kleurstoffen bevatten. Vetzuurdiëten voegen juist iets toe, namelijk omega-3 vetzuur supplementen. De gedachte achter al deze diëten is dat voedsel de hersenen en daarmee gedrag kan beïnvloeden. Uit onderzoek kwam naar voren dat een eliminatiedieet tot symptoomvermindering leidt bij jonge kinderen met ADHD. Voor de werking van het kleurstofdieet en vetzuurdieet is nog geen bewijs gevonden. Het lijkt er wel op dat het toevoegen van vetzuur supplementen en het weglaten van kleurstoffen goede effecten kan hebben op ADHD symptomen, echter waarschijnlijk treedt dit effect alleen op bij kinderen met ADHD die allergisch zijn voor

bepaalde voedingsmiddelen. Het effect van diëten op ADHD-symptomen is al met al (nog) niet voldoende wetenschappelijk onderbouwd. De onderzoeken die er zijn, zijn methodologisch zwak of vinden resultaten die te wijten kunnen zijn aan een placebo-effect. Verder zijn deze diëten vaak moeilijk vol te houden, met name voor oudere kinderen. Bovendien is het volgen van het bijbehorend programma duur en kan het maar op weinig locaties worden gevolgd in Nederland.

Kinderen en jongeren met ADHD lopen op de lange termijn meer risico op problemen met zowel hun gezondheid als in sociaal- en maatschappelijk functioneren. Van behandelingen zijn met name korte termijn effecten onderzocht waarbij de effecten op lange termijn onbekend zijn (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2016).

2.3.4 EMOTIEREGULATIEPROBLEMATIEK EN ADHD

Als emoties niet goed herkend worden of onvoldoende of onhandig geuit worden, kan dat problemen geven in het dagelijks functioneren. Wanneer dit vaker gebeurt of steeds bij dezelfde soort emotie (bijvoorbeeld vaker bij verdriet of bij boosheid) kan men spreken van emotieregulatieproblemen. Emotieregulatieproblemen vormen een symptoom of kenmerk van verschillende andere stoornissen en problemen (bijvoorbeeld bij persoonlijkheidsproblematiek), maar vormen vaak ook de basis voor latere psychische problemen (bijvoorbeeld voor angst- en stemmingsklachten) (SKJ, z.j.).

Wanneer men kijkt naar stemmingsinstabiliteit: hieronder vallen prikkelbaarheid, wispelturigheid, stemmingswisselingen, beperkte frustratietolerantie en driftbuien, symptomen die in wisselende mate bij patiënten met ADHD optreden. Het gegeven dat deze klachten niet opgenomen zijn in de formele diagnostische criteria, verleent hen een wat aparte en onduidelijke status: horen ze nu wel of niet bij ADHD?

Er zijn nog te weinig gegevens bekend over het verloop en de ontwikkeling van de stemmingsymptomen bij ADHD; hoewel stemmingsinstabiliteit bij kinderen slechts indirect te observeren en te bestuderen valt, wijst alles erop dat stemmingsproblemen zich in alle levensfasen voordoen bij patiënten met ADHD. Er zijn aanwijzingen dat ze met name meer samengaan met symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit, zeker bij kinderen. Hoewel het niet zo is dat stemmingsinstabiliteit enkel en alleen een gevolg is van disfunctionerende emotieregulatie, heeft onderzoek wel uitgewezen dat kinderen en volwassenen met ADHD meer problemen hebben met het reguleren van hun emoties, waardoor hun stemming minder stabiel is. Dit maakt ook begrijpelijk waarom met behandeling van ADHD de stemmingsinstabiliteit kan verminderen. Het reguleren van emoties valt voor een deel ook onder de executieve hersenfuncties, en de stoornissen in de executieve functies die aangetoond zijn bij kinderen en volwassenen met ADHD kunnen de stemmingsinstabiliteit helpen verklaren.

Ook andere neuropsychologische verklaringsmodellen kunnen hierbij worden betrokken. De sterke intra-individuele variabiliteit in het functioneren (zoals in het uitvoeren van neurocognitieve testen) is een van de meest consistente bevindingen bij ADHD, en wordt tegenwoordig in een cognitief-energetische verklaringsmodel teruggevoerd tot een onvermogen de energetische status adequaat te reguleren en te optimaliseren. Ook variaties in arousal kunnen op deze manier leiden tot ervaren stemmingswisselingen (en wisselingen in emotie-regulatie). Verder speelt ook de moeite met het uitstellen van beloning (reward delay) een rol in de beperkte frustratietolerantie. Het huidige standpunt is dat de symptomen van ADHD (en dus ook de stemmingsymptomatologie) het best

uitgelegd worden met een combinatie van deze verschillende verklaringsmodellen, hetgeen gelijk ook een verklaring is voor de heterogeniteit en de variabiliteit van de stoornis verklaart.

Een ander modern concept is het onderscheid tussen “cool” executive functioning (gekoppeld aan thalamus, basale ganglia, hippocampus en primaire en secundaire associatie area's van de hersenschors), verantwoordelijk voor het intellectuele functioneren en gedrag, en “hot” executive functioning (orbitale en mediale prefrontale hersenschors, amygdala, limbische systeem), gericht op de integratie van emotie-gerelateerde informatie. Hoewel dit mooie onderscheid in de praktijk toch niet zo nauwkeurig blijkt, wordt hiermee de associatie van stemminginstabiliteit en hyperactiviteit/impulsiviteit inzichtelijk gemaakt.

Uit onderzoeken komt naar voren dat stemmingsinstabiliteit een vast onderdeel is van ADHD op elke leeftijd en daarom een plaats in de diagnostische criteria verdient. Een verdere aanbeveling ligt daarom voor de hand; bij een patiënt die in de eerste plaats last heeft van een instabiele stemming ook aan ADHD denken. (Carpentier, z.j.)

RHVSpel heeft in haar cliëntenbestand kinderen met emotieregulatieproblematiek waaronder juist ADHD valt. De Beat-It app. is toegespitst op emotieregulatieproblematiek. Het inzetten van de Beat-It app. tijdens de behandeling van deze cliënten is toegepast. Dit om te kijken wat de uiteindelijke beleving hiervan is bij de cliënten met ADHD.

2.4 E-HEALTH

E-health is het gebruik van informatie- en communicatie technologieën, onder andere internettechnologie, gericht op de patiënt in het primaire zorgproces, met als doel het verbeteren van de individuele gezondheid en de gezondheidszorg in het algemeen (Timmer, 2011). Voor een succesvolle e-health-toepassing is een goede balans nodig tussen de investering (in geld en tijdsinspanning) en het resultaat (betere zorg, gemak en financiële vergoeding) (Krijgsman, et al., 2014). Binnen de e-health zijn er verschillende interventies. Iedere zorgsector heeft zijn eigen e-health interventies. Uiteraard kunnen interventies die worden gebruikt in een sector ook waardevol zijn voor een andere sector. Onderstaand zullen een viertal interventies beschreven worden.

- Online behandeling ook wel internettherapie genoemd, richt zich op de klachtenreductie in de behandelfase. Het zijn vaak geprotocolleerde interventies, die de patiënt zelf kan doorlopen. De rol van de professional is hier op de achtergrond, hij geeft feedback aan de patiënt op basis van de opdrachten die de patiënt online doet. Vooral in de GGZ (geestelijke gezondheidszorg) zijn er deze behandelinterventies. Deze richten zich op allerlei psychische klachten zoals angst- en paniekstoornissen, depressie, burnoutklachten of traumaverwerking. Online behandeling beperkt zich tot de behandeling van enkelvoudige psychische klachten. Het voordeel van deze interventie is dat het laagdrempelig en toegankelijk is, de mogelijkheid er is om hierin anoniem deel te nemen, de 24-uurs beschikbaarheid. Een ander voordeel is de herhalingsmogelijkheid, de patiënt kan het zo vaak als gewenst inzien wat in reguliere behandelingen minder vanzelfsprekend is (Timmer, 2011).
- Online (zelfhulp)cursus kunnen begeleide of onbegeleide interventies zijn. Een online cursus is vaak een combinatie van online informatie met een actieve leercomponent. De online cursus biedt voorlichting, informatie en instructie over de aandoening en leven met de aandoening. Zo zijn er bijvoorbeeld online cursussen voor diabetes of COPD (chronische

longziekte) en in de GGZ voor een groot aantal psychische klachten. De zelfhulp cursus is anders dan de online behandeling omdat de ernst van de klachten minder zijn en de begeleidingsintensiteit minder zijn. De doelen richten zich op begeleiding, bevorderen van zelfinzicht, en gedragsverandering. Deze interventie is aantrekkelijk omdat deze als minder stigmatiserend ervaren wordt en er geen contact hoeft te zijn met een hulpverlener. De patiënt kan zelf initiatief nemen en op elk moment starten (Timmer, 2011).

- Online zelftesten passen in de trend van de mogelijkheden die internet biedt. Ze voorzien in een behoefte van sommige zorgconsumenten aan gezondheidscontroles. De patiënt wil zijn gezondheid vaker checken en zoekt daarvoor online naar zelftesten (Timmer, 2011).
- Bij zorg-op-afstandtoepassingen, veelal gebruikt in de ouderenzorg, staat de contactmogelijkheid op afstand centraal (Timmer, 2011).

In de GGZ wordt al volop gebruik gemaakt van e-health. RHVSpel is zich bewust van de ontwikkelingen op het gebied van e-health. Juist daarom wil RHVSpel hierin de mogelijkheden bekijken.

2.5 SERIOUS GAMES

Een serious game is een specifieke werkvorm die onderdeel kan zijn van een online behandeling of (zelf)hulp cursus. Het is een interactieve werkvorm, die in verschillende varianten steeds vaker terug te vinden is in de gezondheidszorg. Zo zijn er games in de revalidatiezorg, om jonge kinderen te ondersteunen in het revalidatieproces. Of educatieve games voor jongeren om stil te staan bij leefstijl en seksualiteit. Bij deze game kan de jongere ingrijpen in een filmpje en zo punten scoren. Een ander voorbeeld is een game voor kinderen met diabetes, gericht op gedragsverandering. Om hen te leren beter om te gaan met hun diabetes zijn de diabetessignalen verwerkt in een game. De juiste reactie in de game, de gewenste leefstijl, levert punten op.

Ook heeft serious gaming een flinke toevlucht genomen in het onderwijs. Zo zet serious gaming aan tot actief en zelfsturend leren, waarvan is aangetoond dat dit leidt tot meer begrip en inzicht in de leerstof. Serious gaming waarbij gebruik gemaakt wordt van simulatie kan abstracte leerstof beter visualiseren en praktisch toepasbaar maken. Het spelkarakter waarbij doorgaans gewerkt wordt met een scoresysteem motiveert leerlingen om steeds beter te worden. Leerlingen vinden spelenderwijs leren met behulp van serious gaming over het algemeen leuk. Dit past in hun huidige belevingswereld, ook thuis. De toepassingen in het regulier onderwijs zijn echter nog steeds beperkt: serious gaming als aanvulling of vervanging van andere (klassikale) onderwijsvormen blijkt nog zeer innovatief te zijn. Men moet er immers wel zeker van zijn dat de gestelde eindtermen en leerdoelen worden behaald binnen het vastgestelde tijdsbestek. De vraag naar de effectiviteit, ofwel de bewezen waarde, van serious gaming in het onderwijs neemt dan ook sterk toe (Oprins, Bakhuys Roozeboom, & Visschedijk, 2013).

