

Optimalisatie van het Ergotherapeutische Screeningsproces bij de Vroegrevalidatie van Adelante Valkenburg

Het User-Centered Design



Auteurs:
Otten, Naomi
Sijben, Britt
Wijshoff, Anne

Juni, 2019

Ergotherapie

**ZU
YD**

Optimalisatie van het Ergotherapeutische Screeningsproces bij de Vroegrevalidatie van Adelante Valkenburg: het User-Centered Design.

Afstudeeronderzoek Zuyd Hogeschool

Zuyd Hogeschool
Faculteit Gezondheidszorg
Opleiding Ergotherapie
Juni 2019

Auteurs:
Naomi Otten
Britt Sijben
Anne Wijshoff

Opdrachtgevers:
Chantal Schmetz
Silvie Vanstipelen

Docentbegeleider:
Dr. Barbara Piškur

Tweede beoordelaar:
Ellen Domhof

©COPYRIGHT: Alle rechten voorbehouden. Gehele of gedeeltelijke overname, plaatsing op webpagina's, verveelvoudiging op welke andere wijze dan ook en/of commercieel gebruik van deze informatie is niet toegestaan, tenzij hiervoor schriftelijke toestemming is verleend door Zuyd Hogeschool.

VOORWOORD

Voor u ligt het afstudeeronderzoek “Optimalisatie van het Ergotherapeutische Screeningsproces bij de Vroegrevalidatie van Adelante Valkenburg: Het User-Centered Design”. Dit onderzoek is geschreven in kader van het afstuderen aan de opleiding ergotherapie van Zuyd Hogeschool te Heerlen. Dit onderzoek is tot stand gekomen in samenwerking met Adelante Kinderrevalidatie te Valkenburg.

Middels dit onderzoek hebben wij kennis verkregen over de laatste inzichten binnen de kinderrevalidatie. Daarnaast hebben wij veel ervaring opgedaan binnen de onderzoekswereld en het ontwikkelen van een design dat aansluit op de wensen van de gebruikers.

Wij willen als eerste graag onze opdrachtgevers, Chantal Schmetz en Silvie Vanstipelen, bedanken voor deze kans en de fijne samenwerking, zonder hen was deze afstudeeropdracht niet mogelijk geweest. Gedurende dit onderzoek hebben zij intensief met ons samengewerkt en hun ervaringen uit de praktijk gedeeld, waar wij hen dankbaar voor zijn. Ook bedanken we alle anderen die betrokkenen waren binnen dit onderzoek.

Tevens willen wij graag onze docentbegeleider, Barbara Piškur, bedanken voor haar vertrouwen, passie en diepgaande betrokkenheid. Haar kritische blik heeft ervoor gezorgd dat wij meer uit onszelf haalden dan verwacht.

Tot slot willen wij onze naasten bedanken voor de geboden steun en motivatie.

Wij wensen u veel leesplezier,

Naomi Otten,
Britt Sijben,
Anne Wijshoff

Heerlen, 3 juni 2019

SAMENVATTING

Achtergrond

Tijdens de screeningsperiode van de vroegrevalidatie bij Adelante Valkenburg wordt binnen zes weken een profiel gemaakt van de mogelijkheden en beperkingen van een kind. Dit wordt gedaan middels verschillende gebieden zoals die gedefinieerd zijn in de International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY). Het doel is om tot een gezamenlijke hulpvraag van kind en zijn familie te komen. In de ergotherapeutische screening op deze afdeling wordt geen eenduidige werkwijze gehandhaafd en zijn er weinig contactmomenten met de omgeving.

Doel

Het doel van dit onderzoek is om het screeningsproces te optimaliseren zodat het voldoet aan het toekomstbeeld van de revalidatie en aan de wensen van de ergotherapeuten werkzaam op de vroegrevalidatie. Dit doel wordt bereikt door een antwoord te formuleren op de vraag: 'Hoe kan het screeningsproces van de ergotherapeutische vroegrevalidatie-afdeling geoptimaliseerd worden?'

Methode

Het optimalisatieproces wordt vormgegeven aan de hand van het User-Centered Design. In de analyse-, design- en evaluatiefase is intensief samengewerkt met de eindgebruikers. De verschillende fases zijn door middel van diverse en bijpassende onderzoeksmethodes ondersteunt: desk-search, literatuurstudie, focusgroepdiscussies en brainstormsessies.

Resultaten

Het screeningsproces dient een eenduidige werkwijze te zijn, dient gericht te zijn op het activiteiten- en participatieniveau van het ICF-CY en dient de omgeving meer te betrekken. Het huidige ontwerp, design 4.0, houdt rekening met al deze elementen. Dit design, ook wel de Ergotherapeutische Observatie Vroegrevalidatie genoemd, bestaat uit een informatiefolder voor ouders, een ergotherapeutische observatielijst en handleiding.

Conclusie

De Ergotherapeutische Observatie Vroegrevalidatie (EOV) biedt de ergotherapeuten van de vroegrevalidatie structuur om de screening vorm te geven. Daarnaast maakt deze het mogelijk om de omgeving meer te betrekken bij het screeningsproces. Dit maakt het mogelijk om een profiel te maken van de mogelijkheden en beperkingen van het kind aan de hand van het activiteiten- en participatieniveau van het ICF-CY.

ABSTRACT

Background

At Adelante Valkenburg, within six weeks a profile is made of the possibilities and limitations of a child during the screening period of the pediatric rehabilitation. This is done through various domains as defined in the International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY). The aim is to come to a joint care request from the child and its family. The occupational therapeutic screening in this department does not maintain a unified working method and there are few contact moments with the environment.

Aim

The aim of this research is to optimize the screening process to meet the vision of rehabilitation and the needs of the occupational therapists working at the pediatric rehabilitation. This goal is achieved by formulating an answer to the question: "How can the screening process of the occupational therapeutic pediatric rehabilitation department be optimized?"

Method

The optimization process is designed using the User-Centered Design. During the analysis, design and evaluation phase, there was intensive collaboration with the end users. The phases are supported by various and matching research methods: desk-search, literature study, focus group discussions and brainstorm sessions.

Results

The screening needs to be an unambiguous process, should focus on the activity and participation component of the ICF-CY and should involve the environment more. The current design, design 4.0, considers all these elements. This design, also called 'Ergotherapeutische Observatie Vroegrevalidatie (EOV)' consists of an information leaflet for parents, an occupational therapeutic observation list and a manual.

Conclusion

The 'EOV' provides the occupational therapists of the Pediatric Rehabilitation structure to form the screening. In addition, it enables the environment to be more involved in the screening process. This makes it possible to create a profile of the possibilities and limitations of the child using the activity and participation level of the ICF-CY.

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	6
Abstract	7
1. Inleiding.....	10
<i>Aanleiding</i>	<i>10</i>
<i>Doel- en vraagstelling</i>	<i>11</i>
<i>Opbouw onderzoek</i>	<i>11</i>
<i>Theoretische kaders</i>	<i>12</i>
2. Methode	15
<i>Onderzoeksdesign.....</i>	<i>15</i>
<i>Fase 1: analyse</i>	<i>16</i>
<i>Fase 2: design</i>	<i>19</i>
<i>Fase 3: evaluatie</i>	<i>21</i>
<i>Fase 4: design</i>	<i>21</i>
<i>Ethische aspecten</i>	<i>21</i>
<i>Trustworthiness.....</i>	<i>22</i>
3. Resultaten.....	23
<i>Resultaten fase 1: analysefase</i>	<i>23</i>
<i>Resultaten fase 2: Designfase.....</i>	<i>29</i>
<i>Resultaten fase 3: Evaluatie</i>	<i>33</i>
<i>Resultaten fase 4: Design</i>	<i>35</i>
4. Discussie	36
<i>Methodologische reflectie</i>	<i>37</i>
<i>Klinische relevantie</i>	<i>39</i>
<i>Aanbeveling vervolgonderzoek.....</i>	<i>39</i>
5. Conclusie.....	40
6. Aanbevelingen	41

7. Literatuurlijst	42
8. Begrippenlijst	48
9. Bijlagen	52
<i>Bijlage 1: Presentatie focusgroepdiscussie 1</i>	<i>52</i>
<i>Bijlage 2: Tabel resultaten focusgroepdiscussie 1</i>	<i>55</i>
<i>Bijlage 3: Design 1.0</i>	<i>58</i>
<i>Bijlage 4: Presentatie focusgroepdiscussie 2</i>	<i>59</i>
<i>Bijlage 5: Tabel resultaten focusgroepdiscussie 2</i>	<i>64</i>
<i>Bijlage 6: design 2.0</i>	<i>67</i>
<i>Bijlage 7: design 3.0</i>	<i>72</i>
<i>Bijlage 8: Presentatie focusgroep 3</i>	<i>83</i>
<i>Bijlage 9: Tabel resultaten focusgroepdiscussie 3</i>	<i>86</i>
<i>Bijlage 10: Informed consent</i>	<i>89</i>

1. INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt de inleidende informatie voor dit onderzoek omschreven. Deze bestaat uit de aanleiding, de doel- en vraagstelling en als laatste een uitleg van de theoretische kaders.

Aanleiding

De revalidatiegeneeskunde richt zich op de behandeling van de gevolgen van aandoeningen en de focus van het revalidatieteam ligt op participatie. Revalidatie Nederland (2017) heeft in samenwerking met alle stakeholders van de revalidatiesetting in Nederland een toekomstbeeld beschreven (RevalidatieNederland, 2017). Om tegemoet te komen aan de wensen en behoefte van de cliënt zal de zorg van aanbodgericht, naar vraaggerichte zorg overgaan (Kort, 2005). Om deze verandering waar te kunnen maken is samenwerking tussen de stakeholders van belang. Samenwerking wordt het belangrijkste begrip en kenmerk voor de toekomstige revalidatie. Deze samenwerking moet wel georganiseerd worden (RevalidatieNederland, 2017). Het belang van de cliënten staat altijd voorop (Dichter & Valéry, 2008). Bovendien zal er in de toekomst steeds meer aandacht zijn voor nieuwe zorgverleners, zoals familie of vrienden ofwel mantelzorgers. Zij zullen naast de zorgprofessional een groot aandeel hebben in de toekomstige revalidatie, gezien de toenemende zorgvraag en het afnemende personeel (RevalidatieNederland, 2017). Echter zal het aantal mantelzorgers in de toekomst ook afnemen en zal de druk op mantelzorgers toenemen (supportbeurs.nl, 2018). Het is hierom van belang dat de mantelzorgers al vroeg in het traject betrokken moeten worden, dit zal standaardprocedure gaan worden. Zo beslist de cliënt samen met zijn mantelzorger over het behandelplan (Nederland, 2017). Indien de cliënt een kind is, zijn de ouders vaak de mantelzorger. In het kinderrechtenverdrag (Rights, 1989) staat hierover omschreven *“Bij alle maatregelen betreffende het kind, ongeacht of deze worden genomen door openbare of particuliere instellingen voor maatschappelijk welzijn, de belangen van het kind voorop moeten staan.”*

Binnen de beleidsplannen van Adelante wordt aangegeven dat zij zich in 2017-2019 gaan richten op het bevorderen van participatie en het terugkrijgen van de regie over hun eigen leven (Adelante, 2017). In diverse fases van het revalidatieproces zouden deze aspecten aan bod komen; bij de screening, plan en behandeling. Bij Adelante Kinderrevalidatie in Valkenburg wordt, op de afdeling vroegrevalidatie, de screening vormgegeven aan de hand van de International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY). Op deze afdeling worden kinderen tussen de nul en vier jaar, die beperkingen hebben in het dagelijkse leven, gedurende 6 weken door alle disciplines gescreend. Kinderen die hier gescreend worden hebben lichamelijk en/of cognitieve beperkingen. Elke discipline geeft een eigen invulling aan dit screeningsproces. Alle disciplines geven uitspraken over de componenten van de ICF-CY, waardoor er veel overlap is tussen de verschillende disciplines. Deze componenten worden ook aangehouden in het Revalidatie Elektronisch Patiëntendossier (R-EPD), waarin na afloop van de observaties wordt gerapporteerd. Na afronding van de screeningsperiode worden de resultaten besproken in een gesprek met ouders. Hierin wordt ook duidelijk of eventuele behandeling is geïndiceerd.

Bij Adelante Valkenburg wordt de screening van de ergotherapie door de twee opdrachtgevers van dit project uitgevoerd. Doordat er veel overlap is met andere disciplines, in het huidige screeningsproces, is het voor de ergotherapeuten moeilijk hun stem vanuit de ergotherapeutische visie te laten horen tijdens een teamoverleg. Beide therapeuten hebben een eigen manier om het kind in kaart te brengen aan de hand van het activiteiten- en participatieniveau van de ICF-CY, waardoor er geen eenduidige werkwijze is. Beide therapeuten maken gebruik van observaties, waarvan sommige zijn gebaseerd op verouderde assessments of niet worden afgenomen volgens de gestandaardiseerde werkwijze. Ook zijn er in het huidige screeningsproces weinig contactmomenten met de omgeving van het kind, zoals ouders.

Doel- en vraagstelling

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om het huidige ergotherapeutische screeningsproces te optimaliseren zodat het voldoet aan het toekomstbeeld van de revalidatie en de wensen van de gebruikers.

Vraagstelling

In dit onderzoek wordt er antwoord gegeven op de vraag: “Hoe kan het screeningsproces van de ergotherapeutische vroegrevalidatie-afdeling, gericht op het activiteiten- en participatieniveau van de ICF-CY, geoptimaliseerd worden?”.

Om deze te vraag te kunnen beantwoorden, zijn binnen enkele fases van het User-Centered Design de volgende deelvragen opgesteld:

Fase 1: Analyse:

1. Wat mist binnen het huidige screeningsproces van de ergotherapeutische vroegrevalidatie-afdeling en wat zijn de wensen en behoefte van de gebruikers?
2. Welke onderdelen dient het geoptimaliseerde screeningsproces van de ergotherapeutische vroegrevalidatie-afdeling te bevatten?

Fase 2: Design:

3. Welke mogelijke oplossingen zijn er om deze onderdelen in te vullen?
4. Hoe kan het geoptimaliseerde screeningsproces vormgegeven worden zodat er een eenduidige, alles omvattende en relevante invulling ontstaat?

Voor de definities van de begrippen in de doel- en vraagstelling, zie begrippenlijst.

Opbouw onderzoek

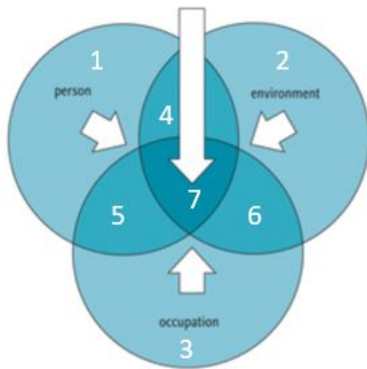
Om een antwoord te kunnen formuleren op de vraagstelling zal eerst de methode worden toegelicht waarmee dit onderzoek is vormgegeven. Hierop volgend zullen de resultaten besproken worden die voortkomen uit de analyse van de verzamelde data. Vervolgens worden deze resultaten kritisch beschouwd in een discussie, om zo tot een conclusie te kunnen komen, die antwoord geeft op de onderzoeksvraag. Na de conclusie zullen er aanbevelingen volgen ten aanzien van dit onderzoek. Als laatste volgt de literatuur- en begrippenlijst. In de bijlages staat aanvullende relevante informatie vermeld, waarnaar verwezen zal worden in dit onderzoek.

Theoretische kaders

In het algemeen theoretisch perspectief van dit onderzoek worden het Person-Environment-Occupation (PEO) model, de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) en het model van Imms et al. (2016) toegelicht, daarnaast is er een state of the art beschreven. Het subhoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie.

Person-environment-occupation (PEO)-model

Het PEO-model (Law et al., 1996), weergegeven in afbeelding 1, is gebaseerd op de dynamische systeemtheorie (Mahoney & Maquis, 2002). Het PEO-model is een ergotherapeutisch model dat de relatie tussen handelen, de persoon en de omgeving zichtbaar maakt. Het gaat ervan uit dat tijdens de uitvoering van activiteiten, ofwel het handelen, een dynamische interactie plaatsvindt tussen de persoon en context. Het individu voert activiteiten, taken en rollen uit die hij of zij betekenisvol vindt en probeert hierbij te voldoen aan bepaalde verwachtingen (Law et al., 1996; Le Granse, Logister-Proost, & Op de Beeck, 2012). Het PEO-model vormt een visueel overzicht van het leven van een persoon.



Afbeelding 1: PEO-model gebaseerd op (Law et al., 1996) aangevuld met cijfers.

Binnen het PEO-model zijn zeven gebieden te onderscheiden:

1. Persoon: de variabelen enkel op het gebied van persoon, zoals resultaten van testen of functies (Law, Baum, & Dunn, 2005).
2. Omgeving: de variabelen enkel op het gebied van de omgeving, zowel de fysieke als sociale omgeving (Law et al., 2005).
3. Handelen: de variabelen enkel op het gebied van handelen, zoals eisen die gesteld worden door een activiteit (Law et al., 2005).
4. Gebied tussen persoon en omgeving: de manier waarop de persoon binnen de omgeving past en op de omgeving reageert (Law et al., 2005).
5. Gebied tussen persoon en handelen: de interesses en behoeftes van een persoon voor een activiteit en hoe de persoon een handeling uitvoert (Law et al., 2005).
6. Gebied tussen handelen en de omgeving: gaat over hoe de activiteit binnen de omgeving past, of welke invloed de omgeving heeft op een handeling (Law et al., 2005).
7. Occupational performance: hier overlappen alle gebieden. De manier waarop een persoon een handeling binnen een bepaalde omgeving uitvoert (Law et al., 2005).

International classification of functioning, disability and health (ICF)-raamwerk

Het raamwerk van ICF is gebaseerd op het biopsychosociale model (Engel, 1980). De ICF is een classificatie van gezondheidscomponenten. Met deze gezondheidscomponenten kan het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden beschreven worden. Het doel van dit raamwerk, opgesteld door de World Health Organization, is dat er een gemeenschappelijke

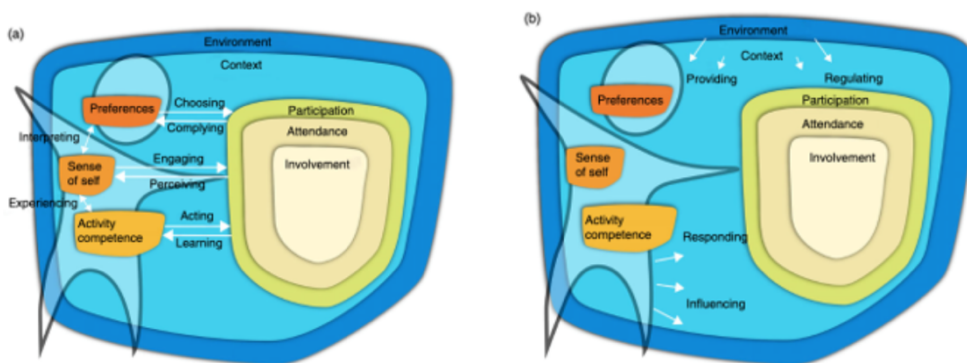
standaardtaal bestaat op basis van de componenten die gebruikt worden. Binnen de ICF worden anatomische functies en eigenschappen, activiteiten- en participatieniveau en externe factoren onderscheiden (WHO, 2008a).

De ICF is niet dekkend voor kinderen, waardoor de ICF-CY is ontwikkeld. In de ICF-CY zijn omschrijvingen aangepast of uitgebreid en typering en uitgebreid om ontwikkelingsaspecten in te sluiten. De ICF-CY omschrijft de kenmerken van het zich ontwikkelende kind en de invloed van de omgeving van het kind.

Het activiteiten- en participatieniveau van de ICF-CY bestaat uit de componenten: leren en toepassen van kennis, algemene taken eisen, mobiliteit, communicatie, zelfverzorging, huishouden, tussenmenselijke interactie en relaties, belangrijke levensgebieden en maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven (voor de definitie van deze componenten zie de begrippenlijst). Activiteiten worden binnen de ICF-CY beschreven als: *'onderdelen van iemands handelen'* (WHO, 2008b). Dit is voor dit onderzoek een dekkende definitie. Participatie wordt hierin omschreven als *'iemands deelname aan het maatschappelijk leven'* (WHO, 2008b).

Het model van Imms et al.

Om de leesbaarheid van dit onderzoek te bevorderen wordt het model van Imms et al. (2016) verder in dit onderzoek Imms-model genoemd. Allereerst zegt het model dat participatie altijd plaatsvindt in de omgeving, waarbinnen verschillende contexten vallen. Participatie beleving bestaat uit twee elementen, namelijk 'aanwezigheid in de omgeving', wat de voorwaarde vormt voor het tweede element 'daadwerkelijk betrokken zijn in wat hij/zij doet in de omgeving'. De persoons kenmerken in deze omgeving ('voorkeur voor activiteiten', 'activiteiten competentie/ bekwaam zijn in competenties/ vaardigheid' en 'gevoel van eigenwaarde') hebben indirect een invloed op de mate van participatie (Christine Imms, Granlund, et al., 2016). Het Imms-model wordt weergegeven in afbeelding 2.