In een onderzoek naar de effectiviteit van serious gaming in het onderwijs uitgevoerd in opdracht van TNO, kwam in de conclusie het volgende naar voren: het onderzoek heeft een aantal interessante algemene inzichten opgeleverd. Die veel theorie over de meerwaarde van serious games voor het leerproces bevestigen, namelijk dat typerende kenmerken van een game, waaronder flow of engagement, het spelelement, de manier van scoring en feedback, en de mogelijkheden voor samenwerking zorgen voor een hogere self-efficacy, een meer zelfsturende houding, een hogere motivatie en actiever leren dan een traditionele, klassikale les. Het is opvallend dat deze resultaten

voor alle vijf de games zijn gevonden met enkele nuancerings verschillend per game. De resultaten van dit effectiviteitsonderzoek dragen hiermee bij tot concreet bewijs dat serious gaming het leren kan bevorderen juist door specifieke gamingkenmerken (Oprins, Bakhuys Roozeboom, & Visschedijk, 2013). E-health is in opkomst, zo ook serious gaming. Interessant gegeven hierbij is dat serious gaming al wordt toegepast binnen het onderwijs en dat het haar meerwaarde al heeft bewezen. Binnen de huidige vorm waarin speltherapie wordt aangeboden bij RHVSpel liggen op dit vlak daarom nog genoeg mogelijkheden en kansen.

2.5.1 BEAT-IT APP.

Na veelvuldig onderzoek naar verschillende serious games/applicaties en in samenspraak met de opdrachtgever, is er contact opgenomen met de Yulius academie te Barendrecht. Het bleek erg lastig om een al vol ontwikkelde app. te vinden die aansloot bij de gestelde criteria in hoofdstuk 1. Deze waren er niet. Bij de Yulius academie was men zelf bezig met een onderzoek naar een applicatie, de zogenaamde Beat-It app. Een smartphone applicatie ter ondersteuning van emotieregulatie bij jongeren met een externaliserende stoornis (emotieregulatieproblematiek/ADHD). Ook deze applicatie sloot niet geheel aan bij de eerdere criteria die gesteld waren maar deze waren goed aan te passen en tevens interessant voor de opdrachtgever. Na contact met B.J. van Pelt, de onderzoeker van de Beat-It app. was de Yulius Academie bereid deze applicatie beschikbaar te stellen voor dit onderzoek.

Beat-It is een innovatieve smartphoneapplicatie die jongeren met emotieregulatieproblemen helpt de emoties beter in de hand te houden. Het programma is gericht op jongeren met een gedragsstoornis, of een andere psychopathologie waarbij vaak sprake is van oplopende woede, boosheid, verdriet of stress. Deze emoties nemen vaak de overhand. Er zijn maar weinig interventies die aansluiten bij deze problematiek en in-the-moment support kunnen bieden aan deze jongeren.

Door middel van Beat-It selecteert de gebruiker een liedje uit de eigen muziekbestanden die bij de emotie van dat moment past. De gebruiker kan zijn/haar emotie en de intensiteit hiervan uitdrukken in schudbewegingen die nodig zijn om de overeenkomstige muziek te selecteren. Wanneer de intensiteit van de emotie is gedefinieerd, begint het spel dat gebruikmaakt van de gekozen muziek. Eerst zal begonnen worden met positieve schudbewegingen, daarna zal een extra, onafhankelijke beat-line worden toegevoegd. Deze extra beat zal de gebruiker moeten “pakken”; er kunnen punten gescoord worden als de telefoon geschud wordt op hetzelfde moment dat de beat hoorbaar is. Verschillende niveaus en moeilijkheidsgraden kunnen worden gespeeld. Het spel zal de gebruiker temperen door de kalmerende bewegingen die het vraagt. Tevens zal het spel afleiding vormen van de oorzaak van de emotie, waarbij de initiële, heftige en explosieve aard van de emotie zal afvloeien naar een niveau dat voor de jongeren beter handelbaar zal zijn.

Als beloning zal na het spelen van de app. de favoriete muziek van de gebruiker klinken. Over deze muziek heen hoort de gebruiker zijn eigen stem. Bij de installatie van de app. wordt gevraagd om zelf, of anderen (ouders/vrienden/familie) motiverende gedachten te laten inspreken. Dit geeft “helpende gedachten” of inzichten weer die zijn opgedaan tijdens de behandeling, en die de gebruiker aan het denken zet over zijn/haar emoties en gedrag. De app. wordt aangeboden ter ondersteuning van de reguliere behandeling voor jongeren met externaliserende gedragsproblematiek.

Emotieregulatieproblematiek vormt een basaal probleem bij adolescenten met een externaliserende stoornis als ADHD, ODD en/of CD. Onder deze jongeren is vaak sprake van chronische kwetsbaarheid: zij reageren snel, heftig en emotioneel op prikkels. Om deze heftige en overweldigende emoties de baas te kunnen zijn, is Beat-It ontwikkeld. Beat-It is een smartphone applicatie die bedacht is om spanning en agressie helpen te verminderen. De applicatie werkt door gebruik te maken van muziek, beats, ritmische bewegingen en motiverende gedachten. Met Beat-It kunnen jongeren op de juiste momenten, op eigen kracht, zonder de aanwezigheid van een behandelaar, het eigen functioneren positief beïnvloeden en hun emoties en functioneren leren reguleren. Via positieve bekrachtiging kan escalatie van het gedrag worden voorkomen en zorgt intrinsieke motivatie ervoor dat de app. opnieuw gebruikt wordt in soortgelijke situaties om spanning te verminderen.

Beat-It zet in op de volgende werkzame mechanismen, en leert de jongeren:

- Oplopende boosheid/spanning te herkennen.
- Eigen mate van boosheid en spanning aan te leren geven.
- Afleiding creëren om escalatie van de emotie te voorkomen.
- Geleidelijk hun spanning te laten afvloeien.
- Positieve bekrachtiging te halen uit de applicatie (door middel van ingebouwde, en zelf ingesproken motiverende gedachten).

(Yulius academie, z.j.)

2.6 CONCLUSIE THEORETISCHE DEELVRAGEN

In deze paragraaf zullen conclusies worden beschreven die antwoord geven op de theoretische deelvragen die opgesteld zijn in paragraaf 1.5. Deze worden beschreven aan de hand van de voorgaande theorie weergegeven in dit hoofdstuk.

2.6.1 DEELVRAAG 1

Wat zegt de literatuur over het begrip ADHD en emotieregulatieproblematiek?

Wanneer er gekeken wordt naar het begrip ADHD dan komt de volgende definitie naar voren uit de theorie: een stoornis waarbij er een aandachtstekort met hyperactiviteit en/of impulsiviteit aanwezig is. Er worden drie vormen onderscheiden. Bij het gecombineerde type zijn alle bovengenoemde verschijnselen aanwezig. Bij het overwegend hyperactieve-impulsieve type is het aandachtstekort beperkt. Bij het onoplettende type is juist de hyperactiviteit beperkt (Bergsma, 2004). Het is niet precies duidelijk welke factoren ADHD veroorzaken en in stand houden. Wel is bekend dat erfelijkheid een grote rol speelt, en dat er neurologische afwijkingen, zoals veranderde hersenactiviteit, aan ten grondslag liggen. Daarnaast zijn er verschillende factoren die de individuele kwetsbaarheid vergroten, zoals prenatale blootstelling aan alcohol en nicotine. De omgeving heeft geen grote invloed op het ontstaan van ADHD, mogelijk wel op het voortbestaan ervan zijn (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2016).

Het andere begrip uit de deelvraag is emotieregulatieproblematiek. Als emoties niet goed herkend worden of onvoldoende of onhandig geuit worden, kan dat problemen geven in het dagelijks functioneren. Wanneer dit vaker gebeurt of steeds bij dezelfde soort emotie (bijvoorbeeld vaker bij verdriet of bij boosheid) kan men spreken van emotieregulatieproblemen (SKJ, z.j.).

Verder komt uit de theorie naar voren dat er een duidelijke verband is tussen ADHD en emotieregulatieproblemen. Onderzoek heeft uitgewezen dat kinderen en volwassenen met ADHD meer problemen hebben met het reguleren van hun emoties (Carpentier, z.j.).

2.6.2 DEELVRAAG 2

Wat is speltherapie en hoe wordt deze toegepast in het algemeen binnen speltherapiepraktijken?

Speltherapie is een vorm van psychotherapie, ontwikkeld voor kinderen met ernstige problemen van persoonlijke aard. In de therapie krijgt het kind de ruimte om die problemen in spelvorm uit te drukken. (Hellendoorn & van Berckelaer-Onnes, 2002).

Hulpverleners zetten speltherapie in bij problemen op de volgende gebieden:

- traumatische ervaringen
- emotionele problemen
- sociale problemen

(Bartelink, 2012).

2.6.3 DEELVRAAG 3

Zijn er op de huidige markt, apps die hun meerwaarde hebben bewezen voor de begeleiding van kinderen tussen de 10 – 12 jaar met ADHD en emotieregulatieproblematiek?

Volledig ontwikkelde applicaties met de Nederlandse taal zijn er niet, die aansloten bij de gestelde criteria. Er zijn dus al helemaal geen apps aanwezig op de huidige Nederlandse markt die hun meerwaarde hebben bewezen zoals de deelvraag stelt. Bij de Yulius Academie was men zelf bezig met een onderzoek naar een applicatie, de zogenaamde Beat-It app. Deze app sloot wel aan bij de criteria maar was dus nog niet beschikbaar op de huidige markt. Na overleg met de bovengenoemde academie mocht de app gebruikt worden voor dit onderzoek.

Beat-It is een smartphone applicatie ter ondersteuning van emotieregulatie bij jongeren met een externaliserende stoornis. Het programma is gericht op jongeren met een gedragsstoornis, of een andere psychopathologie waarbij vaak sprake is van oplopende woede, boosheid, verdriet of stress (Yulius academie, z.j.).

H.3 ONDERZOEKSMETHODEN

In dit hoofdstuk wordt onderbouwd waarom er voor praktijkgericht onderzoek is gekozen. Vervolgens komt de onderzoeksmethode aan bod en wordt de keuze verklaard die in dit onderzoek is toegepast. Op deze wijze wordt in beeld gebracht hoe de hoofd- en deelvragen beantwoord zijn voor RHVSpel. Het operationaliseringsschema wordt weergegeven waaruit de interviewvragen zijn opgesteld. Het hoofdstuk zal verder belangrijke kenmerken van het onderzoek bevatten zoals waarom en welke populatie ondervraagd zijn. Ook wordt beschreven hoe de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek onderbouwd worden en tot slot komen de ethische aspecten aan bod.

3.1 ONDERZOEKSTYPE

In de eerste plaats kan (in de leer van de methodologie) onderscheid worden gemaakt tussen twee “hoofdtypen” van onderzoek, te weten fundamenteel (empirisch) onderzoek en praktijkgericht onderzoek. Het belangrijkste onderscheid tussen deze uitgangspunten is het type problemen dat wordt opgelost. Bij fundamenteel onderzoek worden meestal vragen beantwoord die niet primair gericht zijn op de toepassing in de praktijk. Bij praktijkgericht onderzoek houdt men zich meestal wél bezig met het oplossen van problemen uit de praktijk (Verhoeven, 2011). RHVSpel kwam met een praktijkgerelateerde-vraag vanaf de werkvloer. Daarom is er praktijkgerichtonderzoek toegepast bij RHVSpel.

3.2 KWALITATIEF ONDERZOEK

“Bij kwalitatieve methoden wordt niet of nauwelijks met cijfermatige gegevens gewerkt. De onderzoeker is hierbij geïnteresseerd in de betekenis die onderzochte zelf aan situaties geven. Zo worden ‘onderzoekseenheden’ (onderzochte personen) in de omgeving als geheel onderzocht. Bij kwalitatief onderzoek is het verzamelen van gegevens open en flexibel, er kan worden ingesprongen op onverwachte situaties. De gegevens worden niet numeriek opgemaakt, maar in alledaagse verwerkt. Het belangrijkste aspect van kwalitatief onderzoek is dat waarde wordt gehecht aan de betekenis die mensen (deelnemers aan onderzoeken) aan zaken geven (Verhoeven, 2011). Bij het praktijkgerichtonderzoek wat plaats heeft gevonden bij RHVSpel is het juist van belang wat de betekenis is die deelnemers aan zaken geven. Daarom is er juist voor kwalitatief onderzoek gekozen.

3.3 ONDERZOEKSVORM

Focusgroeponderzoek: Zoals de naam al aangeeft, is focusgroeponderzoek een gerichte vorm van onderzoek. Het is een soort groepsinterview, gefocust op een specifiek onderwerp, bijvoorbeeld de ervaringen van mensen met een specifieke vorm van hulpverlening of de gedachten die mensen hebben over een bepaald product in het geval van imago-onderzoek (Baarda & Bakker, 2005).

Het onderzochte onderwerp bij RHVSpel is een specifieke vorm van hulpverlening. Daarom is het interview gericht geweest op de gedachten die de populatie heeft bij het toepassen van het beoogde “nieuwe product”. Namelijk een digitale app. Omdat dit een gerichte vorm van onderzoek is wordt het focusgroeponderzoek toegepast. Een beschrijvende vorm van onderzoek is dan ook de opzet geweest van dit onderzoek. Omdat meningen/gedachten/ideeën van de geïnterviewden bepalend zijn in het beantwoorden van de hoofdvraag. Zo bedoeld: het laten inspireren door hetgeen wat bij de geïnterviewden naar voren is gekomen en de daaruit voortvloeiende conclusies die gesteld kunnen worden.

3.4 DATAVERZAMELINGSMETHODEN

Gelet op de de hoofdvraag die is gesteld voor dit onderzoek is gekozen om de data te verzamelen door middel van interviews. Omdat op deze manier inzicht kan worden verschaft wat de populatie denkt en/of voelt bij het toepassen van de app. tijdens sessie's van de speltherapie.

Voor het onderzoek bij RHVSpel is gebruik gemaakt van het halfgestructureerde interview. Omdat het onderwerp vast ligt zullen ook de belangrijkste vragen vast liggen. Bij het opstellen van de vragenlijsten is gebruik gemaakt van de beschikbare voorkennis die voorhanden is en beschreven staat in hoofdstuk 1 en 2.

In onderstaande figuur is weergegeven hoe de bestaande voorkennis is vergaard en wat de opzet is geweest om de praktijk gerelateerde deelvragen te kunnen beantwoorden.

Deelvraag	Informatie	Bron	dataverzamelmethode
1. Wat zegt de literatuur over het begrip ADHD en emotieregulatieproblematiek?	<u>Kennis</u>	<u>Literatuur</u> <u>Documenten</u>	<u>Literatuur en document research</u>
2. Wat is speltherapie en hoe wordt deze toegepast in het algemeen binnen speltherapiepraktijken?	<u>Kennis</u>	<u>Literatuur</u> <u>Documenten</u>	<u>Literatuur en document research</u>
3. Zijn er op de huidige markt apps, games die hun meerwaarde hebben bewezen voor de begeleiding van kinderen tussen de 10 – 12 jaar met ADHD en emotieregulatieproblematiek?	<u>Kennis</u>	<u>Literatuur</u> <u>Documenten</u>	<u>Literatuur en document research</u>
(praktijk gerelateerd) 4. Aan welke verwachtingen van therapeuten en cliënten moet een digitale app. voldoen die naast de bestaande behandelmiddelen kan worden toegepast?	<u>Kennis/Data</u>	<u>Literatuur/</u> <u>Respondenten</u> <u>Documenten</u>	<u>Literatuur/document research en interviews</u>
(praktijk gerelateerd) 5. Wat zijn de ervaringen van de cliënten waarbij de app. is toegepast en wat zijn de ervaringen van de therapeuten die met de app. hebben gewerkt binnen RHVSpel?	<u>Data</u>	<u>Respondenten</u>	<u>Interviews</u>
(praktijk gerelateerd) 6. Hoe kan men binnen RHVSpel een digitale app. op een efficiënte en effectieve manier inzetten?	<u>Data</u>	<u>Respondenten</u>	<u>Interviews</u>

Figuur 3

3.5 OPERATIONALISERINGSSHEMA

Aan de hand van de onderzoeksvraag en de deelvragen (H.1) en het theoretisch kader (H.2) is er een operationaliseringsschema opgesteld. Vanuit onderstaand operationaliseringsschema zijn de interviewvragen opgesteld. Deze zijn bijgevoegd in de bijlage .

Kernbegrip	Dimensie	Indicator
ADHD	Het overwegend niet-oplettende type (wordt ook wel ADD genoemd).	➤ Dromerig zijn ➤ Passief lijken ➤ Teruggetrokken zijn ➤ Ongeorganiseerd en vergeetachtig zijn ➤ Niet lijken te luisteren ➤ Vaak dingen kwijt zijn ➤ Gemakkelijk afgeleid worden ➤ Moeite hebben met het sociale gebeuren in de klas
	Het hyperactieve type.	➤ Moeilijk stil kunnen blijven zitten ➤ Snel zijn afgeleid ➤ Moeilijk op hun beurt kunnen wachten ➤ Van de ene activiteit naar het andere hollen ➤ Niet rustig kunnen spelen ➤ Overdreven veel praten ➤ Anderen in de rede vallen ➤ Niet luisteren naar wat anderen zeggen ➤ Zich vaak in gevaarlijke situaties storten ➤ Moeilijk instructies kunnen volgen ➤ Anders reageren op straf en beloning ➤ Veel kwijtraken of vaak iets verliezen ➤ Moeilijk blijvend de aandacht kunnen richten ➤ Zichzelf moeilijk onder controle kunnen houden
	Het gemengde type	Kenmerken van hyperactieve type en ADD type
Huidige speltherapie	➤ Bij traumatische ervaringen ➤ Bij emotionele problemen ➤ Bij sociale problemen	➤ Verschillende spelvormen ➤ Effectiviteit ➤ Motivatie bij cliënten
Effectiviteit van apps	➤ Online behandelingen ➤ Zelfhulp cursussen ➤ Games in de gezondheidszorg ➤ Games in onderwijs	➤ Actief en zelfsturend leren ➤ Abstracte leerstof beter visualiseren en praktisch toepasbaar maken ➤ Spelkarakter motiveert om

	➤ Educatieve games	- beter te worden ➤ Past in de huidige belevingswereld van kinderen ➤ In het algemeen leuk om te doen
Verwachtingen van apps		➤ Huidige belevingswereld ➤ Extra hulpmiddel ➤ Visueel ➤ Snel ➤ Duidelijk
Ervaringen met apps		➤ Gebruiksgemak. ➤ Lerend vermogen. ➤ Spelelement. ➤ Effectiviteit
Effectief apps inzetten		➤ Begrip van de serious games ➤ Het voegt iets toe
Efficiënt apps inzetten		➤ Betaalbaar ➤ Tijd binnen het bestaande aanbod

Figuur 4

Na het onderzoek zijn de onderzoekers tot de conclusie gekomen dat de vraagstellingen op bepaalde fronten (app. gerelateerd) tekort zijn geschoten. Daarmee wordt bedoeld dat de vragen te algemeen zijn geweest. De vragen hadden een diepgaander karakter moeten hebben zodat er meer bruikbare informatie uit vraagstelling naar voren was gekomen. En dan met name de vragen waarbij de app. een rol speelde.

3.6 POPULATIE

Een domein, alle eenheden waarover in het onderzoek uitspraken worden gedaan wordt ook wel populatie genoemd (Verhoeven, 2011). Om een zo goed mogelijk inzicht te verschaffen zal de populatie zo representatief mogelijk moeten worden weergegeven. Kijkende naar de visualisatie, daarom zijn bij de volgende groepen mensen het halfgestructureerde interview afgenomen:

- Interviews afgenomen bij de therapeuten van RHVSpel.
- Interviews afgenomen bij de geselecteerde cliënten van RHVSpel die aan het opgestelde profiel voldeden.
- Interviews afgenomen bij professionals in een vergelijkbaar werkveld met een aantal voorwaarden.

Verwacht werd dat door een “brede aanpak”(een drietal invalshoeken belichten) toe te passen er de nodige representatieve informatie naar voren zou komen. Daarom is er ook bewust gekozen om deze 3 groepen mensen te interviewen om zo de meningen en gedachten vanuit verschillende invalshoeken te kunnen inventariseren. Bij het selecteren van de therapeuten en cliënten is geen sprake geweest van een steekproef. Omdat alle therapeuten in eerste instantie zouden worden meegenomen in dit onderzoek. Bij RHVSpel zijn vier therapeuten in dienst. Bij drie therapeuten is het interview afgenomen, de vierde therapeut kon helaas door persoonlijke omstandigheden niet

worden meegenomen in dit onderzoek. Bij de cliënten is er bewust een selectie gemaakt van vier cliënten die speltherapie volgen bij de vier therapeuten van RHVSpel. Bij de selectie is gekeken of de cliënten voldeden aan het opgestelde profiel. Namelijk de diagnose ADHD en emotieregulatieproblematiek. Door de buitenstaanders (de zogenoemde “professionals”) die uit een vergelijkbaar werkveld komen te interviewen worden meningen en ervaringen vanuit een andere invalshoek belicht. Zij kijken vanuit een ander referentiekader en bieden mogelijk een andere kijk op het onderzoek. De professionals zijn zodanig gekozen dat zij aan de voorwaarde moesten voldoen om in een vergelijkbaar werkveld actief te zijn. Hiermee wordt bedoeld; In de hulpverlening actief zijn met cliënten waarbij een behandelpan wordt toegepast en waar de mogelijkheid bestaat om eventueel digitale apps toe te passen.

3.7 BETROUWBAARHEID

Onder betrouwbaarheid van onderzoek wordt verstaan: de mate waarin het onderzoek vrij is van toevallige fouten. Om de betrouwbaarheid voldoende te kunnen testen moet een onderzoek herhaalbaar zijn. Leidt het dan tot dezelfde resultaten (wat niet hetzelfde is als gelijke resultaten) dan is het onderzoek betrouwbaar (Verhoeven, 2011).

De onderwerpen en vragen van het halfgestructureerde interview zijn gekoppeld aan de theorie uit het literatuuronderzoek. Vanuit het literatuuronderzoek, oftewel het theoretische kader wat beschreven staat in hoofdstuk twee is een operationaliserings-schema gemaakt. Hieruit zijn de onderwerpen en vragen voor het interview opgesteld. Dit vergoot de betrouwbaarheid van het interview en daarmee ook de resultaten en conclusie die hier uit voortkomen. Om de betrouwbaarheid in dit onderzoek te vergroten hebben de onderzoekers de verkregen data eerst onafhankelijk van elkaar verwerkt in de gemaakte labelschema's. Er is niet gecommuniceerd hoe men het label zou noemen. Nadat de data verwerkt was zijn de schema's vergeleken en uiteindelijk samengevoegd tot één labelschema. De interviews zijn geheel op vrijwillige basis afgenomen. Daarnaast is in overleg gekozen voor een ruimte waar het interview zou plaatsvinden zodat de geïnterviewde op zijn/haar gemak zou zijn. Wellicht zouden de doelgroepen bij het niet op hun gemak voelen vertekende of gekleurde onderzoeksresultaten kunnen weergeven wat daardoor als minder betrouwbaar kon worden opgevat. De wijze van 1 op 1 interview (1 onderzoeker bij 1 cliënt) is bewust toegepast omdat 2 onderzoekers bij het afnemen van de cliënten voor mogelijke verhoogde spanning kon zorgen. Daarbij is ook meegenomen hoe de cliënten zich op dat moment voelden, of zij in staat waren om geïnterviewd te worden. Bij alle geïnterviewden is vooraf aangegeven dat het gesprek door middel van een voicerecorder werd opgenomen, hiervoor is dan ook bij allen om toestemming gevraagd. Door middel van de geluidsopnamen zijn er van alle interviews letterlijke transcripties gemaakt, dit verhoogt ook de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten. Voor de drie doelgroepen zijn 3 verschillende interviews opgesteld. Om op deze manier met de specifieke vraagstelling zo goed mogelijk aan te sluiten bij de belevingswereld van de beoogde doelgroep.