Afbeelding 2: het Imms-model (Christine Imms, Granlund, et al., 2016)

Afbeelding A laat de persoonsgebonden processen zien. Afbeelding B laat de omgeving gebonden processen zien.

State of the art

Het raamwerk van de ICF is gebaseerd op het biopsychosociale model. Desondanks biedt dit geen garantie dat alle drie de perspectieven van het biopsychosociale model aan bod komen bij het begrijpen van de relatie tussen de gezondheid en het handelen (Imrie, 2004). Binnen de ICF komt weinig uitleg terug over waarom het biopsychosociale model is gebruikt voor het beschrijven van de termen en codes (Imrie, 2004).

Het raamwerk van de ICF-CY vormt een basis voor de screeningsperiode van Adelante. Participatie van kinderen in het dagelijkse leven is essentieel voor gezonde ontwikkeling, sociale en fysieke competenties, sociaal-emotioneel welbevinden en gevoel van betekenis en doel in het leven (Law et al., 2006). Bovendien vormt participatie een kernconcept binnen de ergotherapie. Het wordt binnen de ergotherapie dan ook steeds vaker als doel of uitkomstmaat gebruikt (Satink & Van de Velde, 2012). Daarom is het binnen dit onderzoek van belang om een eenduidige omschrijving van het begrip participatie te volgen, om bias te voorkomen (Christine Imms, Granlund, et al., 2016). De definitie van participatie binnen de ICF-CY is niet dekkend genoeg voor dit onderzoek. Want het is onduidelijk wanneer mag je spreken over 'deelname aan de maatschappij'. Bovendien gaat de ICF-CY ervan uit dat er altijd een probleem ten grondslag ligt aan de belemmeringen die een kind ervaart binnen het dagelijks leven (Hadders-Algra, Maathuis, Pangalila, Becher, & de Moor, 2015). Daarom is er gezocht naar een dekkende definitie van participatie en een definitie waarin juist uitgegaan wordt van de mogelijkheden van een kind. Hieruit kwam het Imms-model naar voren.

De ICF-CY en Imms vinden beide dat deelname een belangrijk element is van participatie (Christine Imms, Granlund, et al., 2016; WHO, 2008b). Echter gaat de ICF-CY ervanuit dat het probleem de oorzaak is voor de belemmeringen die een kind ervaart in het participeren. Het Imms-model bekijkt de belemmeringen en bevorderende factoren die een kind ervaart vanuit meerdere factoren die hierop een invloed kunnen hebben. Hiermee benadert het Imms-model een strength-based approach. Hierbij wordt er gekeken vanuit de mogelijkheden van het kind i.p.v. de problemen (problem-based approach) (Pattoni, 2012). Daarom vormt het Imms-model een meer dekkende definitie voor dit onderzoek.

De taken die een persoon uitvoert worden sterk beïnvloed door de context waarin een persoon zich bevindt (Law et al., 1996). De context voor jonge kinderen wordt voornamelijk bepaald door het handelen en de routines van de ouders en door de thuisomgeving (Law et al., 1996). De ouders van een kind met een beperking hebben dus een grote invloed op de participatie van hun kind (Barbara Piškur, 2015). Ouders hebben de meeste kennis over hun kind en willen het beste voor hun kind (S. King, Teplicky, King, & Rosenbaum, 2004). De kennis en ervaring van ouders is van grote relevantie voor de verbetering van de kinderrevalidatie (Barbara. Piškur et al., 2016). De samenwerking tussen ouders en de professional heeft een positief effect op de ontwikkeling van het kind (Dunst, Boyd, Trivette, & Hamby, 2002; Hill & Taylor, 2004).

Conclusie

Participatie dient altijd in de vertrouwde en echte omgeving/ context plaats te vinden. Het PEO-model geeft een duidelijk visueel overzicht van de omgeving, het handelen en het kind. Naast het PEO-model dient het ICF-CY binnen dit onderzoek centraal te staan. Om meer inzicht te krijgen in het activiteiten en participatieniveau van het ICF-CY is gezocht naar een duidelijke definitie van deze gebieden. De definitie van het activiteitsniveau is passend voor dit onderzoek, echter de definitie van het participatieniveau niet. Daarom is er gezocht naar een dekkende definitie voor participatie. Deze is gevonden in het Imms-model. Deze geeft duidelijk uit welke elementen participatie bestaat. Daarnaast kijkt deze vanuit een strength-based approach in plaats van naar de problemen. Daarnaast hebben ouders een grote invloed op de participatie van het kind, omdat een kind daar in de echte situatie participeert. Het is dus belangrijk om de kennis en ervaringen van ouders mee te nemen omdat zij hun kind het beste kennen.

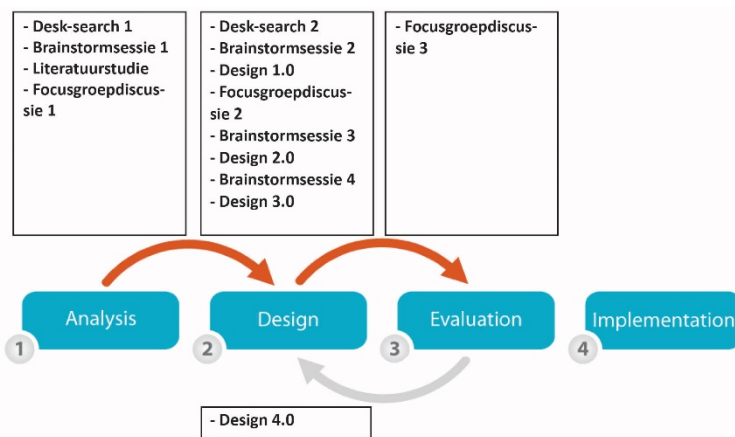
2. METHODE

In dit hoofdstuk wordt beschreven met welke methode dit onderzoek tot stand is gekomen. Allereerst wordt het design en de invulling hiervan omschreven, vervolgens wordt de data-verzameling en analyse omschreven van elke doorlopen stap binnen dit onderzoek, als laatste wordt vermeld hoe de ethische aspecten en trustworthiness gewaarborgd worden.

Onderzoeksdesign

Het User-Centered Design (UCD) (Krishnaswami, 2017) is gebruikt om tot een optimalisatie van het huidige ergotherapeutische screeningsproces van de vroegrevalidatie te komen (Krishnaswami, 2017; Lowdermilk, 2013). Het UCD kenmerkt zich door de focus te leggen op de wensen van de gebruiker (Lowdermilk, 2013). Tijdens iedere fase stond de input van de gebruikers centraal en werd er intensief samengewerkt (Krishnaswami, 2017; Lowdermilk, 2013). Dit verhoogt de kwaliteit van het uiteindelijke product en zorgt voor aansluiting in de praktijk (Lowdermilk, 2013). Daarom is het UCD een passende keuze. Het UCD bestaat uit 4 (hoofd)fasen:

- Analysis
- Design
- Evaluation
- Implementation



Afbeelding 3: Fases van het UCD gebaseerd op Krishnaswami (2017) aangevuld met de doorlopen stappen binnen dit onderzoek

Het UCD is een flexibel design. De fases worden achtereenvolgens doorlopen, waarbij de feedback van de gebruikers ervoor zorgt dat er naar een volgende stap gegaan kan worden. Als er vergaande gevolgen zijn in het design wordt er teruggedaan naar een van de voorgaande stappen. Daarna wordt het proces weer verder doorlopen (Krishnaswami, 2017). Binnen dit onderzoek zijn de volgende fases doorlopen: de analyse fase, de design fase, de evaluatiefase en nogmaals de designfase waarin het laatste design is ontwikkeld. In afbeelding 3 staan per fase de doorlopen stappen weergegeven. Hieronder worden de doorlopen stappen per fase toegelicht.

Fase 1: analyse

Binnen de analyse-fase is de eerste desk-search uitgevoerd. Daarnaast heeft brainstormsessie één met de opdrachtgevers plaatsgevonden. Verder heeft er literatuurstudie plaatsgevonden. Deze informatie is gepresenteerd in focusgroepdiscussie één.

- Desk-search 1
- Brainstormsessie 1
- Literatuurstudie
- Focusgroepdiscussie 1

Desk-search 1

Analysis

Uit de opdrachtomschrijving zoals deze verkregen is, werd al snel duidelijk dat er een optimalisatie van het screeningsproces moest gaan komen. De desk-search is uitgevoerd om een beeld te krijgen van de huidige assessments die er zijn, om een screening voor kinderen tussen de nul en vier jaar vorm te geven, en wat deze assessments in kaart brengen.

Data-verzameling

Op de site van 'meetinstrumenten in de zorg', zijn assessments gezocht die gebruikt kunnen worden in de kinderrevalidatie. Hiervoor zijn de volgende in- en exclusiecriteria gehandhaafd:

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Doelgroep is kinderen tussen de nul en vier jaar	Doelgroep beginnend vanaf vier jaar of gericht op schoolgaande kinderen
Doel van het meetinstrument is het in kaart brengen van mogelijkheden en/of beperkingen op functie-, activiteiten en participatieniveau	Doel van het instrument is meten van anatomische eigenschappen
Assessment is af te nemen door ergotherapie, fysiotherapie of logopedie	

Tabel 1: In- en exclusiecriteria desk-search

Vanuit praktijkervaring, binnen de kinderrevalidatie en eerstelijns kinderergotherapie, van de onderzoekers is deze lijst aangevuld.

Data-analyse

De gevonden assessments zijn geanalyseerd door ze te verwerken in een mindmap aan de hand van het PEO-model. Een mindmap biedt de mogelijkheid om in één oogopslag alle informatie weer te geven en stimuleert de creativiteit (Buskes, 2011). Door de assessments weer te geven in een mindmap werd in één oogopslag duidelijk welke gebieden van het PEO-model in kaart worden gebracht en op welke gebieden er nog informatie mist. Door de assessments die de ergotherapie afneemt te arceren, wordt de rol van de ergotherapie duidelijk gemaakt.

Brainstormsessie 1

Brainstormsessies helpen om onderwerpen beter te begrijpen of om een nog niet afgerond onderwerp verder uit te diepen (*Brainstorming*, 2019). Het doel van deze brainstormsessie was om de vraag en opdracht vanuit Adelante te verhelderen.

Data-verzameling

Brainstormsessies werken het beste als je mensen met een verschillende achtergrond uitnodigt om deel te nemen (Krueger & Casey, 2015a). De eerste brainstormsessie heeft plaatsgevonden met de opdrachtgevers van Adelante en de drie onderzoekers. Een onderzoeker hield hierbij alle relevante ideeën bij (Krueger & Casey, 2015a). De andere twee onderzoekers discussieerden mee over de vragen en opmerkingen (Krueger & Casey, 2015a).

Data-analyse

De verschillende ideeën van de onderzoekers zijn eerst opgeschreven. Dit zorgde voor een chaos van ideeën. Er is gekozen om deze ideeën te verwerken in een mindmap. Een mindmap maakt het mogelijk om een grote hoeveelheid informatie te clusteren en samen te brengen naar de kern (Buskes, 2011). Voor de brainstormsessie is dus een mindmap opgesteld om alle ideeën samen te voegen tot een geheel.

Literatuurstudie

Om meer kennis op te doen over participatie, Family Centered Services (FCS), de omgeving en spel voor het jonge kind, is er een literatuurstudie uitgevoerd.

Data-verzameling

De literatuurstudie is uitgevoerd en aan de hand van vijf stappen (Khan, Kunz, Kleijnen, & Antes, 2003). De eerste twee stappen vormen de data-verzameling. Ten eerste het opstellen van vragen die de onderzoekers beantwoord willen hebben middels literatuurstudie (Khan et al., 2003). Ten tweede het opzetten en uitvoeren van een uitgebreide zoekstrategie (Khan et al., 2003).

Data-analyse

De laatste drie stappen binnen de literatuurstudie beschrijven hoe de data geanalyseerd is (Khan et al., 2003). Ten eerste zijn de artikelen geselecteerd op in- en exclusiecriteria en is de methodologische kwaliteit van het artikel beoordeeld (Khan et al., 2003). Vervolgens zijn de resultaten die van belang waren voor het beantwoorden van de vraag van de onderzoekers, ten aanzien van participatie, Family Centered Services, de omgeving en spel, uit de artikelen gehaald. Deze zijn samengevat en gesynthetiseerd (Khan et al., 2003). Op basis hiervan kon als laatste de toepasbaarheid, van deze resultaten, voor dit onderzoek beoordeeld worden (Khan et al., 2003).

Focusgroepdiscussie 1

Om invulling te geven aan het doorlopen proces hebben drie focusgroepdiscussies plaatsgevonden. Het gebruik van focusgroepdiscussies is een passende manier van data-verzameling binnen het UCD (Heinilä et al., 2005). Het doel van een focusgroepdiscussie is om beter te begrijpen hoe mensen zich voelen bij of denken over een bepaald product, waarbij gediscussieerd wordt over een vooraf vastgesteld onderwerp (Baarda et al., 2013c; Krueger & Casey, 2015b). Het voordeel hiervan is dat respondenten tot ideeën en opmerkingen komen die ze individueel niet bedacht zouden hebben en hierover kunnen discussiëren (Abrás, Maloney- Krichmar, & Preece, 2004; Baarda et al., 2013b). Binnen de focusgroepdiscussie zal het over één onderwerp gaan, maar niet over privé onderwerpen waardoor de kans klein is dat respondenten bepaalde meningen niet durven te uiten, dit maakt het gebruik van een focusgroepdiscussie binnen dit onderzoek zeer geschikt (Baarda et al., 2013b). Er wordt nooit maar één focusgroepdiscussie gebruikt, maar meermaals zodat er een patroon ontdekt kan worden in de verwachtingen ten aanzien van een product (Krueger & Casey, 2015b).

Respondenten

Respondenten in een focusgroepdiscussie worden uitgekozen omdat ze bepaalde kenmerken gemeen hebben die samenhangen met het onderwerp van de focusgroepdiscussie (Krueger & Casey, 2015b).

Bij de eerste focusgroepdiscussie waren de volgende respondenten aanwezig; twee ergotherapeuten werkzaam bij Vroegrevalidatie Adelante Valkenburg, dit zijn de gebruikers van het uiteindelijke design. Verder was een expert op het gebied van kind en jeugd aanwezig. Ze heeft veel onderzoek gedaan naar de participatie van kinderen en het belang van de omgeving bij kinderen. Deze informatie kon nieuwe inzichten geven en helpen om de discussie op gang te brengen.

Ook was er een onderzoeker, een moderator en een observator. De onderzoeker om alle verzamelde informatie voorafgaand aan het onderzoek in te brengen. De moderator was nodig om de discussie te leiden door vragen in te brengen en de observator hield in de gaten of alles aan bod gekomen was of dat er nog dieper op bepaalde zaken doorgevraagd moest worden.

Data-verzameling

De eerste focusgroepdiscussie was op 28 maart 2019 van 16.00 uur tot 17.00 uur bij Adelante Kinderrevalidatie in Valkenburg. Een focusgroepdiscussie moet namelijk in een veilige omgeving georganiseerd worden, zodat de respondenten zich vrij voelen om hun mening te delen, zonder dat ze zich gedwongen voelen om concessies te doen (Krueger & Casey, 2015b).

Deze vond plaats in de analyse fase van het UCD. Het doel was om aan het einde van die focusgroepdiscussie duidelijk en concreet te hebben welke verschillende onderdelen er meegenomen moesten worden naar de designfase.

Alle focusgroepdiscussies zijn met audio opgenomen, zodat de informatie uit de focusgroepdiscussies zo goed mogelijk verwerkt konden worden in de resultaten. Door middel van de observator was er een beschrijving gemaakt van de focusgroep opstelling om makkelijker te kunnen achterhalen wie wat zei, hierdoor was het maken van video-opnames overbodig (Baarda et al., 2013c).

Door middel van de eerste focusgroepdiscussie werd informatie verzameld om ideeën te krijgen voor de invulling van het design. Het doel van de eerste focusgroepdiscussie was om de resultaten van de literatuurstudie aan de opdrachtgevers te presenteren en om aan het einde van de focusgroepdiscussie duidelijk te hebben welke onderdelen daarvan meegenomen moeten worden in de designfase voor design 1.0. De opbouw van de focusgroepdiscussie was als volgt: eerst een presentatie ten aanzien van de resultaten van de literatuurstudie en de verwerking hiervan binnen het PEO-model, vervolgens heeft de moderator door middel van een semigestructureerde interviewgide de discussie ingeleid. Voor de inhoud van de focusgroepdiscussie en de discussiegide zie bijlage 1.

De belangrijkste informatie uit de focusgroepdiscussies, die een antwoord geeft op de onderzoeksvraag, moet geanalyseerd worden. Om tot een data-analyse van de focusgroepdiscussies te komen, zijn er audio-opnames gemaakt. Deze audio-opnames kunnen nauwelijks direct geanalyseerd worden, omdat het niet makkelijk is om een stuk snel terug te zoeken in een audio-opname.

Data-analyse

Het analyseren van een focusgroepdiscussie levert inzichten op over hoe het product bij de respondenten wordt ontvangen (Krueger & Casey, 2015b). De audio-opnames zijn direct na afloop van elke focusgroepdiscussie getranscribeerd, zodat de details het best meegenomen kunnen worden (Moser & Korstjens, 2018). In deze transcripties zijn emoties, aarzelingen en stopwoordjes weggelaten, omdat dit geen relevante informatie toevoegt voor de onderzoeksvraag (Baarda et al., 2013a).

De transcriptie werd geanalyseerd door middel van directed content analysis (Hsieh & Shannon, 2005). Hierbij is het transcript eerst gecodeerd met behulp van vooraf opgestelde thema's. Er zijn diverse technieken van coderen gebruikt; open coderen, axiaal coderen en selectief coderen (UniversiteitAntwerpen, 2015). Dit levert thema's op met bijhorende subthema's. Data die niet onder een van de vooraf vastgestelde thema's geplaatst kon worden, is later voor bekeken of deze een nieuw thema nodig hadden. Deze is indien nodig opgesteld om ervoor te zorgen dat er geen informatie zou ontbreken (Hsieh & Shannon, 2005).

Alle thema's, subthema's en codes zijn verwerkt in een stroomschema, om een overzichtelijk geheel van de resultaten te krijgen.

Fase 2: design

Binnen deze fase wordt er een design opgesteld. In dit onderzoek wordt het design als middel gebruikt om het screeningsproces te optimaliseren. Naar aanleiding van focusgroepdiscussie één is een tweede desk-search uitgevoerd. Daarna is brainstormsessie twee uitgevoerd, met design 1.0 als gevolg. Aan de hand daarvan heeft focusgroepdiscussie twee plaatsgevonden.

Naar aanleiding van focusgroepdiscussie twee heeft een derde brainstormsessie plaatsgevonden onder de onderzoekers. Hieruit is design 2.0 ontstaan. Een nieuwe brainstormsessie over design 2.0 heeft geleid tot design 3.0.

- Desk-search 2
- Brainstormsessie 2
- Design 1.0
- Focusgroepdiscussie 2
- Brainstormsessie 3
- Design 2.0
- Brainstormsessie 4
- Design 3.0

Design

2

Desk-search 2

In de analysefase van dit onderzoek is een eerste desk-search uitgevoerd. Hierbij is al gezocht naar assessments voor de kinderrevalidatie in het algemeen. Naar aanleiding van de eerste focusgroepdiscussie is door middel van een tweede desk-search naar relevante assessments gezocht die kunnen helpen om het design weer te geven.

Data-verzameling

In de tweede desk-search is gezocht naar assessments die gebaseerd zijn op relevante theorieën of methodes binnen de kinderergotherapie. Binnen die zoektocht zijn de volgende in- en exclusiecriteria gehanteerd:

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Doelgroep is kinderen tussen de nul en vier jaar	Doelgroep beginnend vanaf vier jaar of gericht op schoolgaande kinderen
Doel van het meetinstrument is het in kaart brengen van mogelijkheden en/of beperkingen op het activiteiten en participatieniveau van de ICF-CY	Doel van het instrument is meten van anatomische- en functiegerichte eigenschappen
Assessment is af te nemen door ergotherapie	
Het assessment moet gericht zijn op observatie	
Assessment is gericht op spel	
Assessment betreft de omgeving	

Tabel 2: In- en exclusiecriteria onderzoek relevante assessments

Met deze in- en exclusiecriteria is gezocht op de site van het LUDI-netwerk, relevante websites en in boeken over gebruikte methodes binnen de kinderergotherapie.

Data-analyse

Alle relevante assessments zijn in een document geplaatst en vervolgens heeft een screening plaatsgevonden om te bekijken welke assessments op basis van de in- en exclusiecriteria overblijven. Daarnaast is bekeken of de overgebleven assessments overeenkwamen met de wensen van de opdrachtgevers.

Brainstormsessie 2

De tweede brainstormsessie moest ervoor zorgen dat de resultaten van de eerste focusgroep in design 1.0 verwerkt konden worden.

Data-verzameling

De resultaten van de eerste focusgroep vormde de input voor deze tweede brainstormsessie, die plaatsvond onder de onderzoekers. Middels het ICF-CY boek is data-verzameld over de inhoud van de componenten van het ICF-CY op activiteiten- en participatieniveau.

Data-analyse:

De verschillende ideeën van de onderzoekers zijn op dezelfde manier verwerkt als in brainstormsessie één.

Focusgroepdiscussie 2

In de tweede focusgroepdiscussie stond design 1.0 centraal. De inhoud van de focusgroepdiscussie is terug te lezen in bijlage 4.

Respondenten

Bij de tweede focusgroepdiscussie waren de volgende respondenten aanwezig; twee ergotherapeuten werkzaam bij Vroegrevalidatie Adelante Valkenburg, dit zijn de gebruikers van het uiteindelijke design. Ook is deze focusgroepdiscussie een derde ergotherapeut aangesloten, wie werkzaam is binnen het opvolgende team. De kinderen in dat team zijn tussen de vier en acht jaar oud, hiermee kon deze ergotherapeut dus vanuit een andere invalshoek mee discussiëren over de invulling van het design. Verder was de expert op het gebied van kind en jeugd weer aanwezig en waren een onderzoeker, moderator en observator er weer bij.

Data-verzameling

Focusgroepdiscussie twee vond plaats op 16 april 2019 van 14.30 uur tot 15.30 uur. Het doel van deze focusgroepdiscussie was om aan het einde te weten welke exacte invulling de gebruikers geven per ICF-CY component en wat er van de opzet meegenomen kon worden naar design 2.0. De focusgroepdiscussie had de volgende opbouw: een presentatie met de conclusie van de vorige focusgroepdiscussie; de doorlopen stappen en design 1.0. De moderator heeft vervolgens door middel van een semigestructureerde interviewgide de discussie begeleid. Voor de inhoud van de focusgroepdiscussie en de interviewgide, zie bijlage 4.

Net als bij de eerste focusgroepdiscussie, zijn ook hier audio-opnames van gemaakt en heeft de observator een beschrijving gemaakt van de focusgroep opstelling.

Data-analyse

De data van focusgroepdiscussie twee is op dezelfde wijze uitgevoerd als in focusgroepdiscussie één in de analysefase.

Brainstormsessie 3 en 4

Om vanuit de focusgroepdiscussie te komen tot design 2.0 heeft een brainstormsessie plaatsgevonden. Om dit design te optimaliseren heeft een tweede brainstormsessie plaatsgevonden.

Data-verzameling

De eerste brainstormsessie had als doel om mogelijkheden voor de opbouw en inhoud voor design 2.0 vast te leggen met behulp van de analyse van focusgroepdiscussie twee.

De tweede brainstormsessie vond plaats naar aanleiding van de eerste. In deze brainstormsessie was het doel om ideeën te verzamelen die ervoor zouden zorgen dat het gemaakte design 2.0 minder functiegericht zou worden.

Data-analyse

De data van de brainstormsessies zijn op dezelfde manier geanalyseerd als bij de brainstormsessie in de analysefase.

Fase 3: evaluatie

In de evaluatiefase heeft focusgroepdiscussie drie plaatsgevonden.

Focusgroepdiscussie 3

In de derde focusgroepdiscussie is het design geëvalueerd met de gebruikers. De inhoud van deze focusgroepdiscussie is te lezen in bijlage 8.

- Focusgroepdiscussie 3

Evaluation

3

Respondenten

Bij de derde focusgroepdiscussie waren de volgende respondenten aanwezig: twee ergotherapeuten werkzaam bij Vroegrevalidatie Adelante Valkenburg, dit zijn de gebruikers van het uiteindelijke design. Verder was de expert op het gebied van kind en jeugd weer aanwezig. Evenals de een onderzoeker, moderator en observator.

Data-verzameling

De derde focusgroepdiscussie in dit onderzoek vond plaats op maandag 13 mei van 16.00 uur tot 17.00 uur.

De laatste focusgroepdiscussie in dit onderzoek, focusgroepdiscussie drie, is uitgevoerd in de evaluatiefase. Het doel van deze focusgroepdiscussie was om het gemaakte design te evalueren met de gebruikers en een expert, om zo een zo goed mogelijk product te kunnen leveren. Deze focusgroepdiscussie had de volgende opbouw:

Een korte presentatie met daarin algemene informatie over design 2.0. Vervolgend kregen de respondenten de tijd om de verschillende producten kort door te lezen. Hierop volgend heeft de moderator door middel van een semigestructureerde interviewgide de discussie begeleid. Voor de inhoud van de focusgroepdiscussie en de interviewgide, zie bijlage 8.

Net als bij de voorgaande focusgroepdiscussies, zijn ook van de derde focusgroepdiscussie audio-opnames van gemaakt en heeft de observator een beschrijving gemaakt van de focusgroeppostelling.

Data-analyse

De data van focusgroepdiscussie drie is op dezelfde wijze geanalyseerd als focusgroepdiscussie één en twee in de voorgaande fases.

Fase 4: design

Om de aanpassingen aan design 3.0 te kunnen doen, is er een stapje teruggegaan van de evaluatiefase naar de designfase.

Hieruit zijn kleine aanpassingen gekomen die zijn verwerkt in design 4.0.

Design

2

- Design 4.0

Ethische aspecten

Om de data-verzameling te kunnen verrichten heeft iedere respondent een informed consent, zie bijlage 10, ondertekend voorafgaand aan de eerste focusgroepdiscussie waaraan zij deelnamen (Baarda et al., 2012). Hierin stond onder andere vermeld dat gegevens pseudoniem verwerkt zullen worden onder de onderzoekers. Binnen dit onderzoeksrapport zijn de gegevens anoniem verwerkt. Gezien er binnen dit onderzoek niet gewerkt werd met cliënten of cliëntgegevens, was het niet nodig een verzoek in te dienen bij de Medisch Ethische Commissie (MEC) van Adelante. Dit houdt bovendien in dat de MEC niet verantwoordelijk is voor de data storage van dit onderzoek. De verzamelde data in de vorm van transcripten is daarom in overleg met Adelante in een beveiligde omgeving binnen Zuyd opgeslagen.

Trustworthiness

Binnen dit onderzoek is er tijdens focusgroepdiscussies geparafraseerd en verheldering gevraagd, ook wel member checking genoemd. Verder is er aan het begin van elke focusgroepdiscussie een terugblik gedaan naar de conclusie van de vorige focusgroepdiscussie, op deze manier is de credibility binnen dit onderzoek gewaarborgd (Kuiper & Borghouts, 2012). Bovendien is er gebruik gemaakt van triangulatie door meerdere manieren van data-verzameling te gebruiken. Hierdoor is er een achtergrond gecreëerd voor de focusgroepdiscussies, zo word de inhoud van de discussie van deze focusgroepdiscussie beter begrepen (Brewer & Hunter, 1989).

Verder hebben er onder de onderzoekers en tussen de onderzoekers en supervisor regelmatig debriefing sessies plaatsgevonden. Door deze discussies wordt vaak de blik weer geopend voor andere invalshoeken of nieuwe mogelijkheden. Dit voorkomt hiermee biases door vooringenomen standpunten van de onderzoekers (Shenton, 2004).

De respondenten, methoden en data-analyse zijn tot in detail beschreven en de kernbegrippen zijn toegelicht. Dit wordt ook wel 'thick description' genoemd en zorgt ervoor dat de transferability is gedekt (Kuiper & Borghouts, 2012).

Door gebruik te maken van audio-opnames en transcriptie, en door researcher triangulation wordt de dependability gewaarborgd (Kuiper & Borghouts, 2012). Binnen het onderzoek heeft een onderzoeker de transcriptie gedaan, vervolgens heeft deze onderzoeker samen met een andere onderzoeker de analyse van het transcript gemaakt. De derde onderzoeker heeft de subthema's en thema's gecontroleerd en deze verwerkt in een schema. Bovendien wordt de dependability vergroot door het gebruik van het user-centered design, vooraf aan het onderzoek kan nog niet in detail vermeld wordt hoe dit zal verlopen, hierdoor is het dus niet nodig om veranderingen hierin te verantwoorden (Kuiper & Borghouts, 2012). Door in een discussie te reflecteren op het onderzoek wordt de dependability ook vergroot (Shenton, 2004).

Door middel van peer review en member checking is de confirmability gedekt. Op deze manier wordt duidelijk dat de informatie niet alleen voortkomt uit een vooringenomen standpunt van de onderzoekers, maar met name vanuit de respondenten van de focusgroepdiscussie (Kuiper & Borghouts, 2012).

3. RESULTATEN

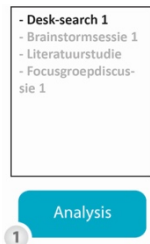
In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit onderzoek beschreven. Dit wordt gedaan aan de hand van de fases van het UCD. In elke fase wordt omschreven wat de resultaten zijn van de gemaakte stappen.

Resultaten fase 1: analysefase

In dit subhoofdstuk komen de resultaten naar voren van de desk-search, een eerste brainstormsessie met de opdrachtgevers, de literatuurstudie en de eerste focusgroepdiscussie.

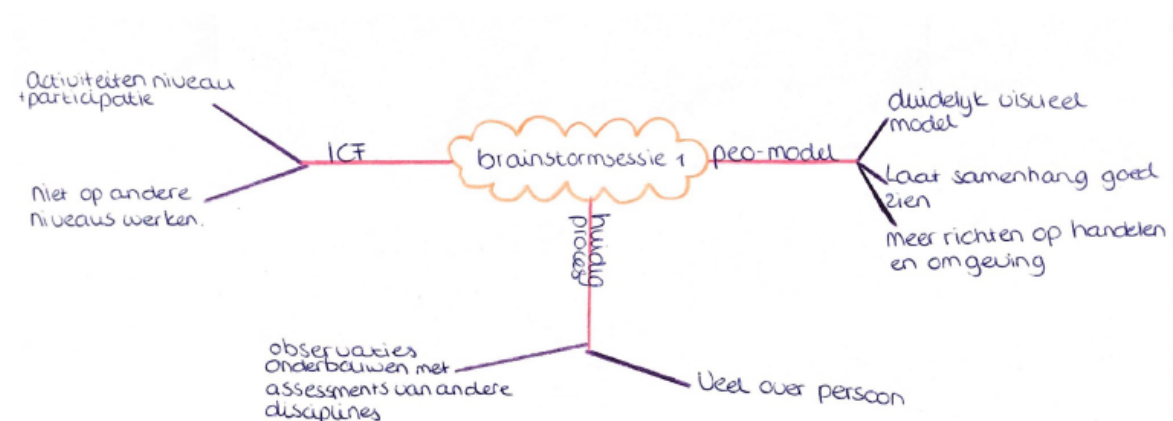
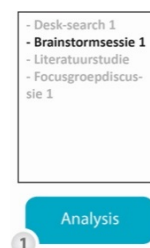
Resultaten desk-search 1

De desk-search leverde verschillende assessments op, deze zijn weergegeven aan de hand van het PEO-model om een overzicht te krijgen over wat de assessments in kaart brengen en over welk gebied van het PEO-model nog informatie ontbreekt. In afbeelding 5 is de mindmap te zien. Er waren veel assessments die informatie verschaffen over de persoon, een aantal assessments die informatie verschaffen over het handelen en maar enkele assessments die informatie verschaffen over de omgeving van het kind.

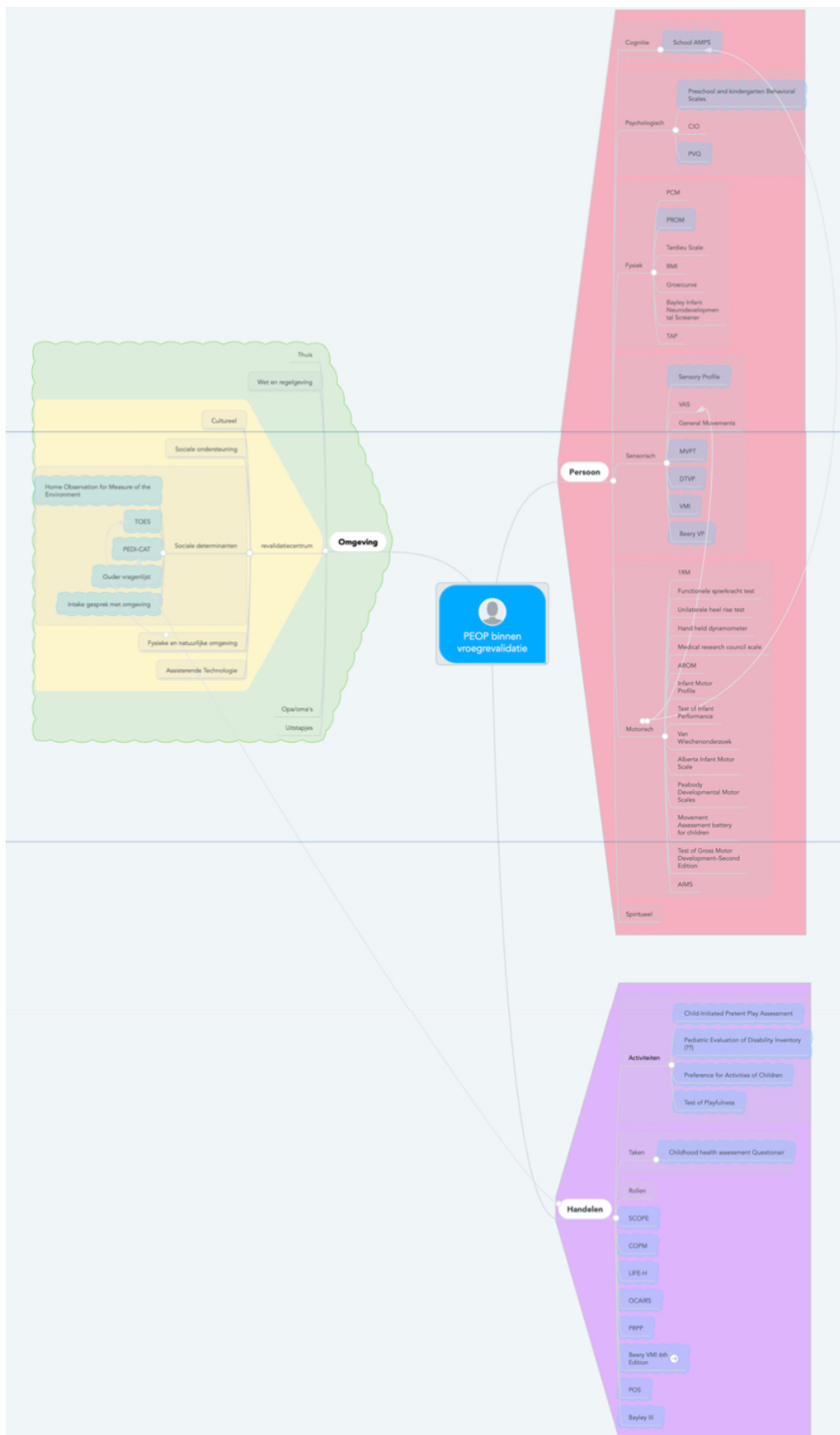


Resultaten brainstormsessie 1

In deze brainstormsessie met de opdrachtgevers zijn bovenstaande resultaten uit de desk-search, te zien in afbeelding 5, gepresenteerd als inspiratie voor de precieze vormgeving van de opdracht. Uit de brainstormsessie die plaatsvond over de desksearch kwam naar voren dat veel van deze assessments op het gebied van de persoon door de fysiotherapeuten worden afgenomen. Als de ergotherapeuten zich richten op een stuk handelen en omgeving, is hier veel winst uit te halen ten aanzien van het in kaart brengen van het gehele leven van een kind. Dit heeft de ergotherapeuten al geïnspireerd om kleine aanpassingen in hun werkwijze door te voeren, zoals samen met de fysiotherapie een assessment afnemen. Verder is hierdoor een positief beeld ontstaan voor het gebruik van het PEO-model als visueel middel om de rol van de ergotherapie binnen het team duidelijk te maken. Uit de brainstormsessie kwam een specifiekere richting van dit onderzoek naar voren. Zo is afgesproken om te richten op het activiteiten- en participatieniveau van de ICF-CY. De resultaten zijn weergegeven aan de hand van een mindmap, in afbeelding 4.



Afbeelding 4: Mindmap brainstormsessie 1



Afbeelding 5: Desk-search: overzicht bestaande assessments voor kinderen tussen de 0 en 4 jaar in het PEO-model

De uitgevoerde literatuurstudie levert verschillende artikelen op die belangrijke onderdelen beschrijven voor het vormgeven van een design voor de screeningsfase. Deze onderdelen zijn gericht op: a) participatie, b) Family Centered Services, c) omgeving en d) spel.

- Desk-search 1
- Brainstormsessie 1
- Literatuurstudie
- Focusgroepdiscussie 1

Analysis

a) Participatie

Participatie wordt in de literatuur gezien als een belangrijke uitkomstmaat op het gebied van kinderen met een beperking (G. King et al., 2006). Er zijn diverse beschrijvingen van dit concept te vinden; het meest gebruikte is de definitie van de ICF (2001) *'iemand's deelname aan het maatschappelijk leven'* (WHO, 2008b). In het artikel van Christine Imms et al. (2016) wordt onderzoek gedaan naar het begrip participatie waaruit vijf thema's naar voren komen die het begrip participatie omschrijven (C. Imms, Adair, et al., 2016). De volgende thema's, attendance, involvement, preferences, activity competence en sense of self, kwamen naar voren als belangrijke begrippen om participatie te omschrijven (C. Imms, Adair, et al., 2016). Deze werden vormgegeven in een visueel model. In een opvolgend onderzoek is dit model verder uitgewerkt tot het Imms-model, zoals beschreven in het theoretisch kader (Christine Imms, Granlund, et al., 2016).

b) Family Centered Services

De betrokkenheid van ouders en kind in het proces van revalidatie is noodzakelijk (Pediatrics, 2003; Sloper & Turner, 1992). Uit recent onderzoek is gebleken dat Family Centered Services (FCS) een positieve invloed heeft op de ouders/ verzorgers van een kind met een beperking in de revalidatiesetting (Law et al., 2003). FCS wordt vormgegeven aan de hand van een aantal principes, namelijk dat elke familie uniek is; de ouders hun kind het beste kennen en het beste willen voor hun kind; een kind optimaal functioneert als het ondersteund wordt door de familie; en het kind wordt beïnvloed door stress en coping van de familie (Phoenix, Jack, Rosenbaum, & Missiuna, 2019a).

Echter is gebleken dat implementatie van FCS in de revalidatiesetting complex is. (Phoenix, Jack, Rosenbaum, & Missiuna, 2019b) heeft hiervoor een theorie ontwikkeld waarin factoren beschreven worden die een bevorderende of belemmerende werking kunnen hebben op de aanwezigheid, betrokkenheid en participatie van ouders in het revalidatieproces van hun kind. Uit het onderzoek van (Jeglinsky, Autti-Rämö, & Brogren Carlberg, 2012) en (Shevell et al., 2018) komt naar voren dat er voor de implementatie van FCS nog winst gehaald kan worden uit het bieden van algemene informatie en tegenmoetkomen aan families met een hoog sociaal economische status. Dit kan bereikt worden door al vanaf het eerste moment te werken aan de band tussen zorgaanbieder en ouders/verzorgers (Shevell et al., 2018). Echter is er meer onderzoek nodig naar de invloed van FCS op het kind en de zorgaanbieders (Shevell et al., 2018).

c) Omgeving

De sociale omgeving heeft een grote invloed bij het bevorderen van participatie (Barbara Piškur, 2015) en het uitvoeren van spel (Bartie et al., 2016; Dauch, Imwalle, Ocasio, & Metz, 2018; Kenney, 2012). De socio-economische status, spel met leeftijdsgenoten, hoeveelheid buitenspelen, veiligheid van de buurt en hoeveelheid speelgoed hebben invloed op de manier en welk speelgoed het kind prefereert. De interactie die tussen ouders/verzorgers en hun kind plaatsvindt gedurende spel, zorgt ervoor dat de band tussen hen sterker wordt (Ginsburg, Communications, & Health, 2007).

d) Spel

Spel beïnvloedt de ontwikkeling op vijf verschillende ontwikkelingsgebieden van het kind, namelijk, cognitief, communicatief, sociaal-emotioneel, motoriek en het aanpassingsvermogen (Lifter, Foster-Sanda, Arzamarski, Briesch, & McClure, 2011; O'Grady & Dusing, 2015). De verschillende spelvormen beïnvloeden de ontwikkeling op verschillende onderdelen hiervan. Zo beïnvloedt fantasiespel de

executieve functies; symbolisch spel de planning, creativiteit en symbolische representatie en zorgt explorerend gedrag bij baby's en peuters voor een basis op cognitief, sociaal en visueel-motorisch vlak (Lifter et al., 2011; Lobo, Kokkoni, de Campos, & Galloway, 2014; Thibodeau, Gilpin, Brown, & Meyer, 2016).