3.8 VALIDITEIT

Validiteit hangt samen met de geldigheid en de zuiverheid van onderzoeksresultaten. Met validiteit bedoelen we de mate waarin systematische fouten worden gemaakt; er wordt gekeken naar de geldigheid of zuiverheid van onderzoek. Bij de betrouwbaarheid van resultaten wordt nagegaan in hoeverre in een onderzoek toevallige fouten voorkomen. Een voorwaarde voor het onderzoek van de betrouwbaarheid is dat een onderzoek herhaalbaar is, anders kan de betrouwbaarheid ervan niet worden nagegaan (Verhoeven, 2011).

In het onderzoek is daarom ook bewust gekozen om verschillende professionals en doelgroepen te interviewen om het waarheidsgehalte van het onderzoek te vergroten. De medewerkers (therapeuten) van RHVSpel hebben wekelijks een therapiesessie met de desbetreffende cliënt die de app. gaat gebruiken. Met hun achtergrond en zicht op de gedragingen van de cliënt voor, tijdens en na het gebruiken van deze app. is dit een belangrijke doelgroep. De cliënt zelf doet natuurlijk ervaringen op als deze de app. gebruikt. Deze informatie is zeer waardevol voor het onderzoek. Door professionals die werken in vergelijkbare werkvelden toe te voegen aan de populatie vergroot dit de validiteit. Zo is het onderzoek niet alleen gericht op de speltherapie praktijk RHVSpel maar wordt er ook data van de externe omgeving verkregen. Validiteit wordt daarnaast in dit onderzoek vergroot doordat deze doelgroepen representatief zijn en doordat de vragen in de vragenlijst tot stand zijn gekomen vanuit een operationalisatieschema waardoor het meetinstrument meer valide is. In dit onderzoek heeft de nadruk gelegen op het verzamelen van kwalitatief goede gegevens om een zo waarheidsgetrouw mogelijk beeld te schetsen van de onderzoekssituatie zoals bovenstaand is beschreven. Dit om tot meer betrouwbare uitkomsten te komen.

3.9 ETHISCHE ASPECTEN

Voordat het daadwerkelijke onderzoek van start is gegaan zijn de therapeuten en cliënten middels een brief geïnformeerd over het onderzoek. Hierin is aangegeven dat eventueel meedoen met het onderzoek geheel op vrijwillige basis zal plaatsvinden, ook is de anonimiteit van de deelnemers gegarandeerd zodat de uitkomsten van het onderzoek niet kunnen worden herleid naar individuele personen. Daarnaast zijn met RHVSpel de volgende voorwaarden overeengekomen;

1. Een ieder die geïnterviewd is mag geen nadelige effecten ondervinden naar aanleiding van de uitkomsten bij dit onderzoek.
2. Uitsluitend met toestemming van RHVSpel (opdrachtgever) mogen gegevens van dit onderzoek met derden worden gedeeld. Rekeninghoudend met de voorwaarde beschreven bij punt 1.

Door deze voorwaarden op te stellen wilden de onderzoekers de geïnterviewden alle ruimte bieden om tot zo eerlijk mogelijke antwoorden te komen tijdens het afnemen van de interviewvragen. De antwoorden die gegeven zijn tijdens de interviews zijn heel persoonlijk, de geïnterviewden hebben zich hierdoor kwetsbaar opgesteld. Redelijkerwijs mag dus worden verwacht dat alle geïnterviewden op wat voor een manier dan ook niet in de verlegenheid mogen worden gebracht doordat zij mee hebben gewerkt aan dit onderzoek.

H.4 RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven die voortkomen uit de gehouden interviews. In paragraaf 4.1 worden de algemene kenmerken van de respondenten beschreven. In paragraaf 4.2 worden de resultaten weergegeven die de huidige speltherapie weergeven, dus zonder digitale apps. In paragraaf 4.3, 4.4 en 4.5 worden de resultaten gekoppeld aan de praktische deelvragen zoals deze zijn weergegeven in hoofdstuk 1.

4.1 ALGEMENE KENMERKEN RESPONDENTEN

De respondenten bestaan uit drie verschillende groepen namelijk cliënten(4), therapeuten (4) en professionals (4). Totaal zijn dit 12 respondenten.

Cliënten	Leeftijd	Geslacht
C1	13	M
C2	10	M
C3	12	M
C4	11	M

De cliënten volgen één keer in de week speltherapie met de duur van drie kwartier per sessie. Al deze cliënten hebben minimaal twee keer met de Beat-It app. gewerkt onder begeleiding van een therapeut binnen een tijdsbestek van vier weken.

Therapeuten	Leeftijd	Geslacht
T1	24	M
T2	49	V
T3	59	V
T4	61	V

Eén therapeut is tevens de eigenaar van de praktijk en heeft deze zelf opgebouwd vanaf het jaar 2000. De andere therapeuten zijn een verschillend aantal jaren in dienst bij RHVSpel namelijk drie, twee en één jaar. Alle therapeuten hebben een korte introductie en demonstratie van de Beat-It app. gehad.

Professionals	Leeftijd	Geslacht	Werkveld
P1	44	V	Woongroepbegeleider
P2	41	V	Woongroepbegeleider
P3	37	V	Medewerkster

Alle professionals hebben gemeen dat ze niet werkzaam zijn voor RHVSpel. De professionals voeren verschillende functies uit. Twee professionals zijn woongroepbegeleider bij een organisatie die ondersteuning biedt voor mensen met een verstandelijke beperking. Ze zijn 13 en 15 jaar actief in dit werkveld. Een professional is medewerkster gezondheidsbevordering bij de gemeente gezondheidsdienst en is hier 10 jaar werkzaam. De laatste professional is lerares in het speciaal basis onderwijs en heeft een eigen praktijk voor kindercoaching. 14 jaar actief in het speciaal basisonderwijs en 5,5 jaar met kindercoaching. Alle professionals zijn vrouwelijk van geslacht. De professionals hebben niet gewerkt met de uitgekozen app.(Beat-It). Bij hen zijn interviews afgenomen om te kijken of er een behoefte is aan digitale apps op de verschillende werkplekken en wat zij van een digitale app. verwachten.

4.2 SPELTHERAPIE BINNEN RHVSPEL

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven die worden gekoppeld aan speltherapie binnen RHVSpel voor het gebruik van de Beat-It app. Dit is belangrijk om weer te geven om een conclusie te kunnen geven op de onderzoeksvraag (zie paragraaf 5.2).

Alle cliënten geven aan speltherapie "leuk" te vinden. Zo geeft een cliënt bijvoorbeeld aan dat hij altijd een blij gevoel heeft als hij bij de speltherapie is geweest. Drie van de vier cliënten geven aan dat speltherapie helpt en dat ze er iets aan hebben gehad. De vierde cliënt geeft aan dat het misschien een beetje helpt maar niet veel. Alle vier de therapeuten geven aan dat ze denken dat de cliënten gemotiveerd zijn voor speltherapie en het leuk vinden. Ook geven de vier therapeuten aan progressie te zien bij de cliënten met de huidige vorm van speltherapie die ze aanbieden. Zo beschrijft de therapeut *"Een meisje van acht jaar die hier gekomen is en al twee jaar in de schoolsituatie helemaal niet meer sprak". En na een periode van speltherapie een half jaar tot een jaar dat het meisje volledig weer is gaan spreken in de klas"*. De therapeuten noemden de volgende materialen of activiteiten die zij gebruiken binnen hun speltherapie sessies: Sportmaterialen, bordspellen of gezelschapspellen, Theraplay en Horizonmethode, creatief materiaal, rollenspellen, activiteiten als koken en ontspanningsoefeningen.

4.3 VERWACHTINGEN DIGITALE APP.

In dit onderzoek is de volgende praktische deelvraag geformuleerd: *"Aan welke verwachtingen moet een digitale app. voldoen die naast de bestaande behandelmiddelen kan worden toegepast?"*. Hieronder worden de resultaten weergegeven uit de interviews die te koppelen zijn aan deze praktische deelvraag. De resultaten worden per respondentengroep weergegeven zoals cliënten, therapeuten en professionals.

4.3.1 CLIËNTEN

Er zijn geen vragen gesteld aan cliënten over de verwachtingen van een digitale app. omdat er van tevoren is besloten dat zij niet op een adequate manier met de benodigde kennis, antwoord kunnen geven op de deze deelvraag.

4.3.2 THERAPEUTEN

Drie van de vier therapeuten is weinig actief met digitale apps. Ook weten drie van de vier therapeuten niet wat de term “Serious Gaming” inhoud. De app. moet aansluiten bij de cliënten. Er komt naar voren dat er een element van winnen belangrijk is bij een digitale app. Ook moet de app. duidelijk zijn, dit komt bij twee therapeuten naar voren. Zo zegt een respondent bijvoorbeeld *“Dus niet alleen tekst maar ook plaatjes en dat soort dingen”*. Verder komt naar voren dat het visueel en herkenbaar moet zijn voor de cliënten. De therapeuten kijken positief tegen een digitale app. aan. Zo zegt een therapeut bijvoorbeeld: *“Nou ik ben daar heel positief in want ik denk dat het zeker een bijdrage kan leveren. Punt één je moet met je tijd meegaan, cliënten doen dat ook. Die vinden dat echt, alleen al die techniek denk ik al geweldig”*.

4.3.3 PROFESSIONALS

Drie van de vier professionals zijn veel actief op het internet. Ze maken vooral gebruik van social media applicaties. Drie van de vier professionals weten niet wat de term “Serious Gaming” inhoud. Zoals ook bij de therapeuten naar voren komt zegt een professional dat het mooi zou zijn als je dingen visueel kunt maken met de app. Een professional geeft aan dat ze denkt dat de cliënten het wel interessant vinden zoals bijvoorbeeld een tablet en daar ook van kunnen leren. Twee professionals geven aan dat ze het belangrijk vinden dat de app. op het niveau van de cliënt moet zijn en hierbij goed moet aansluiten. Ook geeft een professional aan dat ze zich er zelf mee moeten kunnen redden. Zo is de professional die werkzaam is in het speciaal onderwijs ook op zoek naar een specifieke app. Ze zegt: *“Wat we bijvoorbeeld wel missen en wat we ook in praktijk nog zoeken is een soort app. waarbij leerlingen en kinderen hun eigen gedrag een cijfer kunnen geven. Dus hoe voel ik me nu, hoe voel ik me dan of via kleuren werken en bijhoudt dat bijvoorbeeld ouders maar ook leerkrachten feedback kunnen geven”*.

4.4 ERVARINGEN MET DE BEAT-IT APP.

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven die gekoppeld zijn aan de volgende praktische deelvraag: *“Wat zijn de ervaringen van de cliënten en therapeuten die met de Beat-It app. hebben gewerkt?”*. De resultaten worden ook dit maal per respondentengroep beschreven.

4.4.1 CLIËNTEN

Drie van de vier cliënten vonden de Beat-It app. makkelijk in gebruik. Een cliënt vond de Beat-It app. middelmatig in gebruik. Ook geven drie van de vier cliënten aan dat ze begrijpen waarvoor de Beat-It app. kan helpen. Zoals een cliënt zegt: *“Voor als bijvoorbeeld iemand boos is ofzo en dat je dan zeg maar even rustig kan worden door het schudden. Dat je, je daar op afreageert”*. Het schudden en de muziek vond men over het algemeen leuk aan de app. Alleen zouden de cliënten wel meer invloed willen hebben in de muziekkeuze zoals naar voren komt. Twee van de vier cliënten gaven aan rustig te zijn geworden na het gebruik van de app. Een cliënt geeft aan dat hij waarschijnlijk niet iets aan de app. heeft. Hij is namelijk bang dat hij met de telefoon waar de app. op staat gaat gooien als hij bijvoorbeeld boos is. En twee cliënten zouden willen dat je iets meer kan doen met de app. Dat je niet alleen kan schudden maar ook meer met je lichaam kan doen wordt er genoemd. Meerdere dingen tegelijk dus, niet alleen luisteren naar de muziek en schudden.

4.4.2 THERAPEUTEN

Twee van de vier therapeuten gaven aan dat ze zagen dat de cliënten de app. leuk vinden, alleen gaven ook beide aan dat het te lang duurde voor de cliënten. Drie van de vier therapeuten gaven aan dat het middel muziek de cliënten erg aansprak. Twee van de vier therapeuten zagen dat de cliënten tijdens en na het gebruik van de app. een rustige houding hadden. Twee therapeuten vonden de app. makkelijk in gebruik, een therapeut vond het nog wel lastig. Omdat zij zich zelden bezighield met apps op bijvoorbeeld een telefoon. Een andere therapeut gaf het volgende aan; *“Qua gebruiksgemak was het goed. Kinderen kunnen dit ook. Het is heel duidelijk, het is niet te druk, niet te rommelig, strak”*.

4.5 INZETTEN DIGITALE APP. IN DE PRAKTIJK

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven die aan de volgende praktische deelvraag kunnen worden gekoppeld. *“Hoe kan men binnen RHVSpel een digitale app. op een efficiënte en effectieve manier inzetten?”*.

4.5.1 CLIËNTEN

Vanwege de leeftijd en het niveau van de ondervraagde cliënten kan er niet worden verwacht dat zij op een adequate manier kunnen verwoorden hoe een digitale app. op een efficiënte en effectieve manier kan worden ingezet binnen de praktijk. Er zijn daarom ook geen vragen gesteld aan de cliënten die van toepassing zijn op deze deelvraag. De cliënten geven wel aan of ze de gebruikte Beat-It app. in de toekomst zouden willen gebruiken. Twee cliënten geven aan geen gebruik te willen maken van de app. in de toekomst. Een cliënt zou hem later niet zelf downloaden maar weet het nog niet zeker. En een cliënt zou de app. misschien wel vaker willen gebruiken in de toekomst.

4.5.2 THERAPEUTEN

Alle 4 ondervraagde therapeuten zijn redelijk positief over het inzetten van de app. in de toekomst binnen de praktijk. Met redelijk wordt bedoeld dat uit de interviews naar voren komt dat men niet uitzinnig is over het gebruik van de app. maar daarnaast ook niet geheel afkeurend tegenover het gebruik van de app. staat. Wel hebben ze allen aanbevelingen hoe deze app. of een soortgelijke app. op een effectievere manier kan worden ingezet. Twee respondenten geven aan dat de ouders er meer bij moeten worden betrokken (respondent T1 en respondent T2) Zo zegt respondent T1: *“Ja, maar dan heb je de ouders er bij nodig en dan moet je echt vragen of ouders het op hun mobiel zetten en dan moet je ze een opdracht geven dat ze het thuis ook regelmatig toepassen”*. Verder geeft dezelfde respondent aan dat de meeste cliënten het zelf niet zo zagen zitten want ze zeiden: *“Ja dan ben ik al boos dus dan ga ik dat niet aan zetten of de mobiel pakken”*. Deze respondent geeft wel aan dat de ze de app. vaker zou willen gebruiken om het effect op het gedrag bij de cliënt te kunnen onderzoeken want het aantal keren dat zij de app. konden gebruiken was te kort. Wel was er voldoende tijd binnen een sessie volgens haar om de app. te gebruiken. Respondent T2 geeft aan dat cliënten en ouders geen of de juiste telefoonsoort in bezit hebben, bedoeld wordt: Android operating system. Respondent T5 merkt op dat de app. juist goed als huiswerk kan worden gebruikt. Het is een goed hulpmiddel voor thuis omdat deze daar juist prima ingezet kan worden in situaties waarbij dat nodig kan zijn. Respondent T4 is erg positief over het gebruik van de app. in de toekomst. Deze respondent merkt verder op: *“..En het mooiste zal zijn als het in de therapie gebruikt wordt maar ook thuis, want dat is het vaak ook, wij zien ze vaak maar 1 keer in de week. En dan wordt het denk ik echt iets van hun zelf”*. Respondent T1 gaat verder in op de effectiviteit door te zeggen dat

de app. goed moet worden geïntroduceerd tijdens de therapie. Zodoende kunnen ouders het thuis ook goed overnemen.

4.5.3 PROFESSIONALS

Alle vier geïnterviewde professionals geven aan weinig gebruik te maken van digitale games en apps binnen hun werkveld. Twee professionals geven aan helemaal geen digitale apps of games te gebruiken. Twee professionals geven aan dat ze wel eens apps gebruiken zoals YouTube. Ook worden er soms simpele spelletjes gebruikt zegt respondent P1.: *“Dan zien bewoners een afbeelding, wanneer ze daar op klikken dan horen ze een geluidje. Maar vaak zijn de afbeeldingen soms al te veel aangezien ze zo opgesloten zitten in hun lichaam”*. Respondent P4 geeft aan dat ze wel veel gebruik maken van spelletjes/apps op het speciaal basisonderwijs. Ze zegt hierover: *“Van die puzzeltjes die je moet oplossen, dat werkt wel als afleiding. Je kunt ook van die mandela’s tekenen op een Ipad. En daar worden kinderen heel rustig van”*.

Alle respondenten geven aan dat ze graag meer gebruik willen maken van digitale games en apps. Tevens geven alle respondenten aan dat ze voldoende tijd zouden hebben om gebruik te maken van digitale apps en games in hun werkveld. De respondenten zien verder op financieel gebied geen beperkingen bij de implementatie van digitale apps en games.

H.5 CONCLUSIE ONDERZOEK

In dit hoofdstuk worden de conclusies van het onderzoek beschreven. In paragraaf 5.1 worden de conclusies op de drie praktische deelvragen beschreven. In paragraaf 5.2 wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek. Vervolgens zal in paragraaf 5.3 een aantal aanbevelingen worden beschreven en is paragraaf 5.4 een sterkte/zwakte analyse gegeven betreft dit onderzoek. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een discussie in paragraaf 5.5.

5.1 CONCLUSIE PRAKTISCHE DEELVRAGEN

In deze paragraaf word antwoord gegeven op de drie praktische deelvragen van dit onderzoek.

5.1.1 CONCLUSIE VERWACHTINGEN DIGITALE APP.

1. Aan welke verwachtingen van therapeuten en cliënten moet een digitale app. voldoen die naast de bestaande behandelmiddelen kan worden toegepast?

De cliënten hebben eigenlijk geen verwachtingen waaraan een digitale app. zou moeten voldoen. We kunnen concluderen dat professionals veel actief zijn op internet en de therapeuten weinig. Maar dat bijna alle therapeuten en professionals niet weten wat de term “Serious Gaming” inhoud en niet bekend zijn met een digitale app. die kan bijdragen aan de al bestaande behandelmiddelen.

Desondanks dat zij niet bekend zijn met digitale apps hebben de therapeuten en professionals duidelijke verwachtingen daarvan en waar deze aan moet voldoen. Zo moet een digitale app. aansluiten op het niveau van de gediagnosticeerde beperking van de cliënten. In een digitale app. die kan bijdragen aan de behandeling moet een element van winnen zitten omdat dit de cliënten erg aanspreekt. Ook wordt verwacht dat de app. meer visuele elementen in zich heeft omdat dit vaak beter aansluit bij de cliënt dan dat er bijvoorbeeld alleen maar tekst in is verwerkt. Ook de duidelijkheid van een app. komt als belangrijk thema naar voren.

5.1.2 CONCLUSIES ERVARINGEN BEAT-IT APP.

De tweede praktische deelvraag van dit onderzoek is: Wat zijn de ervaringen van de cliënten waarbij de app. is toegepast en wat zijn de ervaringen van de therapeuten die met de app. hebben gewerkt binnen RHVSpel?

Over het algemeen kan er worden gezegd dat de ervaringen over de Beat-It app. positief zijn. De app. is makkelijk in het gebruik: duidelijk, niet te druk en rommelig gewoon strak werd er benoemd. Bij de ervaringen komt het thema muziek van de app. naar voren. Een andere conclusie is dat naast beeld ook muziek de cliënten doorgaans aanspreekt. Ook het bijzondere bewegen in deze app. is aantrekkelijk. Er zijn ook zichtbare veranderingen waargenomen tijdens en na het gebruik van de app. Namelijk dat de therapeuten twee cliënten rustig zagen worden. Ook de cliënten hebben zelf aan gegeven dat ze rust ervoeren of er rustig van werden als ze met de app. bezig waren. Hieruit kunnen we concluderen dat de app. wel een bepaald effect heeft gehad op deze cliënten.

Wel hebben de therapeuten en cliënten aanbevelingen of suggesties wat ze nog veranderd of verbeterd zouden willen hebben aan de Beat-It app. Zo zou een cliënt graag willen dat er meer opties aan de app. zaten verbonden. Dat je niet alleen kan schudden met je hand maar ook moet bewegen met je hele lichaam. En zouden de cliënten meer invloed over de muziekkeuze willen hebben zodat ze muziek kunnen luisteren die zij leuk vinden en bij hun past.

5.1.3 CONCLUSIES EFFECTIVITEIT EN EFFICIËNTIE DIGITALE APP.

De derde en tevens de laatste praktische deelvraag luid: Hoe kan men binnen RHVSpel een digitale app. op een efficiënte en effectieve manier inzetten?

In paragraaf 4.5 zijn de resultaten weergegeven van de interviews met de cliënten, therapeuten en de professionals. Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat dat alle ondervraagden positief zijn over het verder inzetten van digitale apps en games binnen het werkveld in de toekomst. Allen zijn enthousiast en zeggen dat het effectief kan zijn bij de behandeling.

Wanneer er specifiek wordt gekeken naar de Beat-It app. en het efficiënt en effectief inzetten binnen RHVSpel dan kunnen alleen de therapeuten hier een adequaat antwoord op geven. Aangezien de cliënten niet de kennis beschikken en de professionals niet hebben gewerkt met de app. en niet werken binnen RHVSpel. De therapeuten zijn positief over het effect maar hebben een aantal aanmerkingen. Zo is het niet gebruiksvriendelijk omdat de app. alleen nog maar voor het Android besturingssysteem is. Hierdoor is niet altijd de juiste telefoon aanwezig voor de app. De cliënten vonden het moeilijk om de app. erbij te pakken wanneer ze boos zijn. Wanneer men namelijk eraan denkt om de app. te gebruiken, dan is men er al bewust mee bezig en is het beoogde effect al deels behaald. Dit zal de nodige oefening kosten voor de cliënten in samenwerking met de therapeuten en het zal in het begin vooral de nodige tijd kosten. Verder is men positief over het inzetten van de app. in de praktijk. Wat naar voren komt is dat het een goed hulpmiddel voor de cliënten thuis is, om er samen met ouders/verzorgers mee aan de slag te gaan. Een uitstekend hulpmiddel voor thuis en op school. Op de onderzoeksmethode van de Beat-It app. hadden de therapeuten een aantal verbeterpunten. Zo waren de ouders van de cliënten niet betrokken en was de tijd om de app. te testen, te kort. Deze 2 zwaktes van het onderzoek zorgden ervoor dat de app. niet maximaal kon worden onderzocht op de effectiviteit.