Spel beïnvloedt dus de ontwikkeling, uit onderzoek is gebleken dat de ontwikkeling dus ook in kaart gebracht kan worden door spel. Er zijn steeds meer assessments en interventies die spel gebruiken als middel. Het is belangrijk om de ontwikkeling in kaart te brengen aan de hand van activiteiten die kinderen vaak uitvoeren, zoals spel, om een realistisch beeld te krijgen. Het beste is dan ook om te kiezen voor zelfregulerende spelactiviteiten (Lifter et al., 2011; O'Grady & Dusing, 2015).

Resultaten focusgroepdiscussie 1

De resultaten van de focusgroepdiscussie zijn weergegeven aan de hand van acht thema's met daaronder vallende subthema's en codes, afkomstig uit de analyse van de focusgroepdiscussie. De thema's representeren de discussieonderwerpen vanuit de literatuur en thema's die binnen de ergotherapeutische vroegrevalidatie opvallen. Een samenvatting van de thema's met de bijbehorende subthema's zijn weergegeven in een stroomtabel in bijlage 2.

- Desk-search 1
- Brainstormsessie 1
- Literatuurstudie
- Focusgroepdiscussie 1

Analysis

1

Thema 1: Het gebruik en het belang van de ICF-CY

Respondenten beschreven het belang van het gebruik van de ICF-CY. Zij beschreven hoe ze met behulp van de ICF-CY een invulling geven aan het screeningsproces. Een van de respondenten beschreef: *'Ik denk dat wij meer op activiteitsniveau beschrijven dan op participatieniveau'*. Respondenten wensten dat in het design de componenten van het activiteiten- en participatieniveau van de ICF-CY terug zouden komen waar de ergotherapeuten een invulling aan geven.

Thema 2: Het belang van de sociale omgeving

In de focusgroepdiscussie beschreven de respondenten het gedrag in een context, de ouders en de thuissituatie. Toen besproken werd ouders om meer te betrekken in de therapie beschreef de respondent: *'het kind laat gedrag zien wat een kind thuis niet laat zien'* wanneer ouders aanwezig zijn. Een andere respondent vulde dit aan met *'ze gaan andere gedrag vertonen dan ze normaal doen'*. Daarnaast gaven ze aan dat ze het lastig vinden om het spel zoals thuis na te bootsen in de therapie. Ze beschreven dat de thuissituatie gezien moet worden als versterking van het kind, maar het per gezin verschillend is hoeveel de ergotherapeuten de ouders zien en ze niet te veel willen vragen van de ouders. Als het gaat over het meer betrekken van de omgeving omschrijft de respondent: *'ik vind het heftig om dat in de eerste periode te vragen'*. Er werd ook aangegeven dat huisbezoek vaak pas plaatsvindt na de observatieperiode.

Thema 3: De reflectie op de huidige observatie

De respondenten beschreven het ergotherapeutische gedeelte, de ervaring van therapeuten en de ouders binnen de huidige observatie. Over de frequentie van therapie zegt de respondent: *'het kind zelf zien wij twee keer per week, gedurende zes weken'*. Hierbij wordt geobserveerd in de groep en wordt er in de therapie playlike activiteiten geobserveerd. Ze beschreven dat het functie- en activiteitsniveau en de ontwikkelingsgebieden in de huidige observatie via spel in kaart gebracht worden. De respondent omschrijft: *'het is niet standaard dat wij op huisbezoek mogen gaan'*. Er werd binnen de huidige observatie enkel gewerkt met spelmateriaal aanwezig in de therapieruimte en er werd enkel gekeken naar het spel en niet naar de interactie met de omgeving. Over het gebruik van het ICF-CY wordt het volgende omschrijven *'met de termen van het ICF-CY werkt het hele team natuurlijk, dat is dan ook uiteindelijk de basis voor de rapportage'*.

Ze beschreven dat de ergotherapie nu vooral kijkt naar handelen en persoon, en dat van daaruit de omgeving wordt meegenomen. Ze gaven aan het lastig te vinden om te vragen naar de omgeving,

omdat ze hier slechte ervaring mee hebben. Ze beschreven dat de screeningsperiode namelijk het heftigste is voor de ouders. Over het maken van beeldmateriaal beschreef de respondent: *'als ouders video's moeten maken, dat doen ze niet'* de andere respondent vult dit aan met: *'ouders vinden het bedreigend om zichzelf te filmen'*. Ook beschreven ze dat ouders niet weten waarom de therapeuten informatie vanuit thuis willen ontvangen. Vaak zijn ouders verbaasd over wat het kind laat zien tijdens observatie en komt pas na de screeningsperiode aanbod dat gedrag thuis anders is dan in de therapie.

Thema 4: De reflectie op het team

De respondenten beschreven het team in het algemeen, de taakverdeling, de ergotherapie, de omgeving en het PEO-model. Respondenten beschreven dat er verschil is in gebruik van termen binnen het team, terwijl het hele team werkt met de ICF-CY. Ze gaven aan dat andere teamleden niet altijd begrijpen dat ergotherapie over meerdere componenten van de ICF-CY meepraat, maar dat ze wel allemaal over participatie praten. Ook beschreef de respondent: *'als we een verslag maken, willen wij eigenlijk overal bij zijn, ons stuk heeft met de andere disciplines raakvlak'*. Er werd aangegeven dat indien de componenten van de ICF-CY binnen het PEO-model terugkomen, er een herkenbare taal is binnen het team. Door de respondenten werd omschreven dat de ergotherapie zicht terugtrekt van de omgeving in de screening gezien maatschappelijk werk, psycholoog en orthopedagoog zich hiermee bezighouden. Echter moeten ze ouders het idee geven van een gezamenlijke blik.

Thema 5: Reflectie op het gebied van persoon

De respondenten gaven enkele dingen aan over de persoon binnen de focusgroepdiscussie. Zo beschreven ze dat kinderen soms niet willen spelen. De respondent beschrijft: *'Soms komen we er na de zes weken achter dat er thuis helemaal geen spel is'*, hieraan wordt toegevoegd dat het dan ook logisch is dat het kind die vaardigheden nog niet heeft ontwikkeld. Bij persoon kwam een stukje cognitie, spraak/taal, motoriek en persoonlijkheidsontwikkeling terug.

Thema 6: Het belang en gebruik van spel

De respondenten beschreven spel in het algemeen en hoe spel de ontwikkeling stimuleert. Ze gaven aan dat kinderen leren via spel, zo kan ook door middel van spel het ontwikkelingsniveau in kaart worden gebracht. Er werd beschreven dat kinderen participeren binnen spel, indien dit in de juiste omgeving of setting plaatsvinden.

Thema 7: Profileren van ergotherapie binnen het team

In de focusgroepdiscussie beschreven de respondenten de profilering van ergotherapie binnen de screeningsperiode. Als eerste beschreef de respondent: *'ouders kunnen vaak niks zeggen over de ergotherapie, ze weten vaak niet eens dat het kind erbij is geweest'*. Verder gaven ze aan dat ergotherapie informatie krijgt door op een andere manier te observeren dan de andere teamleden, ze kijken vanuit de mogelijkheden en kijken naar hoe een persoon zijn functies toepast. Ze beschreven dat de ergotherapeut die dingen observeert die voor ouders het belangrijkste zijn. Er werd omschreven dat door de ICF-CY te combineren met het PEO-model de ergotherapeut duidelijk kan maken wat ze doen.

Thema 8: Optie toekomstige observatie

De respondenten beschreven algemene aspecten, maar ook aspecten over de omgeving en over de ergotherapie die als opties meegenomen konden worden voor de observatie zoals die er in de toekomst uit gaat zien. *'Participatie meenemen zonder ernaar te vragen'* gaf de respondent aan het fijnste te vinden voor het toekomstige proces. Ook werd beschreven dat het belangrijker is om te kijken naar de toepassing van vaardigheden in de praktijk dan een score te hebben uit een assessment. Verder werd aangegeven dat de omgeving meer betrokken moet worden. Een van de respondenten had het idee: *'je zou bijvoorbeeld ouders speelgoed van thuis mee kunnen laten*

nemen'. Een andere respondent vult dit aan met *'Misschien zou je ouders een keer kunnen vragen om een filmpje te maken van hoe een kindje thuis daarmee speelt'*.

Er werd beschreven door de respondenten dat de sterktes van het kind benadrukt moeten worden om ouders het positieve te laten zien. Ergotherapeuten zouden als eerste discipline met spel aan de slag willen, zodat het team zich dan kan aansluiten bij de observatie van de ergotherapeuten.

Aspecten die meegenomen moeten worden in het design

Allereerst is het belangrijk om de resultaten van het teamoverleg te koppelen aan het PEO-model, en dat deze gecombineerd wordt met het ICF-model. Daarnaast is het belangrijk om de omgeving meer te betrekken bij het observeren van spel door middel van filmpjes en spelmateriaal van thuis.

Resultaten fase 2: Designfase

In dit subhoofdstuk komen de resultaten naar voren van de tweede desksearch, de tweede brainstormsessie, focusgroepdiscussie twee, brainstormsessie drie en brainstormsessie vier.

Resultaten desk-search 2

Binnen dit onderzoek zijn mogelijk relevante assessments bekeken om een invulling te geven aan het design. Uit de eerste globale vergelijking met de in- en exclusiecriteria kwamen de volgende assessments naar voren: Assessment of Ludic Behaviour (ALB), Child-Initiated Pretend Play Assessment (CHIPPA), Children Playfulness Scale (CPS), Infant-preschool Play Assessment Scale (I-PAS), Revised Knox Preschool Play Scale (RKPPS), Test of Environmental Supportiveness (ToES), Transdisciplinary Play-Based Assessment (TPBA), Test of Pretend Play (ToPP) en Dynamic Performance Analysis (DPA).

- Desk-search 2
- Brainstormsessie 2
- Design 1.0
- Focusgroepdiscussie 2
- Brainstormsessie 3
- Design 2.0
- Brainstormsessie 4
- Design 3.0

Design

2

Op basis van de uitkomsten van de focusgroep zijn hieruit de volgende assessments overgebleven: DPA en ALB. Deze testen kunnen mogelijk (gedeeltelijk) helpen bij het vormgeven van het design.

Brainstormsessie 2

Het eerste design, design 1.0, is tot stand gekomen naar aanleiding van de resultaten van desk-search 2, zie bijlage 3.

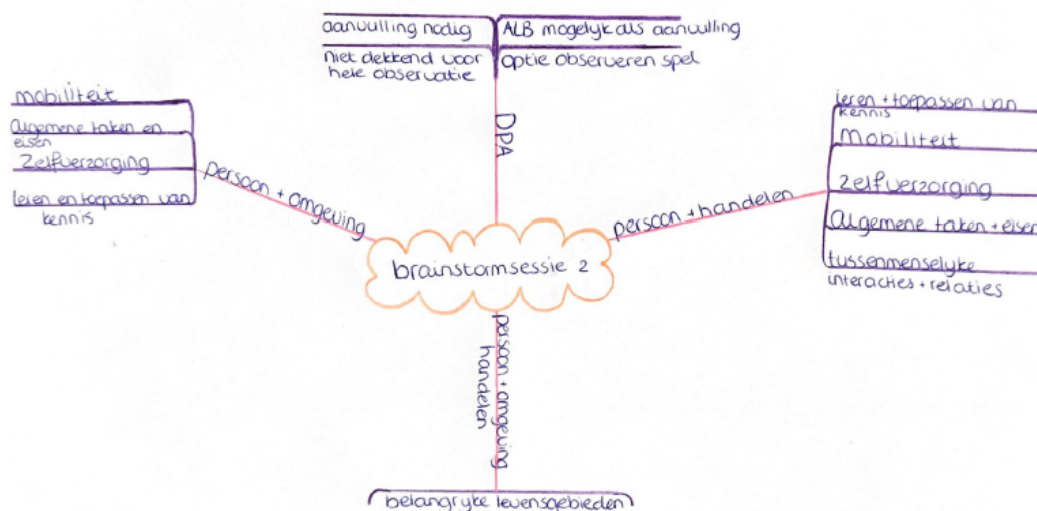
Vanuit de desk-search is gekozen om de DPA te gebruiken in het eerste onderzoeksdesign. Voornamelijk het eerste deel van de DPA kijkt vanuit een openblik naar spelactiviteiten op alle leeftijden, dit is belangrijk in het onderzoek. Uit de desk-search is gebleken dat de DPA niet dekkend is voor de hele screening, wel kan ondersteunen. Er is gekozen om een aanvullende observatielijst toe te voegen aan het design, hierbij kan de ALB mogelijk helpen. De ALB kijkt zowel naar het spel van een kind als de invloed van de omgeving hierop (Ferland, 2005). Daarnaast kwam uit focusgroep één naar voren dat het gebruik van het ICF-CY noodzakelijk is en dat ook daarmee rekening gehouden dient te worden in het design.

De onderzoekers zouden graag zien dat het PEO-model meer gebruikt wordt. Door de componenten van de ICF-CY in het PEO-model te voegen worden deze twee met elkaar verbonden. De resultaten zijn weergegeven aan de hand van een mindmap, in afbeelding 6.

- Desk-search 2
- Brainstormsessie 2
- Design 1.0
- Focusgroepdiscussie 2
- Brainstormsessie 3
- Design 2.0
- Brainstormsessie 4
- Design 3.0

Design

2



Afbeelding 6: Mindmap brainstormsessie 2

Uit de analyse van de focusgroepdiscussie kwamen zes thema's die allen weer zijn opgedeeld in verschillende subthema's en codes. De thema's zijn benoemd vanuit de gepresenteerde kennis en terugkerende thema's van de vorige focusgroepdiscussie. Voor een samenvatting van de thema's met de bijbehorende subthema's, weergegeven in een stroomtabel, zie bijlage 5.

- Desk-search 2
- Brainstormsessie 2
- Design 1.0
- Focusgroepdiscussie 2
- Brainstormsessie 3
- Design 2.0
- Brainstormsessie 4
- Design 3.0

Design

2

Thema 1: Het gebruik van de DPA

De wensen ten aanzien van het gebruik van de DPA zijn ondergebracht onder dit thema. Respondenten beschreven dat ze deze kunnen gebruiken als werkwijze in het hoofd, als inventarisatie en voor het bijhouden van het verloop van behandelingen. Zo gaf een van de respondenten aan: *'Je zou hem ook kunnen zien als een soort van werkwijze in je hoofd. Die je als therapeut kunt gebruiken om te kijken naar de activiteiten'*. Ook beschreven ze spel materiaal van thuis hierbij te kunnen gebruiken om een playlike observatie te doen. Een van de respondenten zei hierover: *'Laatst hadden we het over speelgoed van thuis en speelgoed van hier en dan kun je verschillen noteren.'*

Thema 2: Wensen ten aanzien van de aanvullende observatielijst

De respondenten hebben hun meningen gedeeld over de aanvullende observatielijst bij de DPA binnen de screeningperiode. Hierin werden algemene wensen en observatiepunten ten aanzien van de observatie aangegeven die ze graag terug zouden zien.

De respondenten gaven bij de observatielijst voornamelijk aan de lijst te willen gebruiken als houvast voor de reportage, in combinatie met een filmpje van thuis en observatie in de groep en therapie. Een van de respondenten gaf aan: *'... je kan natuurlijk die observatielijst, die je voor hier bij Adelante gebruikt, ook naast het filmpje leggen'*.

Enkele observatiepunten die de respondenten graag terug zouden zien zijn hoe het kind grijpt, zit, met welk materiaal het kind speelt en hoe en waarom een kind activiteiten wel kan, maar niet uitvoert.

Thema 3: Wensen ten aanzien van het algemeen design

Onder het algemene design staan punten beschreven die de respondenten graag terug zouden willen zien in het uiteindelijke design, maar niet onder de DPA of observatielijst vallen.

Onder algemene wensen gaven de respondenten vooral aan dat het een overkoepelend geheel moest worden, die ze graag als leidraad zouden gebruiken voor de screening. Een van hen gaf aan: *'Het moet natuurlijk een overkoepelend geheel worden'*. Het moest bruikbaar zijn in combinatie met de DPA en observatielijst. Ook zouden ze graag iets krijgen dat ouders zou enthousiasmeren om input te geven. Hierbij zei een van hen: *'Want nu blijft -het leveren van input- zo vrij. Je vraagt wel -informatie-, maar daarna gaan ouders er pas ook weer over nadenken en dan kunnen we er nog eens op terug komen. En -het opnieuw vragen voor informatie- hebben we ook niet veel -mogelijkheden voor-'*. De respondenten zouden graag met het uiteindelijk design de belangrijke componenten van de ICF-CY kunnen vullen zonder te scoren en het dient op papier en digitaal aangeleverd worden.

Bij het bespreken van het betrekken van de thuissituatie kwam naar voren dat het maken van videomateriaal in de thuissituatie en spel materiaal van thuis gebruiken een goede optie zou zijn. Over de het spel materiaal zei een van de respondenten dit: *'En dat spel materiaal van thuis is natuurlijk wel mooi om bij die playlike activiteiten in de therapie, de omgeving te betrekken'*.

In de focusgroepdiscussie is er aandacht besteed aan het inventariseren van observatiepunten binnen de relevante componenten van de ICF-CY. De volgende kopjes werden hierin besproken: leren & toepassen van kennis, algemene taken & eisen, mobiliteit, belangrijke levensgebieden en zelfverzorging.

Bij leren & toepassen van kennis beschreven de respondenten: *'... gaat het veel meer op het kind zelf' en niet over hoe opdracht wordt overgebracht. Hieronder beschrijven de respondenten in de huidige observatie informatie over: zintuigen, gadeslaan, luisteren, aandacht ten aanzien van gadeslaan en luisteren, omgaan met materialen, imiteren, hanteren en leren handelen met een voorwerp. Algemene taken & eisen werden omschreven als de component waarbinnen zij de volgende observatiepunten plaatsen: starten, stoppen en wisselen tussen activiteit, voldoen aan opdracht zoals geformuleerd door ergotherapeut, wat een kind nodig heeft om activiteit uit te voeren, soort ondersteuning en de manier van leren van het kind. Zo werd er aangegeven dat 'bij algemene taken en eisen is het ook goed om te kijken: hoe leert een kind' en '... samendoen, nadoen en in welke fase zit hij bij welk activiteit/vaardigheden?'*

Bij mobiliteit omschreven de respondenten vooral te kijken naar de handgreep zithouding en samenwerking van handen. Indien dit ook een probleem was bij de zelfverzorging werd dit ook hieronder genoteerd.

Onder belangrijke levensgebieden werd het soort spel en de spelfase van het kind beschreven.

Onder zelfverzorging beschreven de respondenten het eten, aan- en uitkleden en verzorging door ouders. Verder gaven de respondenten aan dat zelfverzorging als een aparte observatielijst zou kunnen en dat ze liever spel als hoofdonderwerp hadden dan zelfverzorging.

De respondenten omschreven dat ze bepaalde bevindingen kunnen aanvullen met gegevens van de fysiotherapeuten en al bestaande assessments.

Thema 4: Invulling van de huidige observatie

De respondenten omschrijven dat zelfverzorging niet standaard geobserveerd wordt en dit alleen terug komt als ouders hier vragen over hebben. De respondenten omschreven dat ouders hier vaak niet aan denken en dat het fysiek aanwezig zijn bij zulke momenten voor de ergotherapie niet haalbaar is. Ook beschrijven ze dat ouders het filmen van zelfverzorging bedreigend vinden en dit als een beoordelingsmoment zien. Een van hen zei bijvoorbeeld: *'Ik denk dat ze dat heel bedreigend vinden om dat -zelfverzorging- te filmen...'*. Daarnaast beschrijven ze dat in de leeftijd nul tot vier de zelfverzorging vaak nog hanteerbaar is thuis, waardoor dit nu nog geen vraagstuk oplevert.

Het hebben van een gesprek met ouders is geen vast stramien. Een van de respondenten zegt hier wel het volgende over: *'Meestal verwacht je dat de ouders de eerste week meelopen en mee gaan naar de therapieën. En dan heb je op zijn minst een keer de kans om een gesprek te hebben'*.

Indien een observatiepunt niet onder een component van de ICF-CY valt, beschrijven de respondenten dat ze deze plaatsen onder het meest passende kopje.