Alle respondenten zagen geen belemmeringen bij de extra tijd die het zal kosten in het werkveld bij de implementatie van games en apps en het verdere toepassen ervan. Verder is er geen respondent die aangeeft dat het vanuit financieel oogpunt niet haalbaar is.

5.2 CONCLUSIE ONDERZOEKSVRAAG

Welke mogelijkheden zijn er en welke invloeden worden er ervaren bij de begeleiding van kinderen met ADHD en emotieregulatieproblematiek tussen de 10 en 13 jaar om naast de bestaande hulpmiddelen, digitale apps toe te voegen aan de speltherapie?

Om de mogelijkheden en de invloed van de Beat-It app. te kunnen beschrijven, is het van belang om ook de bestaande speltherapie weer te geven. Zodoende kunnen er conclusies worden getrokken die de toegevoegde waarde van een digitale app. beschrijven. Deze bestaande hulpmiddelen staan beschreven in paragraaf 4.2. Alle cliënten geven aan dat ze de huidige speltherapie leuk vinden en 3 op de 4 cliënten vinden dat het voor hen werkt. De therapeuten zijn erg positief over de bestaande speltherapie. Ze zien gemotiveerde cliënten en ze zien dat er progressie wordt geboekt. Dit neemt niet weg dat de therapeuten open staan voor een extra hulpmiddel in de vorm van een digitale app. Het past bij het huidige tijdsbeeld en daarmee de beleavingswereld van kinderen. Verder wordt er opgemerkt dat het zaken duidelijker maakt door bijvoorbeeld visualisatie. Ook kan het spelelement (het willen winnen) ertoe bijdragen dat cliënten meer gemotiveerd zijn om er mee aan de slag te gaan.

Over de geteste Beat-It app. zijn de cliënten en therapeuten positief. Vooral de muziek als middel spreekt de cliënten en therapeuten erg aan. Wel vinden de cliënten dat ze graag invloed willen hebben op de muziekkeuze. De therapeuten vinden een digitale app. vooral een goed middel om in te zetten als huiswerk. Belangrijk is om ouders/verzorgers hier ook bij te betrekken. Zo kunnen zij ook een stimulerende rol spelen. Het niet betrekken van de ouders bij de onderzoeksopzet werd ervaren als een gemis. Zodoende werd er opgemerkt dat de app. niet thuis werd gebruikt. Ook was de tijd om de app. te testen te kort. Deze twee belangrijke redenen zorgden ervoor dat de app. verre van optimaal konden worden getest. Over het mogelijk effect daarvan is daardoor moeilijk iets te zeggen. Het is met name een eerste kennismaking en deze was voor de cliënten positief. 2 op de 4 cliënten geven aan dat ze rustiger werden na gebruik van de app.

Over de mogelijkheden tot het inzetten van een digitale app. naast de bestaande behandelvorm zijn de therapeuten en professionals allemaal positief. Er is voldoende tijd en geen van de ondervraagden ziet financiële belemmeringen.

Wat verder bij alle ondervraagden naar voren komt is dat men zelf nog weinig werkt met digitale apps. Ook is men niet bekend met de term “Serious gaming”. De digitale applicatie als hulpmiddel bij de behandeling staat daarmee nog erg in de kinderschoenen. Dit kwam ook al naar voren bij het zoeken naar een geschikte app. die aansloot bij de criteria zoals weergegeven.

5.3 AANBEVELINGEN

In deze paragraaf worden aanbevelingen gedaan die voortkomen uit de conclusies van de deelvragen en hoofdvraag van dit onderzoek.

Aanbeveling 1: Betrek digitale apps en games bij de behandeling van de cliënten.

Uit de zeer open houding en nieuwsgierigheid van de therapeuten en cliënten uit het onderzoek naar digitale hulpmiddelen kan er alleen maar worden aangeraden om digitale apps verder door te zetten bij de behandeling. Zoals eerder al beschreven in het onderzoek staat het “serious gaming” nog echt in zijn kinderschoenen. Het blijft wel van belang om hierin een onderzoekende houding te hebben en de actualiteit te volgen op dit gebied. De mogelijke positieve effecten zijn al evident aangetoond in de literatuur en er komen verschillende positieve effecten naar boven bij de geteste Beat-It app. Het is van belang om de verschillende verbeterpunten tot het effectief inzetten van een app. te gebruiken zoals beschreven bij de conclusies.

Aanbeveling 2: De omgeving van de cliënt betrekken bij behandeling

Uit de resultaten (paragraaf 4.5.2) is al naar voren gekomen dat het betrekken van ouders of verzorgers onderbelicht is gebleven. Waar in dit onderzoek de ouders of verzorgers grotendeels buiten beeld zijn gebleven ligt voor RHVSpel hier een mogelijke kans. De therapeuten zien juist een kans om de digitale app. als huiswerk mee te geven. De cliënten kunnen dan met ouders/verzorgers ermee aan de slag. Zodoende zijn ze tevens thuis bewust bezig met emotieregulatie. Om ouders /verzorgers mee te krijgen is het voor RHVSpel belangrijk om de achterliggende theorie (waarom zou het werken?), het beoogde effect en om gebruiksaanwijzingen te geven zodat men weet hoe de app. moet worden gebruikt. Dit zal het beste kunnen worden overgebracht tijdens een presentatie waar ouders/verzorgers voor worden uitgenodigd.

5.4 STERKTE /ZWAKTE ANALYSE

Gaandeweg dit onderzoek zijn er een aantal sterkte en zwakke punten naar voren gekomen. Deze worden in deze paragraaf weergegeven en verder toegelicht.

5.4.1 STERKTE PUNTEN

Specifiek afgebakend onderwerp

Door gebruik te hebben gemaakt van een specifieke app. (Beat-It) was het mogelijk om gerichte vragen op te stellen voor het interview. Op deze manier werden vragen rondom de app. afgebakend. Op deze manier komt duidelijk en helder naar voren hoe de geïnterviewden (therapeuten en cliënten) de app. hebben ervaren. Aan de hand hiervan kunnen er meer concrete conclusies en aanbevelingen worden gedaan richting de opdrachtgever RHVSpel.

Innovatief onderzoek

Uit de interviews valt op te maken dat zowel de therapeuten als de professionals weinig bekend zijn met het fenomeen “serious gaming”. Uit het theoretisch gedeelte hoofdstuk 2 komt naar voren dat het toepassen van apps binnen de gezondheidszorg nog in de kinderschoenen staat. RHVSpel wil innovatief te werk gaan en grijpt de mogelijkheid aan om tijdens dit onderzoek de Beat-It app. toe te passen binnen de speltherapie. Dit mede omdat er weinig bekend is over het toepassen van apps binnen speltherapie.

Samenwerking Yulius Academie

In samenwerking met de Yulius Academie is de Beat-It app. geïntroduceerd binnen RHVSpel. De app. is nog in ontwikkeling maar achter de ontwikkeling van deze app. zit een gedegen team van onderzoekers.

De Yulius Academie is onderdeel van Yulius en houdt zich bezig met de professionalisering van het GGZ hulpverlenings- en onderwijsaanbod binnen de organisatie. De Academie heeft als doel het hulpverleningsaanbod in de geestelijke gezondheidszorg te optimaliseren en medewerkers te professionaliseren. Dit doet de Yulius Academie door te werken aan:

- Wetenschappelijk onderzoek
- Innovatieve projecten
- Ontwikkeling van opleidingen

(Yulius Academie, 2016)

Verschillende invalshoeken

Om de betrouwbaarheid en tevens de bruikbaarheid van de gegevens uit de interviews te optimaliseren is er gebruik gemaakt van drie verschillende doelgroepen om te interviewen. Namelijk de therapeuten, cliënten en de professionals. Dit is toegepast om een zo breed mogelijke kijk te creëren vanuit verschillende invalshoeken. Waarbij elke doelgroep zodoende beredeneert vanuit haar eigen referentiekader.

Het daadwerkelijk gebruik van de app.

Naast dat dit praktijkgericht onderzoek betreft is de Beat-It app. daadwerkelijk in de praktijk getest. De vragen in de interviews zijn zodanig opgesteld dat de ervaringen, meningen en verwachtingen van de gebruikers (therapeuten en cliënten) een zeer complete kijk geven op het onderzoek.

5.4.2 ZWAKKE PUNTEN

Methode van interview afnemen

Vanuit praktisch oogpunt was het ondoenlijk om met tenminste 2 onderzoekers aanwezig te zijn bij de interviews. Bij 1 interview zijn 2 onderzoekers aanwezig geweest. Het voordeel hiervan ten opzichte van de andere afgenomen interviews was dat 1 onderzoeker zich kon richten op het stellen van de vragen. De overige onderzoeker volgde het interview nauwlettend en kon bijvoorbeeld aanvullingen geven bij het eventueel tekort schieten in de vraagstelling. Daarnaast maakte de observerende onderzoeker aantekeningen en kon tevens de tijd bewaken. De overige interviews zijn 1 op 1 afgenomen waarbij deze sturing ontbrak. Wel is naar voren gekomen dat de doelgroep “cliënten” het op prijs stelden om met 1 onderzoeker het interview door te nemen. Zij gaven aan al wat gespannen te zijn voor en in deze situatie. Het afnemen van het interview met 2 onderzoekers kon in dat geval mogelijk afbraak doen aan de uitkomsten van het interview. Met afbraak wordt in deze bedoeld; op een te hoog spanningsniveau zitten voor een interview en mogelijk dichtslaan en geen interview kunnen geven, niet of minder op hun gemak voelen tijdens het interview. Een 1 op 1 interview met de cliënten is daarom bewust een strategische keuze geweest.

Aantal geïnterviewde therapeuten en cliënten

Doordat RHVSpel met 4 therapeuten binnen de praktijk werkt was het niet mogelijk om deze doelgroep van therapeuten uit te breiden. Daarnaast bracht dit met zich mee dat alleen de cliënten die bij deze vier therapeuten waren ondergebracht geïnterviewd konden worden. Om de validiteit te vergroten was het wenselijk geweest dat er meer dan 4 therapeuten inclusief haar cliënten konden worden geïnterviewd.

Ouders/verzorgers van de cliënten

Om de uitkomsten in dit onderzoek te completeren hadden de ouders/verzorgers een grotere rol mogen spelen. In de praktijk bleek het lastig om ouders/verzorgers bij de introductie en uitvoering van de Beat-It app. te betrekken. Zaken waar dit op vast liep waren onder andere de bereidheid en welwillendheid van de ouders/verzorgers van de cliënten om interviews af te nemen. Omdat dit naast de speltherapie sessies om in de eigen tijd van de ouders/verzorgers moest plaatsvinden.

Tijdsduur gebruik van de app.

Lopende het onderzoek moest er in bepaalde gevallen noodzakelijk van het tijdschema worden afgeweken. Het voorhanden krijgen van een geschikte en beschikbare app. voor RHVSpel bleek niet gemakkelijk te zijn. Daardoor bleef er minder beschikbare tijd over om de app. daadwerkelijk uit te testen. Wenselijk was geweest om deze app. gedurende 4 of 5 sessies toe te passen. Omdat op deze manier de therapeuten en de cliënten zich meer konden verdiepen in de werking van de Beat-It app.

Hieronder worden alle sterke en zwakke punten van het onderzoek nogmaals kort weergegeven in tabelvorm.

Sterke punten

Een specifiek afgebakend onderwerp.

De app. is innovatief binnen de huidige speltherapie.

Samenwerking met de Yulius Academie.

Verschillende invalshoeken gepresenteerd.

Daadwerkelijk gebruik van de Beat-It app.

Zwakke punten

Een 1 op 1 interview.

Aantal geïnterviewde therapeuten & cliënten.

Ouders/verzorgers van de cliënten.

Tijdsduur gebruik van de Beat-It app.

5.5 DISCUSSIE

De verwachtingen voorafgaande het onderzoek waren optimistisch. Het toepassen van een innovatief hulpmiddel in de vorm van een digitale app. bij een praktijk, die tot dan een beroep doet op traditionele werkvormen. Therapeuten en cliënten zullen deze app. toch aangrijpen met beide handen en zullen het veelvuldig gaan testen, of niet? Zoals de vraagstelling doet vermoeden was dit toch niet het geval. De verwachtingen van ons als onderzoekers waren in deze wat te rooskleurig. Serious gaming betekent op dit moment nog echt pionieren. Dit is te zien aan het aantal verschenen onderzoeken naar het onderwerp maar dit wordt ook onderschreven in de aantal artikelen die over het onderwerp worden geschreven. *Er is nog maar weinig ervaring met het inzetten van Serious Games in de blend van leer- en performanceverbeterende activiteiten; kiezen voor Serious Gaming betekent voorlopig op de meeste gebieden ook nog pionieren* (Peeters, Janneke, & Jacobs, 2012). Na dit artikel is er weinig veranderd en blijkt verandering en in dit geval innovatie langzaam en moeilijk, ook al zijn de resultaten positief ten aanzien van serious gaming zoals al beschreven in paragraaf 2.5. In de literatuur worden er 2 verschillende soorten innovatie onderscheiden. Afhankelijk van de omvang van een verandering onderscheiden we incrementele en radicale innovatie. Incrementele innovaties zijn relatief kleine veranderingen die voortbouwen op bestaande producten, markten en processen. Radicale innovaties zijn gebaseerd op een geheel andere kennis (technologie) dan tot nu toe gebruikelijk is en bieden aanzienlijk betere prestaties dan de bestaande producten en processen. Voor zover er al vergelijkbare producten bestaan. Bij deze radicale innovatie zijn innovatieprocessen vaak langdurig (soms meer dan 10 jaar), complex en omgeven door vele onzekerheden (Huizingh, 2008). Bij het geval van serious gaming in de welzijnszorg is deze radicale innovatie van toepassing. Men staat open voor de nieuwe digitale werkvormen maar de daadwerkelijke implementatie verloopt moeizaam. Dit kwam ook naar voren in het eigen onderzoek. Men was erg ruim denkend en wilde graag meewerken maar om daadwerkelijk een applicatie onderdeel te laten zijn van de behandeling is er meer nodig van de praktijk om het implementatieproces te doen slagen. Een belangrijke reden waarom planning van innovatie steeds mislukt is dat het hyperrational is: 'It fails to take into account local context and culture'. Cultuur wordt, zoals we weten, niet slechts gekenmerkt door rationaliteit. Tegenwoordig wordt daarom terecht veel meer de nadruk gelegd juist op de niet-rationele drijfveren achter verandering. Dit wordt uitgedrukt in het begrip reculturing (Nelissen, z.j.). Voor veel instellingen/bedrijven maar dus ook een praktijk als RHVSpel is het van belang om de cultuur te typeren en met deze cultuur rekening te houden bij de implementatie van een nieuw product zoals een digitale app. Michael Fullan wordt veelal beschouwd als de autoriteit op het gebied van innovatie en hij zegt het volgende over de vraag hoe veranderingen tot stand komen. *"The change has to occur in practice along the three dimensions". Deze dimensies zijn volgens hem de volgende:*

- *Nieuwe materialen, waaronder curricula, leerlijnen en handleidingen;*
- *Nieuwe benaderingen (didactiek, theorie over leerprocessen);*
- *Nieuwe beliefs, laten we zeggen ideeën, theorieën, overtuigingen.*

Deze drie dimensies hangen nauw samen, dát weten we wel, maar toch is het goed te beseffen dat vernieuwingen niet levensvatbaar zijn alleen op basis van bevlogen verhalen en overtuigingen, óf alleen door een nieuwe didactiek te introduceren (denk bijvoorbeeld aan het zogenaamde 'Nieuwe Leren'), óf door slechts een nieuwe methode te droppen en de onderliggende didactische ideeën ('de theorie') onderbelicht te laten (Fullan, 2015). Achteraf gezien kunnen we concluderen dat we niet op

een adequate manier aandacht hebben geschonken aan deze verschillende dimensies. Dit was soms ook niet mogelijk. De applicatie bijvoorbeeld zit zelf nog in de testfase, hierdoor is er geen volledige en goedgeschreven handleiding aanwezig. Verder hebben we zelf een kleine presentatie kunnen geven aan de therapeuten maar deze was zeer beknopt en zodoende hebben we niet goed de achterliggende theorie kunnen belichten. Verder werd er door het last minute karakter van het onderzoek en het niet goed kunnen voorbereiden van de therapeuten en cliënten, de overtuiging gemist om er voldoende mee aan de slag te gaan. Wanneer de overtuiging of bevologenheid niet aanwezig is bij de therapeuten dan kan dit zeker niet worden overgebracht op de cliënten. Wij als onderzoekers met allen een achtergrond in het sociale domein hebben ons voornamelijk gefocust op de werking van de app. en op het bijbehorende behandeldoel. Vanwege deze achtergrond hebben wij niet voldoende aandacht besteed aan de managementkant. Die nodig is om het implementeren van een nieuw innovatief product binnen een organisatie tot een succes te kunnen maken. Achteraf gezien hadden we verschillende businessmodellen met name die gaan over de implementatie van een nieuw innovatief product, moeten incorporeren in het onderzoek. Een wijze les voor ons als onderzoekers om niet alleen te oriënteren vanuit het eigen vakgebied maar om ook te denken vanuit meerdere domeinen.

BIBLIOGRAFIE

- Baarda, B., & Bakker, E. (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Noordhoff Uitgevers B.V.
- allesoverkinderen. (z.j.). http://www.allesoverkinderen.nl/ne_adhd.htm. Opgehaald van allesoverkinderen: <http://www.allesoverkinderen.nl>
- Bartelink, C. (2012). *Speltherapie*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- Beerthuis, Berckelaer-Onnes, v., Daalen, v., Gaag, v. d., Grietens, Haan, d., . . . Visser. (2009). *Psychiatrische stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bergsma, V. P. (2004). *Psychologie van A tot Z*. Spectrum.
- Boer, F. (2012). *Comorbiditeit*. Opgehaald van kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie.: <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Over-het-Kenniscentrum/Verantwoording/Comorbiditeit>
- Carpentier, P.-J. (z.j.). *Horen stemmingsstoornissen wel of niet bij ADHD?* Opgehaald van ADHD netwerk: <http://www.adhdnetwerk.nl/ADHD.aspx?id=528>
- Daley, D., van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., & Sonuga-Barke, E. (2014). Behavioral Interventions in AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder: A MetaAnalysis of Randomized Controlled Trials Across Multiple Outcome Domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 835-847.
- F. van der Zee. (2016). *onderzoek, de idiale defenitie van onderzoek*. Opgehaald van hulpbijonderzoek: www.hulpbijonderzoek.nl/online-woordenboek/onderzoek
- Fullan, M. (2015). *The New Meaning of Educational Change*. London: Taylor & Francis Ltd .
- GGZ Nederland. (2017). *e-health*. Opgehaald van ggznederland: <http://www.ggz nederland.nl/themas/e-health>
- Groothoff, E., Jamin, H., & De Beer-Hoefnagels, E. (2009). *Spel in psychotherapie*. van Gorcum.
- Hellendoorn, J., & van Berckelaer-Onnes, I. (2002). *Speciaal spel voor speciale kinderen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hooge Venterink, R. (z.j.). *wie ben ik?* Opgehaald van rhvspel: <http://www.rhvspel.nl/>
- Huizingh, E. (2008). *Innovatie: succes is geen toeval*. Amsterdam: Pearson Education Benelux BV.
- Kannerhuis, L. (2015). *autismeplein inovatie & autisme*. Opgehaald van autismeplein: <http://www.autismeplein.nl/>
- Karen van Rooijen, L. R. (2013). *Wat werkt bij autisme*. Opgehaald van Nederlangs Jeugdinstituut : [http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/\(311053\)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Autisme.pdf](http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/(311053)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Autisme.pdf)
- Karin van Kranenburg, M. S. (2016). *Serious gaming Onderzoek naar knelpunten en mogelijkheden van serious gaming*. Delft: TNO.

- Kenniscentrum Jeugd en Kinderpsychiatrie. (2012). *E-health*. Opgehaald van Kenniscentrum Jeugd en Kinderpsychiatrie: <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/Autisme-spectrum-stoornissen/Behandeling-2/E-health>
- Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie. (2016, 12 9). <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Behandeling-1>. Opgehaald van <http://www.kenniscentrum-kjp.nl>: <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Behandeling-1>
- Kleijn, T. (2015). *Het Effect van Cliëntgerichte Speltherapie op Internaliserende Problematiek bij Kinderen: Affect als Moderator*. Heerlen: Open Universiteit Nederland.
- Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., Jong, J. d., Beenkens, F., . . . Gennip, L. (2014). *Op naar meerwaarde! eHealth-monitor 2014*. Den Haag: Nictiz.
- Martine Delfos, M. G. (2012). *Wat is autisme?* Bohn Stafleu van Loghum.
- Nederlands Jeugdinstituut. (2017). <http://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-onderwerp/Cijfers-per-onderwerp-ADHD>. Opgehaald van [nji.nl](http://www.nji.nl): [http://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-onderwerp-Cijfers-per-onderwerp-ADHD](http://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-onderwerp/Cijfers-per-onderwerp-ADHD)
- Nederlands Jeugdinstituut. (2017). <http://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-onderwerp-Gedragsproblemen>. Opgehaald van [nji.nl](http://www.nji.nl): <http://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-onderwerp-Gedragsproblemen>
- Nederlandse Vereniging voor Autisme. (z.j.). *Wat is autisme in het kort*. Opgehaald van Nederlandse Vereniging voor Autisme: <http://www.autisme.nl/autisme-onderzoek/diagnostiek.aspx>
- Nelissen, J. (z.j.). Opvattingen over innovatie en implementatie. *tijdschrift voor nascholing en onderzoek van het reken-wiskundeonderwijs*, 14-21.
- Oprins, E., Bakhuys Roozeboom, M., & Visschedijk, G. (2013). *Effectiviteit van serious gaming in het onderwijs*. Amsterdam: TNO.
- Peeters, P., Janneke, S., & Jacobs, P. (2012). Het spel en de knikkers. *O&O*, 21-26.
- Rigter, J. (2002). *Ontwikkelings-psychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: uitgeverij coutinho.
- Roeyers, H. (2014). *Autismespectrumstoornis alles op een rijtje*. Leuven / Den Haag: Acco.
- SKJ. (z.j.). *Emotieregulatieproblemen: ontstaan en behandeling*. Opgehaald van Stichting kwaliteitsregister jeugd: <https://skjeugd.nl/scholing/opleidingen/emotieregulatieproblemen-ontstaan-en-behandeling/>
- Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., . . . Sergeant, J. (2013). Nonpharmacological Interventions for ADHD: Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials of Dietary and Psychological Treatments. *The American Journal of Psychiatry*, 275-289.