De respondenten geven aan dat wanneer er over een observatie binnen de therapie wordt gesproken, het gaat om een een-op-een observatie en om observerend behandelen. Verder wordt er geobserveerd waarom iets niet lukt en na de screening waarom het thuis niet lukt.

Door de respondenten werd omschreven dat de groepsleiding in het R-EPD beschrijft wat er binnen de groep opvalt en worden bepaalde instructiewijzen aan de leiding aangeleerd.

De respondenten omschreven dat disciplines elkaar aanvullen binnen het REPD en niks dubbel schrijven. Ook wordt gezegd dat er nog geen disciplines zijn die het R-EPD aanvullen met video's. Het eindgesprek van het verslag vindt plaats met de belangrijkste disciplines. Een van hen zei hierover het volgende: *'Spreken we in de laatste bespreking wat de conclusie is en wie is bij het gesprek aanwezig. Wie zijn de belangrijkste personen?'*

Thema 5: Opties om mee te nemen in het toekomstige design

Voor de toekomstige observatie hebben de respondenten aangegeven welke punten zij graag terug zouden zien komen of anders zouden zien.

Informatie van ouders over zelfverzorging, spel in de vorm van video's en foto's en speelgoed van thuis zagen zij als een meerwaarde voor de observatie. Respondenten gaven namelijk aan:

'... daardoor kwamen we toen uit bij die video's en het spelmateriaal meenemen naar de therapie, zodat je het hier kan uitvoeren. Omdat je er soms ook gewoon achter komt na die 6 weken dat thuis maar weinig spelmateriaal is of dat het kind daar helemaal niet gestimuleerd wordt om dit te doen'.

Respondenten vertelden ook over het enthousiasmeren van ouders, door onder andere het beter plannen van afspraken, positieve punten van het kind benadrukken en praktische vragen te stellen over spel, verzorging en eten was een onderwerp dat terugkwam en de respondenten graag terug zouden zien in de toekomstige observatie. De respondenten geven aan dat het betrekken van de thuiscontext belangrijk is. Men gaf aan: *'Of het hier lukt is misschien wel minder belangrijk dan of het thuis lukt en dus willen we kijken hoe gaat het er thuis aan toe. Het moment dat je het hier passend kan maken, maar thuis zijn de middelen er nog niet dan gaat hij het thuis alsnog niet doen en dan loop je alsnog vast met je behandeling'.*

Verder zouden de ergotherapeuten graag zien dat zij beginnen met de observatie en dat andere disciplines dan hierop aansluiten.

Aspecten die meegenomen moeten worden in het design

Allereerst is het belangrijk om de DPA mee te nemen, een aanvullende observatielijst te maken en om beeld- en spelmateriaal van thuis mee te nemen. De ICF-componenten dienen meegenomen te worden en het design dient zowel op papier als digitaal gebruikt te kunnen worden.

Resultaten brainstormsessie 3

Naar aanleiding van de resultaten van de focusgroepdiscussie heeft een brainstormsessie plaatsgevonden over de inhoud en opzet van het design, zie afbeelding 7. Hierbij is ook gebruik gemaakt van design 1.0. De gemaakte mindmap is hieronder omschreven. Het design 2.0 is ontwikkeld aan de hand hiervan, deze staat in bijlage 6.

- Desk-search 2
- Brainstormsessie 2
- Design 1.0
- Focusgroepdiscussie 2
- **Brainstormsessie 3**
- Design 2.0
- Brainstormsessie 4
- Design 3.0

Design

2

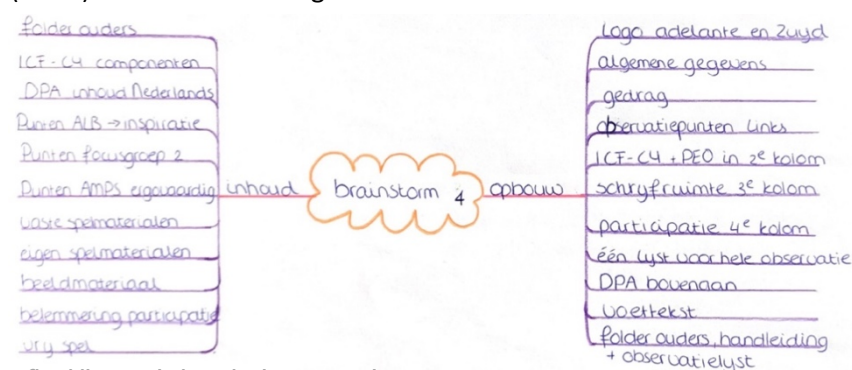
Resultaten brainstormsessie 4

Naar aanleiding van het gemaakte design 2.0 kwam naar voren dat deze erg op functieniveau gericht was. Er heeft daarom een nieuwe brainstormsessie plaatsgevonden. De gemaakte mindmap is hieronder te zien in afbeelding 8. Aan de hand hiervan is het design 3.0 ontwikkeld, zie bijlage 7. Design 4.0, ook wel de Ergotherapeutische Observatie Vroegrevalidatie (EOV), bestaat uit een informatiefolder voor ouders, Ergotherapeutische ObservatieLijst Vroegrevalidatie (EOLV) en een handleiding.

- Desk-search 2
- Brainstormsessie 2
- Design 1.0
- Focusgroepdiscussie 2
- Brainstormsessie 3
- Design 2.0
- **Brainstormsessie 4**
- Design 3.0

Design

2



Afbeelding 7: Mindmap brainstormsessie 3

Resultaten fase 3: Evaluatie

In dit subhoofdstuk komen de resultaten naar voren van focusgroepdiscussie 3.

Resultaten focusgroepsdiscussie 3

In deze focusgroep is design 3.0 gepresenteerd, bestaande uit een informatiefolder voor ouders, een handleiding en een observatielijst. De resultaten van de focusgroepdiscussie zijn weergegeven aan de hand van zes thema's met daaronder vallende subthema's en codes, afkomstig uit de analyse van de focusgroepdiscussie. De thema's representeren de discussieonderwerpen vanuit de literatuur en thema's die binnen de ergotherapeutische vroegrevalidatie opvallen. Een samenvatting van de thema met bijbehorende subthema's is weergegeven in een tabel in bijlage 9.



Thema 1: Reflectie op de informatiefolder voor ouders

In de focusgroepdiscussie beschreven de respondenten de lay-out en inhoud van de informatiefolder voor ouders, daarnaast is aangegeven hoe het beeldmateriaal goed uitgewisseld kan worden. Ze omschreven dat de lay-out duidelijk is en voldoende tekst bevat, echter mag de lay-out niet op de gebruikte manier uitgegeven worden. Over het logo werd gezegd: *'... daar zitten auteursrechten op'*. De respondenten gaven aan dat de logo's van adelante hierom verwijderd dienen te worden en de folder als platte tekst gestuurd dient te worden, zodat de therapeuten deze kunnen sturen naar de communicatieafdeling. Verder werd beschreven dat de titel van het document aangepast dient te worden naar een meer sprekende titel. Hiervoor waren enkele suggesties: *'zet je kind in de kijker'* en *'Je kind kan het zelluf'*.

De respondenten beschreven dat het doel van de folder niet is om enkel informatie te verschaffen aan ouders over ergotherapie, maar dat de folder een duidelijk beeld geeft van wat de ET doet. Om hem duidelijker te maken kan deze aangevuld worden met enkele punten. Ook werd aangegeven dat de omschrijvingen van de onderwerpen waar ouders beeldmateriaal van kunnen aanleveren duidelijk zijn, maar dat ook deze aangepast/ aangevuld dienen te worden. Voorbeelden die door de respondenten werden gegeven hiervoor waren: *'... ik -zou- gewoon een foto willen hebben van de verzorgingsruimte thuis'* en *'... speelplekje, lievelingsplekje, speelhoekje'*. De respondenten gaven aan dat het beeldmateriaal aangeleverd dient te worden aan therapeuten, als samen bekijken en analyseren geen mogelijkheid is. Dit laatste zou natuurlijk de ideale optie zijn. Ze beschreven dat het aanleveren van de materialen op verschillende manieren kan. Een van de respondenten gaf het gebruik van een USB-stick als eventuele optie, echter gaf een andere respondent het volgende aan: *'Dat kost je als ouder wel extra werk. Het is fijner als je op je telefoon op een knopje kan duwen en het mailen. Bijvoorbeeld via WeTransfer'*. Echter beschreven de respondenten ook dat er nog pilots liepen voor het gebruik van een digitale omgeving voor het ontvangen en opslaan van beeldmateriaal.

Thema 2: Reflectie op de observatielijst

De respondenten beschreven in de focusgroepdiscussie de DPA, de lay-out, spel, gedrag en zelfverzorging. Er werd aangegeven dat de Nederlandse vertaling van de DPA nu is ingevoegd, echter wordt hierin het faalmoment benoemd. Hierover werd het volgende gezegd: *'maar dat falen klinkt zo negatief'*. Dit dient indien mogelijk dus aangepast te worden. Daarnaast omschreven ze dat de DPA een officiële lijst is, het scoregedeelte dient dan ook nog toegevoegd te worden. De respondenten gaven hierover het volgende aan: *'Het voordeel van de DPA is dat je helemaal vrij bent om te zeggen wat je gaat observeren en welk stuk'*. Ze beschreven dat met de DPA een spelsituatie bekeken kan worden en daarna gekeken kan worden waar in de uitvoering het misgaat. Ze omschreven dat het daarom wel fijn is dat de DPA samengevoegd in een document staat met de observatielijst, waarin wel vaste observatiepunten staan.

De respondenten merkten op dat zelfverzorging wel terugkomt in de folder voor ouders, maar niet in de EOLV staat omschreven. Hierover werd de volgende uitspraak gedaan: *‘als je er dan nog één blokje met zelfverzorging aan toe kan voegen, dan is het wel fijn om hem compleet te hebben’*. In deze tabel dienen een aantal punten te komen die zij zelf aangaven. Verder beschreven de respondenten dat de kinderen die geobserveerd worden vaak nog geen gevoel voor humor hebben, dit hoort bij een latere ontwikkelingsleeftijd. Aansluiten hierop gaf een van de respondenten het volgende aan: *‘Wat ik qua gedrag wel vaker tegenkom wat we beschrijven is het aanvaarden van hulp, frustratie opbouw, dat zie je vaak wel bij het jonge kind al heel spontaan terugkomen’*. Ook miste een stukje plezier in uitdaging nog.

Ze omschreven dat het prettig is dat er met vaste spelvormen geobserveerd kunnen worden, hieraan dienen de bloemstapelblokken nog toegevoegd te worden. De vaste observatiepunten zorgen ervoor dat je vaste stukken van de ICF-CY in kaart brengt. De kopjes spelmateriaal en spelfase vonden de respondenten fijn omdat je dan kan vergelijken wat het kind zelf thuis en in de groep kiest om mee te spelen. Daarnaast zie je dan mogelijke verschillen in de spelfase.

Ze gaven ook nog aan dat de lay-out van de EOLV nog enkele aanpassingen dient te krijgen. Hierover gaf een van de respondenten aan: *‘Ik denk ik zou de vakken wat groter willen. Misschien liggend op de pagina’*. De lijst wordt dan automatisch langer maar dat vormt geen probleem. Over de digitale versie van de EOLV werd het volgende beschreven: *‘ik zou iets willen hebben in Word, want mochten we ooit een eigen device krijgen, dan kun je het openzetten en meteen mee typen’*. Ook werd aangegeven dat het fijne aan de EOLV is dat je niet bij een activiteit alle observatiepunten hoeft in te vullen, wel kunnen de activiteiten boven de tabel hierbij helpen. Zo kun je uiteindelijk over alle gebieden iets zeggen. Ze beschreven dat, mits de aanpassingen gedaan worden, de EOLV werkbaar is.

Thema 3: Reflectie op de handleiding

Over de handleiding beschreven de respondenten de lay-out, definities van de observatiepunten, DPA en de definities van gedrag.

De respondenten vonden de lay-out zoals deze op dit moment is voldoende. Wel werd hierover het volgende aangegeven: *‘de volgorde van afnemen, er staat volgorde, maar het is niet een bepaalde volgorde. Dan zou ik wijze van afname zetten’*. De respondenten vonden het logisch dat de definities van de observatiepunten alleen in de handleiding staan, deze pakken ze erbij als iets onduidelijk is. Ze omschreven dat de ontbrekende definities van spel in de LUDI-training powerpoint staan. Deze wordt de onderzoekers toegestuurd, hierin staan de verschillende vormen duidelijk omschreven. Verder beschreven de respondenten dat bij de definities van gedrag duidelijk omschreven moet worden dat met “gevoel voor humor” ook het maken van grapjes bedoeld wordt. Daarnaast werd over ‘frustratie’ het volgende aangegeven: *‘misschien kan je frustratie ook wel onder plezier in uitdaging kwijt’*.

Verder gaf een van de respondenten het volgende aan over de omschrijving van de DPA in de handleiding: *‘er staat indien de kwaliteit van uitvoer achteruit gaat, maar in de observatie is dat wel lastig te bepalen want we zien het de eerste keer en weten niet echt hoe het vooraf was’*. Dit dient omschreven te worden als “stagneren” binnen de activiteit, of een ander dekkend begrip.

Thema 4: Reflectie op de huidige observatie

In de focusgroepdiscussie beschreven de respondenten de huidige observatie, namelijk de resultaten van de observatie, informatieverstrekking over ET en de uitvoering van de observatie.

Ze gaven aan dat het voor de ergotherapeuten onduidelijk is wie informatie verstrekt over ET. Een van de respondenten antwoorde hierop met: *‘als je de ouders ziet dan doe ik het zelf’*. Verder beschreven ze dat binnen de huidige screening nog geen cijfers worden toegekend aan de observatie en het gebruik van de DPA hierbij positief kan zijn omdat het team wel graag cijfers krijgt.

Over het invoeren van de screening in het R-EPD gaf een van de respondenten het volgende aan: *‘nu zijn we weer aan het schrijven tijdens de observatie en dubbel werk aan het doen om het in het R-EPD*

te typen. Daar gaat veel tijd inzitten'. De respondenten beschreven dat er nu geen verplichte assessments of observaties zijn, hierbij is het voordeel dat er maar twee ergotherapeuten op de afdeling werken en ze dan makkelijker onderling kunnen afstemmen wat ze doen. De respondenten gaven aan het waardevol te vinden om de zelfverzorging te observeren. Verder omschreven ze dat bij spel nu geconstrueerd spel wordt geobserveerd waarbij gebruik gemaakt wordt van de sociale en cognitieve spelfases.

Thema 5: Opties voor de toekomstige observatie

Binnen de focusgroepdiscussie beschreven de respondenten de DPA. Een van de respondenten gaf hierover het volgende aan: *'dan zou je met de DPA kunnen kijken, waarom lukt het nu daar wel en daar niet. Dat zou ik wel interessant vinden, want dat zie je ook vaker dat verschil'*. Dit kan vervolgens geplaatst worden binnen het PEO-model. Daarnaast beschreven ze dat het prettig is dat de DPA deels ingevuld kan worden als je de EOLV hebt ingevuld en andersom. Ook beschreven ze dat indien nodig je een filmpje natuurlijk 2x kunt bekijken, een keer voor de DPA en een keer voor de EOLV.

Thema 6: Reflectie ten aanzien van de afronding van het onderzoek

Binnen dit thema zijn alle belangrijke punten beschreven voor de afronding van het project, namelijk de presentaties, data-storage en het vervolg. De respondenten van de vroegrevalidatie zouden graag aan het team van de vroegrevalidatie willen presenteren wat uit dit onderzoek is gekomen. Er werd aangegeven dat de onderzoekers deze presentatie zullen geven op 26-06-2019 om 8.00 uur. In antwoord hierop gaf een van de respondenten het volgende aan: *'Ik zou het graag ook eerst binnen de afdeling ergotherapie willen presenteren'*. Dit zal plaatsvinden op 01-07-2019.

Verder werd afgesproken dat de verzamelde data van dit onderzoek binnen Zuyd zal worden opgeslagen. Over het gebruik van de EOv beschreef een van de respondenten het volgende: *'ik zou er na de zomer eerst eens mee aan de slag willen, ik heb nu geen observatiekinderen meer die nog gaan beginnen. En dat je dan pas daarna kan zeggen of het werkt of niet'*. Aansluiten daarop werd aangegeven dat de respondenten een nieuwe groep zou willen voor de verdere ontwikkeling van dit project. Hiervoor is mogelijk ook innovatiebudget beschikbaar.

Aspecten die meegenomen moeten worden in het design

De EOLV dient liggend ingedeeld te worden, daarnaast dient deze aangevuld te worden met punten rondom zelfverzorging en gedrag. De DPA dient er volledig ingezet te worden, ook wel DPA-R. Alle logo's van Adelante dienen verwijderd te worden. De definities van spel krijgen de onderzoekers doorgestuurd en dienen nog ingevoegd te worden.

Resultaten fase 4: Design

In dit subhoofdstuk is te lezen hoe tot het definitieve design is gekomen.

Definitieve design

De afspraken uit de conclusie van focusgroepdiscussie drie zijn verwerkt in design 4.0. Bovendien is er feedback gevraagd aan één beoogde gebruiker. Hieruit kwam naar voren dat er minder over 'samen' gesproken moet worden en juist nog meer de kracht van de ouders benadrukt moet worden, deze is meegenomen in het definitieve design. Dit definitieve design is te zien in "De Ergotherapeutische Observatie Vroegrevalidatie".



4. DISCUSSIE

In dit hoofdstuk wordt eerst een kritische bespreking van de resultaten beschreven, gevolgd door de methodologische reflectie, de klinische relevantie en als laatste de aanbevelingen.

Het doel van dit UCD onderzoek was om een antwoord te formuleren op de vraag: “Hoe kan het screeningsproces van de ergotherapeutische vroegrevalidatie-afdeling, gericht op het activiteiten- en participatieniveau van de ICF-CY, geoptimaliseerd worden?”.

Een belangrijke uitkomst van dit onderzoek is dat het screeningsproces meer structuur nodig heeft. Uit literatuur blijkt ook dat een gebrek aan standaardisatie van een proces leidt tot een verspilling van tijd en deskundigheid (InspectieVoorDeGezondheidszorg, 2007). Bovendien zorgt het voor onnodige kosten door financiering van onnodige diversiteit (InspectieVoorDeGezondheidszorg, 2007). Daarom is het belangrijk om te zorgen voor een éénduidige werkwijze voor de ergotherapeuten van de vroegrevalidatie bij Adelante.

Een ander resultaat is dat er veel overlap is tussen de verschillende disciplines waardoor het voor de ergotherapeuten moeilijk is om duidelijk hun stem te laten horen binnen het team. De ergotherapeuten kijken naar het **activiteiten- en participatieniveau** van het ICF-CY, middels activiteiten zoals spelen en eten. Binnen dit onderzoek is de definitie van participatie middels het Imms-model omschreven (C. Imms, Adair, et al., 2016). Binnen het onderzoek is de gedachtegang uit dit model meegenomen, om tot een dekkende invulling van het screeningsproces te komen. Zo is er meer nadruk komen te liggen op het observeren van participatie binnen de bekende en eigen omgeving van het kind en ouders. Daarnaast wordt er meer gekeken of het kind binnen een activiteit weet wat er verwacht wordt en of het kind de intrinsieke motivatie voor heeft. Indien dit niet het geval is dient er gezocht te worden naar een activiteit die dit wel dekt.

De onderzoekers zouden vanuit de literatuur graag nog meer de omgeving meegenomen hebben door thuis te observeren, omdat daaruit blijkt dat ouders van grote invloed zijn op de participatie van het kind en het gedrag van het kind wordt beïnvloed door de omgeving (Law et al., 1996; Barbara Piškur, 2015). Dit was vanuit organisatorisch perspectief niet mogelijk.

Een model dat helpend is om dit inzichtelijk te maken is het PEO-model. Het PEO-model is een ergotherapeutisch model dat de relatie tussen handelen, de persoon en de omgeving zichtbaar maakt (Law et al., 1996). Tevens kan dit een goed hulpmiddel zijn om inzichtelijk te maken vanuit welk oogpunt de observatiepunten bekeken worden. De therapeuten concludeerden dat het gebruik van het PEO-model in combinatie met de ICF-CY een meerwaarde zou zijn. Uit literatuur blijkt dat men vanuit het raamwerk van ICF-CY kijkt naar het probleem dat ten grondslag ligt aan de belemmeringen die iemand ervaart in het dagelijkse leven (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2017). Dit strookt niet met de gedachten van een strength-based approach (Pattoni, 2012). Echter, doordat de ICF-CY gebruikt wordt als basis voor de rapportage in het R-EPD, is het niet mogelijk om hiervan af te wijken. Daarom is in focusgroepdiscussie twee gezamenlijk besloten om de componenten van de ICF-CY in het PEO-model in te vullen.