- speltherapeuten, N. v. (2014). *speltherapie.net*. Opgehaald van <http://www.speltherapie.net/verhaal/Karel-tekent.-Met-grote-snelheid-verrijzen-hoge-bergen-en-diepe-dalen,-met-gevaarlijke-valkuilen-er-tussen-in.-.htm>
- Timmer, S. (2011). *eHealth in de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van Pelt, B. (2015). Opgehaald van kenniscentrum: <http://blogs.kenniscentrum-kjp.nl/author/bjorn>
- van Rooijen, K., & Rietveld, L. (2013). *Wat werkt bij Autisme?* Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- van Zeeland, K. (2015). *online vult face to face aan in de jeugdhulpverlening*. Opgehaald van socialevraagstukken: <http://www.socialevraagstukken.nl/online-vult-face-to-face-aan-in-jeugdhulpverlening/>
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Boom Lemma Uitgevers .
- Yulius Academie. (2016). <https://www.yuliusacademie.nl/nl/over-ons>. Opgehaald van <https://www.yuliusacademie.nl>: <https://www.yuliusacademie.nl/nl/over-ons>
- Yulius academie. (z.j.). *Beat-it*. Opgehaald van Yulius academie: <https://yuliusacademie.nl/nl/inhoud/beat-it>

BIJLAGE 1. TOPICLIJSTEN INTERVIEWS

In deze bijlagen worden de topiclijsten van de interviews met de therapeuten, cliënten en professionals weergegeven.

1.1 TOPICLIJST INTERVIEW THERAPEUTEN

Beste therapeut,

Allereerst willen wij u bedanken voor de tijd die u beschikbaar stelt voor dit interview. Zoals eerder al is aangegeven zullen wij alle informatie geheim houden, daarnaast zullen wij er ook op die manier mee omgaan in het definitieve onderzoeksrapport.

Wij gaan nu eerst enkele algemene vragen stellen en dan volgen er een aantal vragen gekoppeld aan de thema's.

Algemene vragen:

1. Wat is uw functie binnen RHVSpel?

- Opleiding
- Man/Vrouw
- Leeftijd
- Aantal jaren in dienst.
- Veel/weinig actief op internet, games et cetera.
- Bent u bekend met Serious Gaming?
- Welke gedragsproblematiek(en) komt u tegen binnen uw werkveld?
- Hoe uit zich deze genoemde problematiek bij de cliënt? DSM-V of ICD diagnose.
- Heeft u voorbeelden daarvan?

Dan hebben we nu enkele vragen over de cliënten die u behandelt VOORDAT de App werd toegepast en/of waarbij u had besloten de App helemaal niet te gaan gebruiken.

2. Wat is de leeftijd gemiddeld en indicatief van deze categorie cliënten?
3. Welke verschillende spelmethodieken (hulpmiddelen) worden er nu toegepast binnen de huidige therapie?
4. Zijn de cliënten gemotiveerd om deel te nemen aan de huidige behandelmethoden?
5. Kunt u concreet benoemen, of voorbeelden aandragen waarbij u kunt zien dat er zichtbare progressie geboekt wordt bij cliënten?
6. Welke verwachtingen heeft u van een goed functionerende digitale app die kan bijdragen aan de huidige speltherapie? (eventueel verduidelijken met aanbieden van opties zoals huidige belevingswereld, extra hulpmiddel, visueel, snel en duidelijk uitgevoerd)

U heeft vervolgens gewerkt MET de Beat-it app. We willen nu graag wat vragen stellen over de ervaringen die u hiermee heeft opgedaan.

7. Wat is de leeftijd van de cliënten die gebruik hebben gemaakt van de Beat-itt App?
8. Welke ervaringen heeft u met de Beat-it app?
9. Hoe vaak heeft u de Beat-itt app gebruikt met de cliënten?

10. Hoe vindt u het gebruiksgemak van de Beat-it app?
11. Welke invloed had de app volgens u op de motivatie en therapietrouw van de clienten? Denk hierbij ook aan aspecten als 'leuk vinden', enthousiast ermee aan de slag gaan et cetera.
12. Sluit de app aan bij de huidige belevingswereld van de client?
13. In welk opzicht vormde volgens u de Beat-it app een extra hulpmiddel ter ondersteuning van het bereiken van de doelen van de therapie?
14. Waren er waarneembare veranderingen die u kunt toeschrijven aan de Beat-it app?
15. Zou u de Beat-it app in de toekomst vaker willen gebruiken?
16. Om een soortgelijke digitale apps effectief in te zetten in de toekomst binnen de praktijk, hoe ziet dat er volgens u dan uit?
17. Was er voldoende tijd om de Beat-it app te gebruiken binnen een sessie?
18. Is hier beschikbare tijd voor in de toekomst?
19. Past de toepassing van een digitale App binnen het budget van RHVSpel? ALLEEN OPDRACHTGEVER

Wij willen u hartelijk bedanken voor het mogen afnemen van dit interview.

1.2 TOPICLIJST INTERVIEW CLIËNTEN

Hoi,

Fijn dat je er bent en natuurlijk zijn wij erg blij dat je voor ons wat tijd wil vrij maken. Alles wat je tijdens dit vragenrondje verteld/zegt blijft geheim. Er zijn drie verschillende soorten vragen, de eerste gaan over jou zelf. Daarna gaan we een aantal vragen stellen over de Beat-itt app. Mocht er iets te snel gaan of onduidelijk zijn dan mag je dat altijd en gelijk zeggen. Succes!

Algemene vragen:

1. Hoe oud ben je?
2. Welke school zit je?
3. Hoe lang kom je al bij RHVSpel?
4. Waarom ben je hier?
5. Speel je veel/regelmatig spelletjes op jouw telefoon of computer?

Vragen Voordat de App gebruikt is:

6. Wat doe je allemaal normaal tijdens dit uurtje? (speltherapie-sessie)
7. Vindt je het leuk om die dingen toe doen? Wat vindt je leuk dan?
8. Merk je dat je er wat aan hebt?

Vragen na de ervaringen van de beat-it app:

9. Wat vond je van de Beat-it app? (leuk/ stom)
10. Vond je het makkelijk / moeilijk om te gebruiken?
11. Hoe vaak heb je de Beat-it app gebruikt?
12. Wanneer heb je de App gebruikt? Zo ja, wanneer?
13. Heb je er iets aan gehad naast de andere spellen/oefeningen? Zo ja wat dan?
 - 13a. Snap je waarvoor de Beat-It wordt gebruikt?
 - 13b. Wil je in de toekomst verder gaan met Beat-It? Zo ja, waarom?
 - 13c. Wat kan er beter aan de Beat-It App volgens jou?

Wij willen jou hartstikke bedanken dat je ons zo goed hebt geholpen met dit vragenrondje!
Super van jou!

1.3 TOPICLIJST INTERVIEW PROFESSIONALS

Beste professional,

Allereerst willen wij u bedanken voor de tijd die u beschikbaar stelt voor dit interview. Zoals eerder al is aangegeven zullen wij alle informatie geheim houden, daarnaast zullen wij er ook op die manier mee omgaan in het definitieve onderzoeksrapport.

Wij gaan nu eerst enkele algemene vragen stellen en dan volgen er een aantal vragen gekoppeld aan de thema's.

Algemene vragen:

1. Wat is uw functie binnen RHVSpel?
 - Opleiding
 - Man/Vrouw
 - Leeftijd
 - Aantal jaren in dienst.
 - Veel/weinig actief op internet, games et cetera.
 - Bent u bekend met Serious Gaming?
 - Welke gedragsproblematiek(en) komt u tegen binnen uw werkveld?
20. Wat is de gemiddelde leeftijd van de cliënten die u behandelt.
21. Welke verschillende (spel)methodieken worden er nu toegepast binnen uw huidige werkveld
22. Zijn de cliënten/leerlingen/bewoners gemotiveerd om deel te nemen aan de huidige behandelmethoden?
23. Kunt u concreet benoemen, of voorbeelden aandragen waarbij u kunt zien dat er zichtbare progressie geboekt wordt bij cliënten?
24. Wordt er binnen uw huidige werkveld gebruik gemaakt van digitale Apps/games ter ondersteuning van de behandelmethodieken?
25. Welke verwachtingen heeft u van een goed functionerende digitale app/games die kan bijdragen aan de huidige speltherapie? (eventueel verduidelijken met aanbieden van opties zoals huidige belevingswereld, extra hulpmiddel, visueel, snel en duidelijk uitgevoerd. Verschil ten aanzien huidige behandelmethoden (verbeteringen), hier op doorvragen).
26. Zou u in de toekomst eventueel gebruik willen maken van digitale Apps/games?
Is er voldoende tijd om Apps/games toe te passen binnen de huidige behandelmethoden?
27. Past de toepassing van een digitale App binnen het budget van uw organisatie

Wij willen u hartelijk bedanken voor het mogen afnemen van dit interview.

BIJLAGE 2. VOORBEELD LABELSCHEMA

Gedeelte van het labelschema van de cliënten.

Labelschema cliënten.

1. Ervaringen van de App	Algemene ervaringen	...Nou ik vond het dat het eerst rustig maakte maar dan wel saai worden, dat het dan iets van 10 min. Duurt en je dan hele tijd moet schudden. (resp. 6b) ... saai en het duurt te lang (resp.6b) I: oke kun je ook uitleggen waarvoor die zou kunnen worden gebruikt? C: voor als bijvoorbeeld iemand boos is ofzo en dat je dan zeg maar even rustig kan worden door het schudden. Dat je, je daar op afreageert(resp.7b) C: ik vond het wel leuk I: oke en wat vond je er leuk aan dan? C: de muziek vond ik wel leuk en ook dat je moest schudden(resp. 8b) ..muziek een beetje anders moest zijn. C: Dat je bijvoorbeeld bij de onderste ja ook wel aardig rustig kon zijn ja en helemaal de bovenste moet ook beetje rustiger. (resp. 9b)
	Wat deed het met je?	 Eeum jaa ik denk alleen dat ik daar door wel rustiger werd (resp. 6) .. ik vond het niet echt heel erg helpen voor mijn gevoel ofzo. En ik werd er een beetje

moe van dat schudden(resp. 7b)

..ik denk wel dat jaa.. het haalt wel iets meer druk uit mijn hoofd (resp. 8b)

heb je denk je iets aan de App gehad?

C: Ja, maar ik was al rustig op het moment.

Als je nou heel boos bent denk ik niet want dan ga is misschien met de telefoon gooien (resp. 9b)

Gebruiksgemak ...makkelijk te gebruiken (resp. 6b)

.. middelmatig. Soms ging het schudden dan heel snel weer en dan rustig (resp.7b)

..ik had het wel meteen in mijn hoofd wat ik moest doen.

I: oke dus je vond het best wel makkelijk?

C : ja (resp. 8b)

..Makkelijk. (resp. 9b)

Aanbevelingen voor app ... leukere muziek. Niet alleen schudden maar ook dat je meer met je lichaam moet doen (resp. 6b)

..iets meer variatie ofzo iets. Of bijvoorbeeld dat je dan moet schudden maar ook ergens op moet klikken. Zodat je iets van twee dingen tegelijk moet doen (resp. 7b)

I: okee en wat vond je van de muziek die de

app had?

C: eeeum.. heel veel wel leuk of eentje vond ik wel leuk. maar dat zou wel wat meer kunnen zijn. Dat je je eigen liedje kan kiezen. (resp. 7b)

...het geluid van de zangers iets zachter. ja als je de muziek gaat luisteren en je moet dat dingetje dat belletje volgen dan hoor je dat niet zo heel goed (resp. 8b)

bijvoorbeeld echt met die punten die er in zitten ja. Kun je los van doen goed als je een paar duizend punten hebt ja dat daar bijvoorbeeld een leuk muziekje aan kan toevoegen (resp. 9b)