Op dit moment worden **ouders** nog weinig betrokken bij het screeningsproces. Uit onderzoek blijkt dat de kennis en ervaring van ouders van grote relevantie is voor de verbetering van de kinderrevalidatie (Barbara. Piškur et al., 2016). Echter, geven de respondenten in de focusgroepdiscussie aan dat ze de omgeving juist in de eerste periode van de revalidatie in bescherming willen nemen. Een van de respondenten versterkt dit door aan te geven dat de eerste periode in de revalidatie door ouders als heftig ervaren wordt en het een onzekere periode is, omdat ze vaak nog niet weten wat er met hun kind aan de hand is. In focusgroepdiscussie één beschreef de expert dat ouders juist aangeven zich buitengesloten te voelen in het revalidatieproces. Järviöski, Martin, Autti-Rämö en Härkäpää (2013) ondersteunen dit en zeggen dat een succesvolle revalidatie ervaring voor ouders af hangt van het delen van informatie, gehoord worden en een goede

samenwerking in alle fases van het proces (Järvikoski, Martin, Autti-Rämö, & Härkäpää, 2013). Deze resultaten gaven de ergotherapeuten het inzicht in de meerwaarde van het betrekken van de omgeving. Daarom is gezamenlijk besloten om dit mee te nemen in het geoptimaliseerde screeningsproces. Bovendien is uit onderzoek gebleken dat een kind minder explorerend gedrag vertoont wanneer het speelt met bekend spelmateriaal (Lobo et al., 2014). Wanneer de therapeuten dus gebruik maken van bekend spelmateriaal van thuis, kunnen ze sneller tot de kern van de observatie komen.

Een ander belangrijk aspect uit dit onderzoek is het **observeren** van **vrij spel**. Een kind in de leeftijd tussen de nul en vier jaar participeert namelijk door spel (Ginsburg et al., 2007). De DPA is een middel om een observatie van activiteiten mee vorm te geven, binnen dit onderzoek zal deze gebruikt worden om de activiteit 'vrij spel' te observeren (Polatajko & Mandich, 2004). Bovendien sluit dit aan op de wens uit focusgroepdiscussie 2, om de observatie open te houden. De DPA is een observatieproces om erachter te komen wanneer de kwaliteit van uitvoering binnen een activiteit achteruitgaat/stagneert (Polatajko & Mandich, 2004). Door middel van een aantal vragen kom je erachter of de randvoorwaarden voor de activiteit in orde zijn en waar in de activiteit de kwaliteit in uitvoering binnen een activiteit achteruitgaat.

In de Nederlandse vertaling van de DPA door Piškur, Meuser en van Dijk (in press), gebaseerd op Polatajko en Mandich (2004), wordt gesproken over een analyse van falen bij elk faalmoment. Dit gaat uit van de beperkingen van een kind in plaats van de mogelijkheden en benadert dus niet een strength-based approach (Pattoni, 2012). De onderzoekers staan dus niet achter het gebruik van het woord 'falen'. Gezien de tijd die gegeven is voor dit onderzoek, is het niet meer mogelijk om dit aan te pakken.

Later is ervoor gekozen om de DPA niet als losstaande observatie te gebruiken, maar te verwerken in de EOLV. De gebruikers gaven dit niet aan als wens, maar de onderzoekers zagen dit als een optimale manier om het screeningsproces en de EOLV vorm te kunnen geven.

In de 2^e focusgroep werd aangegeven dat men niet wilde scoren. Hier zijn de gebruikers later van terug gekomen en gaven aan het toch een toegevoegde waarde te vinden als zij een score kunnen toekennen aan de uitvoering van een activiteit. Daarom is er later voor gekozen om in design 4.0 uiteindelijk de DPAR toch toe te voegen. Door gebruik te maken van het UCD zijn deze flexibele aanpassingen binnen een design mogelijk.

Middels dit UCD onderzoek is het ergotherapeutische screeningsproces geoptimaliseerd. Deze bestaat uit de: Ergotherapeutische Observatielijst Vroegrevalidatie (EOLV), een handleiding en informatiefolder voor ouders. Dit product is tot stand gekomen in nauw samenwerkingscontact met de toekomstige gebruikers, waardoor het aan de wensen, eisen en verwachtingen van hen voldoet.

Methodologische reflectie

Bias

Wat mogelijk voor bias kan zorgen is dat een van de onderzoekers ervaring had op de werkvloer bij Adelante te Valkenburg. Hierdoor zijn er wellicht tijdens brainstormsessies ideeën al afgewezen vanuit voorkennis, nog voor deze aan de therapeuten is voorgelegd. Echter heeft deze voorkennis er ook voor gezorgd dat de onderzoekers een zo optimaal mogelijk beeld hadden van hoe het er in de screeningsperiode voor het onderzoek ook daadwerkelijk aan toe ging.

Design keuze

Binnen dit onderzoek is gewerkt met het UCD. Deze heeft zowel voor- als nadelen gehad binnen dit onderzoek. Het UCD heeft het mogelijk gemaakt om een product op te stellen die voldoet aan de eisen en wensen van de gebruikers (Krishnaswami, 2017). De gemaakte keuzes voor het uiteindelijk design zijn dan ook allemaal onderling afgestemd. In sommige gevallen zouden de onderzoekers vanuit de kennis van literatuur andere keuzes gemaakt hebben. Wegens organisatorische redenen

zijn deze optimale keuzes, zoals observeren in de thuissituatie, niet doorgevoerd in het uiteindelijke design. Ondanks dat deze aspecten niet zijn meegenomen, sluit het design aan bij de wensen en behoeften van de gebruikers en is deze toepasbaar binnen de organisatie.

Focusgroepdiscussies

Voor de eerste focusgroepdiscussie is ervoor gekozen om geluidsopnames te maken van de focusgroepdiscussies. Er werd gedacht dat het maken van video-opnames geen toegevoegde waarden zou hebben in verband met het weinige aantal respondenten. Na deze focusgroepdiscussie bleek dat visuele informatie mistte, zoals het wijzen van respondenten naar plaatjes. Dit is in de latere focusgroepdiscussies opgevangen doordat de onderzoeker woordelijk herhaalde wat er was aangewezen en de informatie werd opgeschreven voor latere verwerking in het transcript. Voor de betrouwbaarheid was het beter geweest om ook video-opnames te maken van de focusgroepdiscussies.

In het informed consent is aangegeven dat de gegevens pseudoniem verwerkt zouden worden in het onderzoek. Echter is er uiteindelijk voor gekozen om de gegevens anoniem te verwerken, dit is beter in verband met het lage aantal respondenten en biedt meer privacy aan de respondenten (Baarda et al., 2013a). Het pseudoniem verwerken van de gegevens was verder namelijk niet van belang voor het onderzoek.

Tijdens de focusgroepen waren minder respondenten aanwezig dan aanbevolen wordt (Baarda et al., 2013b; Krueger & Casey, 2015b). Echter, dit onderzoek richt zich op het screeningsproces van de vroegrevalidatie bij Adelante Valkenburg, waar maar twee ergotherapeuten werken. Vanuit het UCD is het van belang om de mening van de gebruikers mee te nemen zodat een product wordt gemaakt dat aansluit bij de wensen. Bovendien is het van belang om de verschillende focusgroepdiscussies te houden met dezelfde types aan respondenten om een patroon te kunnen ontdekken in de verwachtingen ten aanzien van het design (Krueger & Casey, 2015b). Om de groep gebruikers uit te breiden is er gekozen om een expert bij elke focusgroepdiscussie uit te nodigen. De expert is aangesloten om zo de diversiteit in relevante informatie tijdens de discussie te vergrootten. Daarnaast heeft in focusgroepdiscussie twee nog een extra ergotherapeut deelgenomen om ook de mening van de vervolg afdeling (vier tot acht jaar) mee te nemen. Bij de derde focusgroepdiscussie waren helaas geen andere belanghebbende die konden aansluiten. Bij elke focusgroep waren dus drie à vier respondenten aanwezig. Uit literatuur blijkt dat dit ervoor zorgt dat er minder diverse antwoorden naar voren komen (Nyumba, Wilson, Derrick, & Mukherjee, 2017). Deze kleine focusgroepdiscussies worden ook wel mini focusgroepdiscussies genoemd, hierbij is het normaal dat er tussen de twee en vijf respondenten aanwezig zijn (Nyumba et al., 2017). Om meer diverse antwoorden te krijgen zou het prettiger zijn geweest om de volgende keer meer respondenten te zoeken (Krueger & Casey, 2015b). Volgens Krueger en Casey (2015) zou een ideale focusgroepdiscussie bestaan uit vijf tot acht respondenten, maar varieert het in de praktijk tussen de vier en twaalf respondenten (Krueger & Casey, 2015b). Verder is het belangrijkste dat de mening van de beoogde gebruikers in de focusgroepdiscussie naar voren komt (Krueger & Casey, 2015c). Binnen dit onderzoek waren er niet meer beoogde gebruikers die mee genomen konden worden als respondent binnen de focusgroepdiscussie.

Het optimaliseren van het screeningsproces was in eerste instantie alleen gericht op de ergotherapieafdeling. Echter bleek uit de focusgroepdiscussies steeds meer dat teambreed nog veel te behalen zou zijn met betrekking tot taakverdeling en samenwerking. Zo gaf de ergotherapie aan dat zij graag een vast gesprek met ouders zouden willen hebben direct na het eerste gesprek met de revalidatiearts. Door afspraken die er binnen het team zijn is dit momenteel niet mogelijk. Door het optimalisatieproces teambreed te trekken, zou naar een zo optimaal mogelijk screeningsproces gestreefd kunnen worden.

Verder kwam in elke focusgroepdiscussie steeds meer naar voren hoe belangrijk het was om de omgeving van de cliënt te betrekken. Achteraf gezien was het zinvol geweest om ouders die ervaring hebben met hun kind bij de vroegrevalidatie meer te betrekken bij het onderzoek en om hen te vragen als respondent. Dit was echter niet meer mogelijk gaandeweg het onderzoek in verband met de MEC, hiervoor had toestemming gevraagd moeten worden.

Wensen van gebruikers

Bij het UCD is het van belang dat de wensen van de gebruiker in het design worden meegenomen. De onderzoekers hebben tussen sommige wensen van de opdrachtgever keuzes moeten maken, omdat deze conflicterend waren met de literatuur. Dit onderzoek richt zich op het activiteiten- en participatieniveau van de ICF-CY. Er bestaan echter meer componenten binnen het activiteiten- en participatieniveau van de ICF-CY dan welke zijn gebruikt in dit onderzoek. Binnen het team bij de vroegrevalidatie is er namelijk een verdeling over welke discipline een uitspraak mag doen over welke component van de ICF-CY. Daarom is samen met de gebruikers van het uiteindelijk product bekeken over welke componenten zij een uitspraak doen. Deze componenten zijn aangevuld met de componenten die de onderzoekers belangrijk achtte voor de ergotherapie.

Daarnaast kwamen ICF-CY componenten en de inhoud hiervan, zoals deze in het boek staan, niet altijd overheen met de inhoud die de ergotherapeuten er soms zelf aan gaven (WHO, 2008c). Daarom hebben de onderzoekers gekozen om de inhoud van de ICF-CY uit het boek aan te houden, maar om wel alle onderdelen die de ergotherapeuten benoemden mee te nemen. Deze keuze hebben ze gemaakt, om ervoor te zorgen dat de gegevens van de ergotherapeuten onder dezelfde componenten worden gerapporteerd als de plek waar andere disciplines deze rapporteren.

Voor de informatiefolder voor ouders is een ontwerp gemaakt ter illustratie. Binnen de organisatie is echter een communicatieafdeling die zelf een stramien heeft om folders en dergelijke naar buiten te brengen. De gemaakte opmaak zal dus niet naar buiten gebracht worden, wel zal de tekst die te lezen is in de folder gebruikt worden door de communicatieafdeling.

Klinische relevantie

De EOv is ontwikkeld om het screeningsproces bij Adelante te Valkenburg te optimaliseren. Deze is onder andere gericht op het toekomstbeeld van de revalidatie en op het bieden van meer structuur. Uit eigen ervaring van de onderzoekers blijkt ook dat binnen andere kinderrevalidatiesettings vraag is naar een meer eenduidige werkwijze. De EOv volledig met ergotherapeuten ontwikkeld en op de ergotherapie toegespitst en is niet specifiek voor Adelante te Valkenburg. Hierdoor is het in meerdere revalidatiesettings afneembaar en is deze relevant voor de ergotherapeutische kinderrevalidatie.

Aanbeveling vervolgonderzoek

De eerste aanbeveling is om een onderzoek uit te voeren naar het gebruik van de EOv vanuit design 4.0 wat er nu ligt en naar de validiteit en betrouwbaarheid hiervan bij de vroegrevalidatie van Adelante Valkenburg. Hiermee kan onderzocht worden of de EOv bruikbaar is voor de ergotherapeuten bij de screening van de vroegrevalidatie en wat er eventueel nog aangepast dient te worden aan het design om het proces nog meer te optimaliseren.

De Nederlandse vertaling van de DPA dient nog aangepast te worden om het woord falen in de DPA te vervangen en om het meer gericht te maken op kinderen tussen de nul en vier jaar.

In de EOv komt nu de volgende vraag terug: 'voert het kind de activiteit uit volgens zijn of haar ontwikkelingsleeftijd'? Hiervoor is het dus van belang om per activiteit, die boven de tabel staan weergegeven, vast te leggen wat er op welke leeftijd van het kind verwacht wordt binnen die activiteit. Middels literatuuronderzoek zou dit in een document nog vast gelegd moeten worden.

5. CONCLUSIE

De Ergotherapeutische Observatie Vroegrevalidatie (EOV) biedt de ergotherapeuten van de vroegrevalidatie structuur om de screening mee vorm te geven. Daarnaast maakt deze het mogelijk om de omgeving meer te betrekken bij het screeningsproces. Waardoor er een profiel gemaakt kan worden van de mogelijkheden en beperkingen van het kind, aan de hand van het activiteiten- en participatieniveau van de ICF-CY.

De Ergotherapeutische Observatie Vroegrevalidatie (EOV) bestaat uit de Ergotherapeutische Observatie Lijst Vroegrevalidatie (EOLV), een handleiding en een informatiefolder voor ouders.

De EOLV is een observatielijst die wordt gebruikt voor het observeren van vrij spel én playlike activiteiten in verschillende contexten.

Vrij spel kan volgens een vaste structuur geobserveerd worden in de therapeutische peutergroepen en middels het door ouders aangeleverde beeldmateriaal.

De folder biedt informatie aan ouders over het aanleveren van beeldmateriaal en/of beschrijvingen. Dit kunnen momenten zijn waar ouders trots op zijn en/of vragen over hebben en graag met de therapeuten willen bespreken.

De playlike activiteiten dienen als aanvulling om missende informatie te observeren binnen de therapiesetting.

6. AANBEVELINGEN

De eerste aanbeveling voor de gebruikers is om een gesprek aan te gaan met de overige teamleden van de vroegrevalidatie over de contact momenten met ouders. Dit om nogmaals bespreekbaar te maken of de ergotherapie mogelijk als eerste het contactmoment met ouders kan krijgen nadat ouders het gesprek met de revalidatiearts hebben gehad. Dit zal samen besloten moeten worden.

Daarnaast is een aanbeveling om te proberen ouders nog meer te betrekken bij het revalidatieproces om de samenwerking te verbeteren. Een eerste stap hierin kan gezet worden door met ouders samen het ontvangen beeldmateriaal of de beschrijving te analyseren. Maar mogelijk kan er nog winst gehaald worden door minimaal 1x per twee weken een vast contact moment met ouders te plannen.

Als laatste de aanbeveling om in de toekomst gebruik te maken van een elektronisch device om makkelijk tijdens de observatie de gegevens in te vullen in de EOv. Dit in het kader van de AVG wet zodat er geen papieren documenten met gegevens van het kind kwijt kunnen raken, gezien deze gedurende 6 weken gebruikt zullen worden. Daarnaast levert dit extra tijd op omdat er geen dubbel werk nodig is, door het eerst op papier in te vullen en daarna digitaal.

7. LITERATUURLIJST

- Abras, C., Maloney-Krichmar, D., & Preece, J. (2004). User-Centered Design. In *Encyclopedia of Human-Computer Interaction* (pp. 14). Bainbridge: Thousand Oaks: Sage Publications.
- Adelante. (2017). Samenvatting strategisch beleidsplan 2017-2019: DOORgaan. 5. Geraadpleegd op 02-04, van <https://www.adelante-zorggroep.nl/media/816349/adel6002-publieksversie-spb-verkleind.pdf>
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Van der Velden, T., & De Goede, M. (2013a). Hoe analyseer je de data. In *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3th druk, pp. 215). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Van der Velden, T., & De Goede, M. (2013b). Hoe interview je. In *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3th druk, pp. 153-154). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Van der Velden, T., & De Goede, M. (2013c). Hoe kies je een opzet waarmee je de onderzoeksvraag beantwoordt. In *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3th druk, pp. 64). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Van der Hulst, M., Julsing, M., Fischer, T., Van Vianen, R., & De Goede, M. (2012). Onderzoeksprobleem, doelstelling en vraagstelling. In *Basisboek Methoden en technieken: Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijk basis* (5th druk, pp. 36-37). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Bartie, M., Dunnell, A., Kaplan, J., Oosthuizen, D., Smit, D., van Dyk, A., . . . Duvenage, M. (2016). The Play Experiences of Preschool Children from a Low-socio-economic Rural Community in Worcester, South Africa. *Occup Ther Int*, 23(2), 91-102. doi:10.1002/oti.1404
- Brainstorming*. (2019). Geraadpleegd op 14-05, van <https://writingcenter.unc.edu/tips-and-tools/brainstorming/>
- Brewer, J., & Hunter, A. (1989). *Multimethod research: A Synthesis of styles* (Vol. 175). Californië: SAGE Publications.
- Buskes, H. (2011). Mindmapping en communicatie. In *Meer inzicht en overzicht met mondmappen: sneller en succesvoller zaken doen* (pp. 71). Delft: eburon business.
- Dauch, C., Imwalle, M., Ocasio, B., & Metz, A. E. (2018). The influence of the number of toys in the environment on toddlers' play. *Infant Behav Dev*, 50, 78-87. doi:10.1016/j.infbeh.2017.11.005
- Dichter, F., & Valéry, P. (2008). De professional als deskundige. In C. De Monchy (Red.), *Floreren als professional: werken vanuit een dynamisch perspectief* (pp. 38). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Dunst, C., Boyd, K., Trivette, C., & Hamby, D. (2002). Family-Oriented Program Models and Professional Helpgiving Practices. *Family Relations*, 51, 221-229. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2002.00221.x>
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137(5), 535-544. doi:10.1176/ajp.137.5.535

- Ferland, F. (2005). Assessment of Ludic Behaviour: Assessment Protocol and Procedure for Administration. In *The Ludic Model* (2nd druk, pp. 165-186). Ottawa, Ontario: COAT Publications ACE.
- Ginsburg, K. R., Communications, A. A. o. P. C. o., & Health, A. A. o. P. C. o. P. A. o. C. a. F. (2007). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics*, 119(1), 182-191. doi:10.1542/peds.2006-2697
- Hadders-Algra, M., Maathuis, K., Pangalila, R. F., Becher, J. G., & de Moor, J. (2015). ICF-CY en kinderrevalidatie. In *Kinderrevalidatie* (pp. 31-40). Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Heinilä, J., Strömberg, H., Leikas, J., Ikonen, V., Iivari, N., Jokela, T., . . . Leurs, N. (2005). User-Centred Design: Guidelines for Methodes and Tools. Geraadpleegd op 15-03 van, https://www.vtt.fi/inf/julkaisut/muut/2005/UCD_Guidelines.pdf
- Hill, N. E., & Taylor, L. C. (2004). Parental School Involvement and Children's Academic Achievement: Pragmatics and Issues. *Current Directions in Psychological Science*, 13(4), 161-164. doi:10.1111/j.0963-7214.2004.00298.x
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*, 15(9), 1277-1288. doi:10.1177/1049732305276687
- Imms, C., Adair, B., Keen, D., Ullenhag, A., Rosenbaum, P., & Granlund, M. (2016). 'Participation': a systematic review of language, definitions, and constructs used in intervention research with children with disabilities. *Dev Med Child Neurol*, 58(1), 29-38. doi:10.1111/dmcn.12932
- Imms, C., Granlund, M., Wilson, P. H., Steenbergen, B., Rosenbaum, P. L., & Gordon, A. M. (2016). Participation, both a means and a end: a conceptual analysis of processes and outcomes in childhood disability. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 59(1), 16-25. doi:10.1111/dmcn.13237
- Imrie, R. (2004). Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Social Health Illn*, 26(3), 287-305. doi:10.1111/j.1467-9566.2004.00391.x
- InspectieVoorDeGezondheidszorg. (2007). *Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming*. Den Haag. Geraadpleegd op 28-05 van, <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-30800-XVI-134-b1.pdf>
- InteractionDesignFoundation. *User Centered Design*. Geraadpleegd op 24-05, van <https://www.interaction-design.org/literature/topics/user-centered-design>
- Jeglinsky, I., Autti-Rämö, I., & Brogren Carlberg, E. (2012). Two sides of the mirror: parents' and service providers' view on the family-centredness of care for children with cerebral palsy. *Child Care Health Dev*, 38(1), 79-86. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01305.x
- Järvikoski, A., Martin, M., Autti-Rämö, I., & Härkäpää, K. (2013). Shared agency and collaboration between the family and professionals in medical rehabilitation of children with severe disabilities. *Int J Rehabil Res*, 36(1), 30-37. doi:10.1097/MRR.0b013e32835692d3
- Kenney, M. K. (2012). Child, family, and neighborhood associations with parent and peer interactive play during early childhood. *Matern Child Health J*, 16 Suppl 1, S88-101. doi:10.1007/s10995-012-0998-7
- Khan, K. S., Kunz, R., Kleijnen, J., & Antes, G. (2003). Five steps to conducting a systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 118-121. doi:<https://doi.org/10.1177/014107680309600304>

- King, G., Law, M., Hanna, S., King, S., Hurley, P., Rosenbaum, P., . . . Petrenchik, T. (2006). Predictors of the Leisure and Recreation Participation of Children With Physical Disabilities: A Structural Equation Modeling Analysis. *Children's Health Care*, 35(3), 209-234. doi:https://doi.org/10.1207/s15326888chc3503_2
- King, S., Teplicky, R., King, G., & Rosenbaum, P. (2004). Family-centered service for children with cerebral palsy and their families: a review of the literature. *Semin Pediatr Neurol*, 11(1), 78-86. doi: 10.1016/j.spen.2004.01.009
- Kort, D. H. S. M. (2005). Vandaag de vraag, Morgen het aanbod: vraaggestuurde zorg in ontwikkeling. 4. Geraadpleegd op 21-05 van, <https://www.onderzoek.hu.nl/~media/LLL/Docs/Openbare%20lessen/Vandaag%20de%20vraag%20morgen%20het%20aanbod%20Vraaggestuurde%20zorg%20in%20ontwikkeling.pdf>
- Krishnaswami, A. (2017). The user-centered design process to develop a multi-model family needs assessment tool. Geraadpleegd op 23-02, van <https://www.slideshare.net/ArthiKrishnaswami/user-centered-design-process-to-develop-a-multimodal-family-needs-assessment-tool>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015a). Developig a Questioning Route. In *Focusgroups: A Practional Guide for Applied Research* (5th druk, pp. 61). Thousands Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015b). Overview of Focus Groups. In *Focusgroups: A Practical Guide for Applied Research* (5th druk, pp. 2). Thousand Oaks, California: SAGE Publications, inc.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015c). Participants in a Focus Group. In *Focusgroups: A Practical Guide for Applied Research* (5th druk, pp. 79). Thousand Oaks, California: SAGE Publications, inc.
- Kuiper, C., & Borghouts, J. A. J. (2012). *Evidence-based practice voor paramedici: methodiek en toepassing* (3th druk, pp. 110-112). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Law, M., Baum, C., & Dunn, W. (2005). Measurement In Occupational Therapy. In *Measuring Occupational Performance: Supporting Best Practice in Occupational Therapy* (pp. 45, 46). Thorofare, USA: SLACK Incorporated.
- Law, M., Cooper, B. A., Strong, S., Steward, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupational Model: A Transactive approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23. doi:10.1177/000841749606300103
- Law, M., King, G., King, S., Kertoy, M., Hurley, P., Rosenbaum, P., . . . Hanna, S. (2006). Patterns of participation in recreational and leisure activities among children with complex physical disabilities. *Dev Med Child Neurol*, 48(5), 337-342. doi: 10.1017/S0012162206000740
- Law, M., Rosenbaum, P., King, G., King, S., Burke-Gaffney, J., Moning-Szkut, T., . . . Teplicky, R. (2003). How Does Family-Centred Service Make a Difference. Geraadpleegd op 10-03 van, <https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/001/267/original/FCS3.pdf>
- Le Granse, M., Logister-Proost, I., & Op de Beeck, B. (2012). Een aantal Occupational-based ergotherapiemodellen. In M. Le Granse, M. Van Hartingsveldt & A. Kinébanian (Reds.), *Grondslagen van de ergotherapie* (3th druk, pp. 482-483). Amsterdam: Reed, Business.

- le Granse, M., van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (2017). *Grondslagen van de ergotherapie*: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lifter, K., Foster- Sanda, S., Arzamarski, C., Briesch, J., & McClure, E. (2011). Overview of Play. *Its Uses and Importance in Early Intervention/ Early Childhood Special Education*, 24, 225-245. doi:10.1097/IYC.0b013e31821e995c
- Lobo, M. A., Kokkoni, E., de Campos, A. C., & Galloway, J. C. (2014). Not just playing around: infants' behaviors with objects reflect ability, constraints, and object properties. *Infant Behav Dev*, 37(3), 334-351. doi:10.1016/j.infbeh.2014.05.003
- Lowdermilk, T. (2013). What is User-Centered Design? In *User-Centered Design: A Developer's Guide to Building User-Friendly Applications* (pp. 26-44): O'Reilly.
- Mahoney, M. J., & Maquis, A. (2002). Integral Constructivism and Dynamic Systems in Psychotherapy Processes. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(5), 794-813. doi:10.1080/07351692209349018
- Middelgroot woordenboek: Nederlands. (2009). In (1th druk). Utrecht/ Antwerpen: Van Dale Uitgevers.
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract*, 24(1), 9-18. doi:10.1080/13814788.2017.1375091
- Nederland, R. (2017). Revalidatie in 2030: Hoe revalideren patiënten in de toekomst? , 17, 36, 37, 47, 71, 101, 129, 135. https://revalidatiegeneeskunde.nl/system/files/attachments/revalidatie_in_2030_def_lr2.pdf
- Nyumba, T. O., Wilson, K., Derrick, C. J., & Mukherjee, N. (2017). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conversation. *Methods in Ecology and Evolution*, 9(1), 24. doi: https://doi.org/10.1111/2041-210X.12860
- O'Grady, M. G., & Dusing, S. C. (2015). Reliability and validity of play-based assessments of motor and cognitive skills for infants and young children: a systematic review. *Phys Ther*, 95(1), 25-38. doi:10.2522/ptj.20140111
- Pattoni, L. (2012). Strengths-based approach for working with individuals. *Insights*, 2-13. Geraadpleegd op 30-03 van, <https://www.iriss.org.uk/resources/insights/strengths-based-approaches-working-individuals>
- Pediatrics, C. o. H. C. A. A. o. (2003). Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 112(3 Pt 1), 691-697. doi:10.1542/peds.112.3.691
- Phoenix, M., Jack, S. M., Rosenbaum, P. L., & Missiuna, C. (2019a). Parents' attendance, participation and engagement in children's developmental rehabilitation services: Part 1. Contextualizing the journey to child health and happiness. *Disabil Rehabil*, 1-10. doi:10.1080/09638288.2018.1555618
- Phoenix, M., Jack, S. M., Rosenbaum, P. L., & Missiuna, C. (2019b). A grounded theory of parents' attendance, participation and engagement in children's developmental rehabilitation services: Part 2. The journey to child health and happiness. *Disabil Rehabil*, 1-10. doi:10.1080/09638288.2018.1555617
- Piškur, B. (2015). *Parents' role in enabling the participation of their child with a physical disability*. Universitaire pers maastricht, Maastricht University.

- Piškur, B., Meuser, S., Jongmans, M. J., Ketelaar, M., Smeets, R. J. E. M., Casparie, B. M., . . . Beurskens, A. J. H. M. (2016). The lived experience of parents enabling participation of their child with a physical disability at home, at school and in the community. *Disabil Rehabil*, 38(8), 803-812. doi:10.3109/09638288.2015.1061612
- Polatajko, H. J., & Mandich, A. (2004). The CO-OP protocol: Doing it! In *Enabling Occupational in Childer: The cognitive Orientation to daly Occupational Performance (CO-OP) Approach* (pp. 60, 62, 63, 64). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- RevalidatieNederland. (2017). Revalidatie in 2030: Hoe revalideren patiënten in de toekomst? , 17, 36, 37, 47, 71, 101, 129, 135. Geraadpleegd op 02-05 van, https://revalidatiegeneeskunde.nl/system/files/attachments/revalidatie_in_2030_def_lr2.pdf
- Rights, U. H. (1989). *Convention on the Rights of the Child*. Geraadpleegd op 14-05 van, <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- Satink, T., & Van de Velde, D. (2012). Kerndomeinen van de ergotherapie. In M. Le Granse, M. J. Van Hartingsveldt-Bakker & A. Kinébanian (Reds.), *Grondslagen van de ergotherapie* (3th druk, pp. 88). Amsterdam: Reed Business.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22, 63-75. doi:10.3233
- Shevell, M., Oskoui, M., Wood, E., Kirton, A., Van Rensburg, E., Buckley, D., . . . Majnemer, A. (2018). Family-centred health care for children with cerebral palsey. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30294783> doi:10.1111/dmcn.14053
- Sloper, P., & Turner, S. (1992). Service needs of families of children with severe physical disability. *Child Care Health Dev*, 18(5), 259-282. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.1992.tb00359.x>
- supportbeurs.nl. (2018). *Sterke daling aantal mantelzorgers in de toekomst*. Geraadpleegd op 23 mei, van <https://www.supportbeurs.nl/nieuws/sterke-daling-aantal-mantelzorgers-in-de-toekomst>
- Therapeutische peutergroepen*. (n.d.). Geraadpleegd op 18 mei, van <https://kindjeugd.adelante-zorggroep.nl/nl/babyspeuters-0-4-jaar/revalidatie/dagbehandeling/therapeutische-peutergroepen/>
- Thibodeau, R. B., Gilpin, A. T., Brown, M. M., & Meyer, B. A. (2016). The effects of fantastical pretend-play on the development of executive functions: An intervention study. *J Exp Child Psychol*, 145, 120-138. doi:10.1016/j.jecp.2016.01.001
- UniversiteitAntwerpen. (2015). *Tekst-analyse: Inleiding*. Geraadpleegd op 30 mei, van <http://uahost.uantwerpen.be/osc/Academic/index.php/resultaten-kwalitatief-theorie/37-resultaten-kwalitatief/resultaten-kwalitatief-theorie/112-tekstanalyse>
- WHO. (2008a). ICF-CY Inleiding. In *ICF-CY: Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health, Children & Youth Version* (pp. xv, xvi). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- WHO. (2008b). Voorwoord. In *ICF-CY: Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health, Child & Youth Version* (pp. ix). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

WHO. (2008c). ICF-CY Gedetailleerde classificatie met definities. In *ICF-CY: Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health, Child & Youth Version* (pp. 131-145, 151-161, 175-179, 181-187). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

8. BEGRIPPENLIJST

Begrip	Toelichting
Analysefase	In de analysefase is het doel om het probleem te definiëren en meer kennis te krijgen over de eindgebruikers.
Activiteiten	Onderdelen van het menselijk handelen (WHO, 2008a).
Algemene taken en eisen	Betreft de algemene aspecten van het uitvoeren van enkelvoudige of meervoudige taken, de dagelijkse routinehandelingen en omgaan met stress. Hieronder valt onder andere het ondernemen van enkelvoudige of meervoudige taken, beginnen met een taak, organiseren van tijd, ruimte en materiaal voor een taak, tempo houden, uitvoeren en afronden en het omgaan met eigen gedrag zoals het accepteren van iets nieuws of reageren op eisen (WHO, 2008c).
Anoniem	Zonder bekendmaking van de naam van de spreker ("Middelgroot woordenboek: Nederlands," 2009)
Belangrijke levensgebieden	Betreft het op zich nemen en uitvoeren van taken en acties in het kader van opleiding en spelen. Hieronder valt onder andere voorschoolse opleiding (leren op niveau van georganiseerde instructie thuis of in een groep, het leren van vaardigheden in een groep), deelnemen aan spelen met spelmateriaal en/of met anderen (alleen spelen, kijken naar spelen, parallel spelen, samen spelen) (WHO, 2008c).
Communicatie	Algemene en specifieke aspecten van communicatie via taal, tekens & symbolen, inclusief het begrijpen en produceren van boodschappen, converseren en het gebruiken van communicatieapparatuur en –technieken (WHO, 2008c).
Confirmability	Heeft betrekking op de mate waarin de resultaten gebaseerd zijn op de bijdragen van de ondervraagden, en niet op een vooringenomen standpunt van de onderzoeker (Kuiper & Borghouts, 2012).
Credibility	Heeft betrekking op de vraag of de onderzoeksresultaten een realistisch beeld geven van het verschijnsel dat bestudeerd wordt en of de resultaten werkelijk gebaseerd zijn op de ervaringen van de participanten (Kuiper & Borghouts, 2012).
Dependability	Geeft aan hoe consistent de gegevens en de bevindingen zijn en hoe veranderingen door het onderzoek of onderzoeksdesign geïntroduceerd worden (Kuiper & Borghouts, 2012).
Designfase	De designer/ onderzoeker synthetiseert de doelen van de gebruiker en behoeften ten aanzien van personalia 's, scenario's en eisen. Vervolgens worden deze omgezet in een product door middel van schetsen en prototypes.

Directed content analysis	Hierbij start de analyse met een theorie of relevante onderzoeksgegevens als guideline voor de eerste codes (Hsieh & Shannon, 2005)
Ergotherapeutische vroegerevalidatie-afdeling	Een afdeling bij Adelante kinderrevalidatie waar kinderen tussen de 0 en 4 jaar oud gezien worden door de twee ergotherapeuten die daar werkzaam zijn (<i>Therapeutische peutergroepen</i> , n.d.).
Evaluatiefase	In de evaluatiefase wordt het ontwikkelde product getest met de beoogde eindgebruikers.
Focusgroepdiscussie	Een focusgroepdiscussie houdt in dat je met een groep mensen gaat discussiëren over een vooraf vastgesteld onderwerp (Abrams et al., 2004).
Huishouden	Het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en taken. Huishouden omvat het verwerven van woonruimte, eten, kleding en andere noodzakelijkheden, het schoonmaken en herstellen, het verzorgen van persoonlijke en andere huishoudelijke voorwerpen en het assisteren van andere personen (WHO, 2008c).
ICF	De ICF is een classificatie van gezondheidscomponenten. Met deze gezondheidscomponenten kan het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden beschreven worden. Het doel van dit raamwerk, opgesteld door de World Health Organization, is dat er een gemeenschappelijke standaardtaal bestaat op basis van de componenten die gebruikt worden
ICF-CY	De ICF-CY is een afgeleide van de ICF en is ontwikkeld om kenmerken van het ontwikkelende kind en de invloed van de omgeving van het kind te kunnen beschrijven. De classificatie biedt een gemeenschappelijke en universele taak voor klinische, volksgezondheid en onderzoek toepassingen om het beschrijven en meten van gezondheid en functioneren van kinderen en jongeren te vergemakkelijken (WHO, 2008c).
Implementatiefase Informed consent	Dit betekent dat de onderzoeker de respondenten op een begrijpelijke en zo volledig mogelijke wijze informeert over het doel en de inhoud van de focusgroepdiscussie en de manier van gegevensverwerking.
Leren en toepassen van kennis	Betreft het leren, toepassen van het geleerde, denken, oplossen van problemen en beslissen. Hieronder valt onder andere gadeslaan, luisteren, doelbewust gebruik van zintuigen, nadoen, leren door handelingen met voorwerpen, herhalen, ontwikkelen van vaardigheden, aandacht, oplossen van problemen (WHO, 2008c).

Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven	De acties en taken die nodig zijn om deel te nemen aan het georganiseerde maatschappelijk leven buiten de familie en in de maatschappij, de maatschappelijke en burgerlijke aspecten van het leven (WHO, 2008c).
Member checking	Betrekken van de participanten bij de interpretatie en het beoordelen van de analyseresultaten. Nagaan of de informatie afkomstig van de participanten klopt zoals deze geïnterpreteerd wordt door de onderzoekers (Kuiper & Borghouts, 2012).
Mobiliteit	Betreft het bewegen door het veranderen van lichaamshouding of van locatie, het van de ene plaats naar de andere gaan, dragen, verplaatsen en manipuleren van voorwerpen, lopen, rennen of klimmen en door het gebruiken van verschillende vormen van transport. Hieronder valt onder andere het veranderen van basale lichaamshouding (liggen, rollen, zitten, knielen, staan), handhaven van lichaamshouding, uitvoeren van transfers, optillen, iets meenemen en neerzetten, gebruiken van hand en arm (trekken, duwen, reiken, draaien), nauwkeurig gebruik van hand (pakken, grijpen, manipuleren, loslaten), zich verplaatsen (WHO, 2008c).
Participatie	Participatie beleving bestaat uit 2 elementen, namelijk 'aanwezigheid in de omgeving', wat de voorwaarde vormt voor het tweede element 'daadwerkelijk betrokken zijn in wat hij/zij doet in de omgeving'. De persoons kenmerken in deze omgeving ('voorkeur voor activiteiten', 'activiteiten competentie/ bekwaam zijn in competenties/ vaardigheid' en 'gevoel van eigenwaarde') hebben indirect een invloed op de mate van participatie (Christine Imms, Granlund, et al., 2016).
Peer review	Kritische bestudering/beoordeling van mede-onderzoekers over bijvoorbeeld de analyseresultaten (Kuiper & Borghouts, 2012).
Pseudoniem	Een naam die iemand gebruikt zodat zijn of haar eigen naam niet gebruikt hoeft te worden, ook wel een schuilnaam genoemd
Researcher triangulation	Meerdere onderzoekers betrekken bij de gegevensverzameling en interpretatie hiervan (Kuiper & Borghouts, 2012).
Screeningsproces	Het proces dat plaatsvindt nadat een nieuwe cliënt tussen de nul en vier jaar wordt aangemeld bij Adelante vroegrevalidatie in Valkenburg. De cliënt wordt in het zes weken durende screeningsproces door alle disciplines gezien en in kaart gebracht (<i>Therapeutische peutergroepen</i> , n.d.).
Thick description	De context waarbinnen het onderzoek heeft plaatsgevonden en de respondenten aan de studie in voldoende detail beschrijven. Bovendien de kernbegrippen toelichten (Kuiper & Borghouts, 2012).

Transferability	Geeft antwoord op de vraag of de resultaten van het onderzoek overdraagbaar zijn naar andere settingen (Kuiper & Borghouts, 2012).
Tussenmenselijke interactie en relaties	Betreft het uitvoeren van acties en taken die nodig zijn voor basale en complexe interacties met personen, in overeenstemming met de context en cultuur. Hieronder valt onder andere basale tussenmenselijke interactie, in overeenstemming komen met de context, initiatief nemen tot aangaan van interactie, fysiek contact, bewaren van sociale afstand, omgaan met onbekenden, omgaan met kinderen, omgaan met volwassenen, kind-ouder relaties, broer-zus relatie (WHO, 2008c).
User-Centered Design	Een flexibel ontwerpproces waarbij ontwerpers zich in elke fase van het ontwerpproces concentreren op de gebruikers en hun behoefte. Het USD roept op om gebruikers gedurende het ontwerpproces te betrekken via een verscheidenheid aan onderzoeks- en ontwerptechnieken om zeer bruikbare en toegankelijke producten voor hen te creëren (InteractionDesignFoundation).
Zelfverzorging	Voor zichzelf zorgen, zich wassen en afdrogen, zorgdragen voor lichaam en lichaamsdelen, zich aankleden, eten en drinken, en zorgdragen voor eigen gezondheid (WHO, 2008c).

9. BIJLAGEN

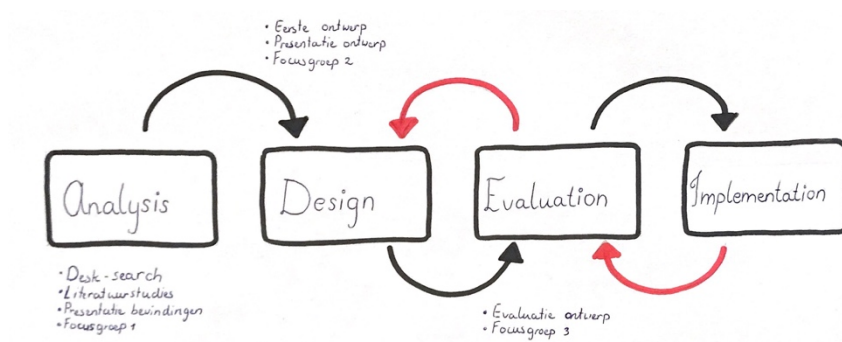
Bijlage 1: Presentatie focusgroepdiscussie 1

Vorige keer dat we samen zaten zijn we bezig geweest met het verhelderen van de van opdracht. Hierbij waren er wel al ideeën voor het eindproduct, maar was de conclusie dat het eindproduct nog niet vastligt. Maar dat het wel belangrijk is dat het voldoet aan jullie eisen en wensen, zodat het een bruikbaar eindproduct wordt. Daarom hebben wij gekozen voor een User-Centered Design. Deze wordt zo uitgelegd

Doel

Aan het einde van deze focusgroepdiscussie willen we duidelijk hebben hoe we de designfase vorm kunnen geven. Zo kunnen we een eerste ontwerp maken voor de 2e focusgroepdiscussie

Uitleg User-Centered Design



Bij dit design staan de wensen van de gebruiker centraal.

In de analysis, dit heeft plaats gevonden voor deze focusgroepdiscussie, hebben we desk-search gedaan, literatuurstudies uitgevoerd, geven we een presentatie van de bevindingen en vindt deze focusgroepdiscussie plaats.

Bij het design gaan we ons richten op het eerste ontwerp, presenteren we dit in focusgroepdiscussie

Bij de evaluation wordt het eerste design geëvalueerd en vindt focusgroepdiscussie 3 plaats.

Mocht er nog tijd zijn kan er tijdens het deze scriptie tijd besteed worden aan de implementatie van het design.

Het USD is een flexibele onderzoeksmethode waarbij als er grote veranderingen plaats moeten vinden er terug wordt gegaan naar een vorige fase.

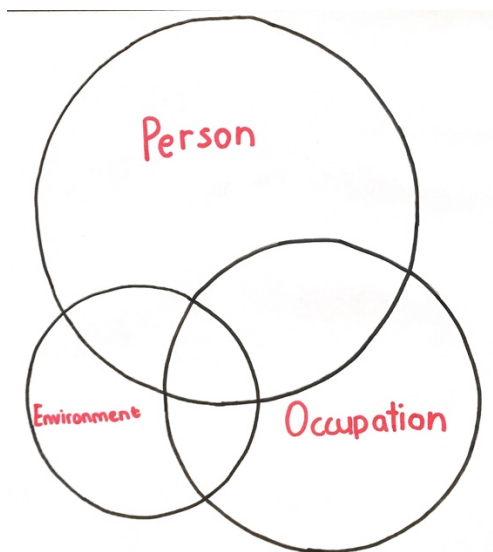
Informed consent laten invullen

Inhoud doorgenomen

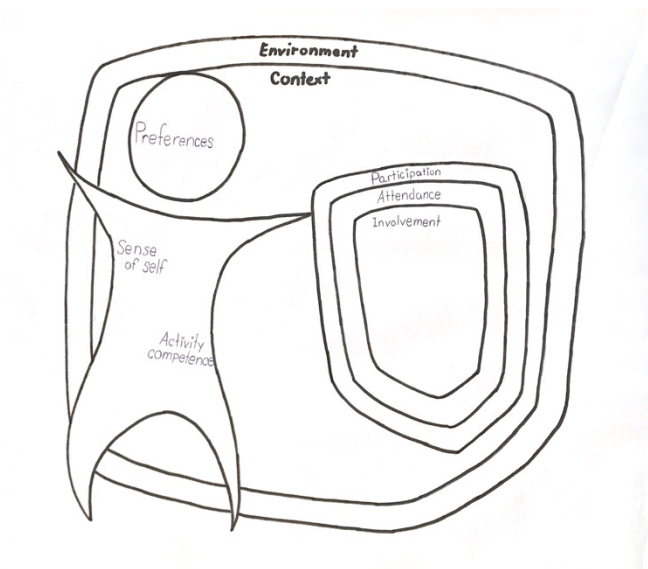
1. Terugblik
2. Presentatie bevindingen
3. Discussie
4. Conclusie

Terugblik

De vorige keer hebben we het al even gehad over de hoeveelheid assessments die er zijn in de paramedische wereld die de verschillende gebieden van het PEO-model in beeld brachten. Hier kwam uit dat er van de persoon veel in kaart werd gebracht, van de taken iets minder en van de omgeving eigenlijk het minst.



IMMS-model



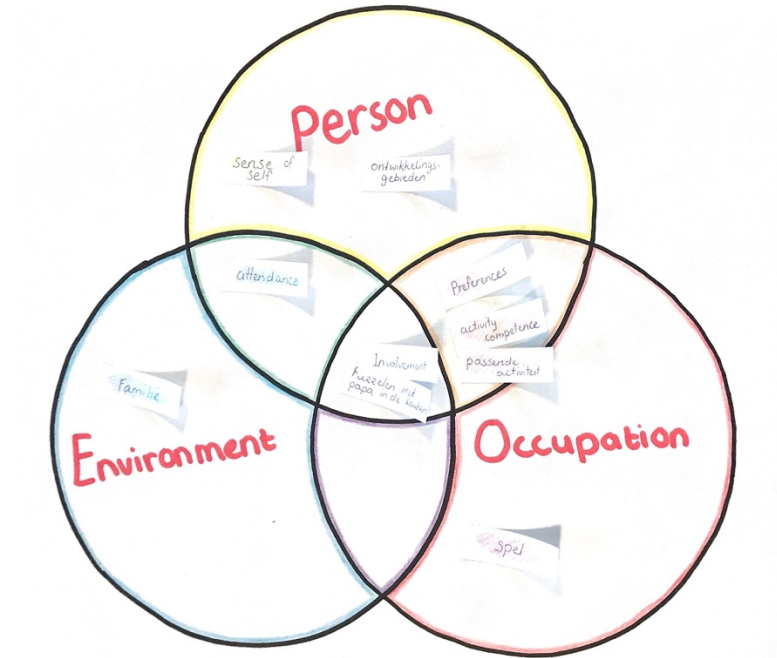
Volgens het Imms-model zijn er een aantal factoren van invloed op de participatie. Vanuit de omgeving zijn dit attendance (aanwezig zijn) en involvement (betrokken zijn). Vanuit de persoon zijn dit preferences (voorkeuren), sense of self (gevoel van eigenwaarde) en activity competence (vaardigheid/competenties). Hiervoor is het dus ook van belang om de taak/de handeling niet te moeilijk te maken, maar toch uitdagend te houden.

Dit is dus in overeenstemming wanneer we kijken naar participatie volgens het PEO-model: er moet dus vanuit de persoon, omgeving en de taak gekeken worden om vervolgens iets over de participatie te kunnen noemen.

Visueel maken a.d.h.v. casus Ties (3 jaar)

Ties puzzelt heel graag (preferences) en vindt dat hij dit heel goed kan (sense of self). Verder kan hij zelfstandig een steekpuzzel maken van 3 puzzelstukken (activity competence).

Ties puzzelt met vader in de keuken waar zijn moeder iets komt pakken (attendance), maar als zijn moeder de keuken weer uit is kan hij weer deelnemen aan het puzzelen (involvement)



Omgeving

Uit onderzoek is gebleken dat de familie de participatie van het kind beïnvloed. Want:

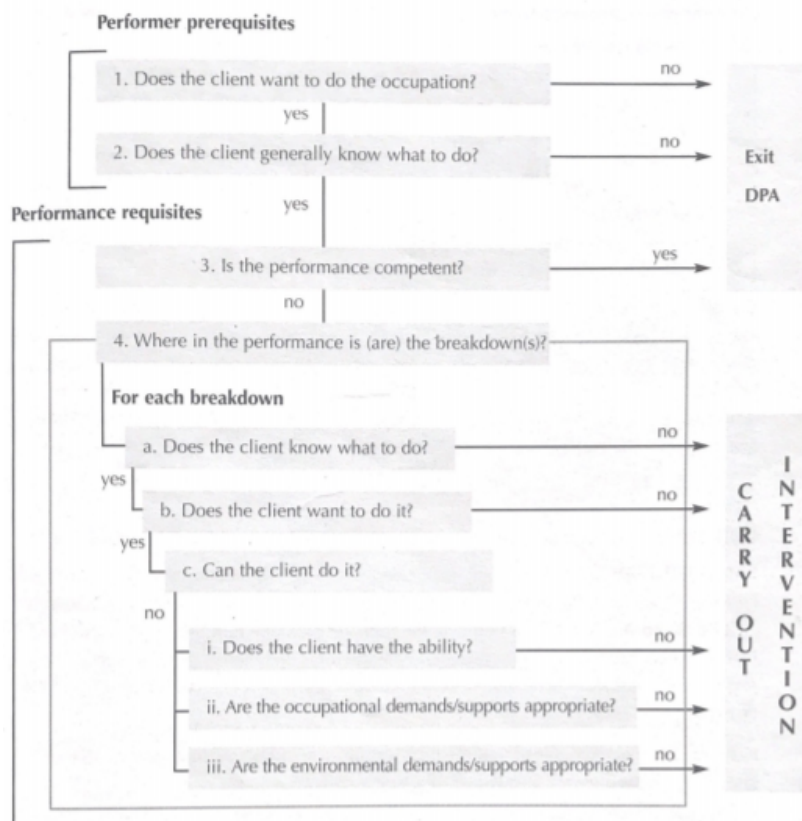
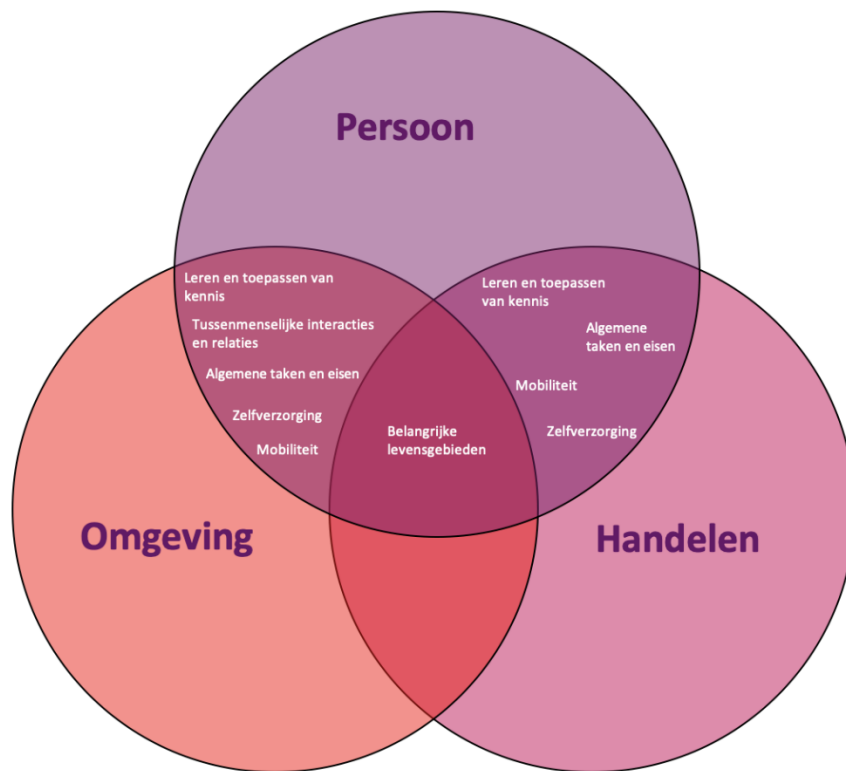
- Elke familie is uniek
- Ouders/ verzorgers kennen het kind het beste en willen het beste voor hun kind
- Ondersteunende familie heeft een positieve invloed op participatie
- Stress en coping hebben een negatieve invloed

Het is dus erg belangrijk de familie te betrekken

ICF-CY Algemeen • Uitspraken over activiteitsniveau, minder over participatie • Uitspraak participatie na observatie • Geen uitspraak thuisparticipatie Gebieden • Activiteiten- en participatieniveau • Leren en toepassen van kennis • Algemene taken en eisen • Mobiliteit • Zelfverzorging • Producten en technologie • Interpersoonlijke relaties • Belangrijke levensgebieden	Omgeving Context en gedrag • Ander (spel)gedrag bij revalidatie dan thuis en visa versa • Spel moeilijk zoals thuis nabootsen Ouders • Ouders niet bezig met spelvoorwaarden • Ouders voelen zich buitengesloten door bescherming • Thuissituatie als versterking van kind • Revalidatie wil niet te veel van ouders vragen • Zien ouders bij revalidatie verschilt per gezin Thuis • Soms geen spel • Thuissituatie kan verklaren waarom gedrag niet lukt • Huisbezoek pas na observatie
Huidige observatie Ergotherapie • 2 keer per week, 6 weken lang • Eerste week kennismaking, geen observatie • Observeren in groep • Playlike in therapie • 2 keer observeren met fysiotherapie (bayley) • Ringtoren, blokkentoren, puzzel en kleuren • Mogelijkheden kindje in kaart brengen • Bij een ouder kind onderdelen Miller/ Beery VMI • Functieniveau/ontwikkelingsgebieden/activiteitsniveau in kaart brengen middels spel: ○ Coördinatie, pengreep, samenwerking handen, zithouding ○ Procesaanpak activiteit ○ Mogelijkheden verplaatsing ○ Motoriek gespecificeerd in kaart brengen • Niet met thuissituatie bezig • Gebruik spelmaterialen uit kast • Enkel spel van kind bekijken, niet interactie met omgeving	Team Algemeen • Verschil termengebruik binnen team • Team bestaat uit losse puzzelstukjes • Passend hulpmiddel om participatie visueel te maken Taakverdeling • Team denkt dat zij stuk participatie zijn • FT + LO kan onderbouwen met testen • Hele team werkt met ICF-CY • Team begrijpt niet dat ET over meerdere gebieden van de ICF-CY meepraat • Toepassingsgericht (ET) vs. functiegericht (FT) • FT schrijft geen details over uitvoering handelingen uit • Samen observeren leidt tot goede discussie ET • Team weet bij Miller waar ET over praat • ET raakvlak veel disciplines • ET stemt met hele team af • Verdeling componenten ICF-CY met ET-afdeling bepalen

• Na observatie aan de slag met ouders • Als onduidelijk is of kindje na observatie blijft, nog niet kijken naar participatie • Weinig assessments voor kinderen tussen 0-4 jaar • Eerst observeren waarom het kind het niet kan • ICF-CY basis voor rapportage • 2 ET's weten van elkaar wat ze doen • Aan het einde weet je waar het kind ongeveer zit • Wordt met onbekend speelgoed gedaan voor standaardisatie • Weinig mogelijkheden/ financiële middelen voor huisbezoek • Gesprek over ander gedrag dan thuis • Kijken naar participatie als vervolgcontext duidelijk is. • Handelen + persoon grootste stuk voor ergotherapie, omgeving wordt hierin meegenomen Ervaring therapeuten • Moeilijk vragen naar omgeving • Omgeving rust bieden • Slechte ervaring bij vragen naar video's maken Omgeving • Ouders met kind laten spelen werkt niet • Heftige eerste periode voor ouders • Beschermende stand therapeuten, niet passend bij gevoel ouders • Video's maken voelt bedreigend voor ouders • Ouders weten niet waarom ergotherapie informatie van thuis wil • Ouders slaan informatie van ergotherapeut niet op • Ouders verbaasd over wat kind laat zien in observatie • Ouders durven vaak pas na observatie aan te geven waarom gedrag thuis anders is	• Stem laten horen binnen team • ET doet uitspraken over participatie Omgeving • Maatschappelijk werk, psycholoog, orthopedagoog bezig met omgeving • ET trekt terug van omgeving • Omgeving niet bespreken is onbesproken afspraak binnen team • Ouders idee geven gezamenlijke blik PEO • FT omschrijft alleen persoon • ICF-CY binnen PEO, dan herkenbare taal binnen team
Persoon Algemeen • Kinderen willen soms niet spelen • Kinderen zonder diagnose • Cognitie, spraak/taal, motoriek, persoonlijkheidsontwikkeling etc. • Tussen 4-0 jaar	Spel Stimulering ontwikkeling • Leren via spel • Ontwikkelingsniveau in kaart brengen d.m.v. spel Algemeen

• Geen ontwikkelde vaardigheden als geen spel thuis	• Spelen in de juiste omgeving/setting leidt tot participatie • Spel zit in therapie tussen handelen en persoon • Kinderen participeren binnen spel
Profileren Algemeen • Ouders vergeten ET binnen team • ET krijgt meer informatie door op andere manieren te observeren • ET kijkt naar hoe persoon functies toepast • Kracht ET is vanuit mogelijkheden kijken • ET-afdeling te bescheiden • ET mag over PEO over alle gebieden iets zeggen • Et observeert belangrijkste dingen voor ouders • ICF-CY binnen PEO duidelijk maken wat ET doet • ET observeert meer dan score van FT weergeeft	Opties toekomstige observatie Algemeen • Participatie meenemen zonder ernaar te vragen aan ouders • Realistisch spel observeren • ICF-CY componenten binnen PEO-model • Score assessment minder relevant dan toepassing vaardigheden in praktijk Omgeving • Meer vertrouwde omgeving betrekken: ○ Speelgoed van thuis meenemen -> minder explorerend gedrag ○ Ouders laten meespelen • Vergelijk spel in therapie vs. thuis • Video spelmoment thuis ○ Belangrijke aanvulling ○ Opvallende dingen ○ Mogelijkheden spel van kind ○ Spel waar vragen over zijn ○ Delen met andere disciplines • Niet elke week met ouders • Vanuit kracht ET ouders positieve kant benadrukken ET • ET als eerste discipline met spel aan de slag • Team aansluiten op observatie ET • ET meer verantwoordelijkheid voor bepaalde ICF-CY componenten



Reprinted with the permission from Polatajko, Mandich & Martini, *American Journal of Occupational Therapy*, 54 (1), 69, © 2000, AOTA Inc.

Bijlage 4: Presentatie focusgroepdiscussie 2

Optimalisatie van het huidige screeningsproces
bij de vroegrevalidatie

Focusgroep 16 april
2019



De vorige keer hebben wij samengezeten en besproken welke punten wij mee moeten nemen binnen het screeningsproces. Wij zijn hier natuurlijk aan gaan werken om een screeningsproces te kunnen vormgeven optimaliseren. Deze gaan wij jullie laten zien straks. Het doel is om aan het einde van deze sessie exact te weten hoe wij dit design gaan vormgeven zodat aan jullie wensen voldoet.

Agenda

- Data-analyse
- Conclusie data-analyse
- ICF-CY binnen PEO
- Vertaalslag naar screeningsproces

Wij hebben deze agenda ook geprint, deze zullen wij weer aan jullie geven. Hier is een notitieruimte bij gemaakt. De vraag is dan ook om net zoals de vorige keer de vragen even op te schrijven zodat wij deze in de discussie fase kunnen bespreken.

Jullie hadden het net wel al over communicatievideo's, misschien kun je proberen om dit te combineren. Dus dat ouders een filmpje maken waarvan je als ergotherapeut denkt van dit kan voor andere ook nuttig zijn, om ouders dan te vragen of dit ook met andere disciplines gedeeld mag worden. Ouders krijgen dat het idee dat er veel meer gezamenlijk gekeken wordt.	Ouders filmpje van spel laten maken Filmpje delen met andere disciplines Ouders krijgen idee gezamenlijke blik	Optie toekomstige observatie Toekomstige observatie Team
Ik denk dat het voor ons belangrijk is om nu af te ronden, zodat we weten wat we in de periode tot de volgende focusgroep gaan doen. Samenvattend is het belangrijk om te bekijken hoe we het ICF-CY binnen het PEO-model voegen, hoe kunnen we, nu het liefst over al die gebieden iets zeggen voor de screeningsperiode. Wij zullen op zoek gaan om te kijken of er al assessments zijn die hier iets over kunnen zeggen, of delen van assessments nemen en die daarbinnen plakken. Bij de volgende focusgroep zal daar dan op teruggekomen worden.	ICF-CY binnen het PEO-model plaatsen (delen van) assessments over gebieden ICF-CY en PEO-model	Optie toekomstige observatie Optie toekomstige observatie

Kort uitleggen dat wij de audio-opname van de vorige keer volledig hebben uitgeschreven, ofwel getranscribeerd, vervolgens subthema's gemaakt en deze in thema's ingedeeld.

Persoon	Omgeving	Handelen	Participatie	ICF-CY	Huidaflees observatie	Opties toekomstige observatie	Spel	Profilieren	Team
Willen niet spelen Kinderen zonder diagnose Cognitief, spraak/taal, motoriek, persoonlijkheidsontwikkeling etc. Tussen 4-6 jaar Geen ontwikkelde vaardigheden als geen spel thuis	Context + gedrag Ander spelgedrag bij revalidatie dan thuis en vice versa Spel moeilijk zoals thuis nabootsen Ouders Ouders niet bezig met spelvoorwaarden	Score assessment minder relevant dan toepassing vaardigheden in praktijk Kijken naar participatie waar kind naartoe gaat na observatie Geen uitspraak thuisparticipatie Gedrag Activiteiten- en participatieniveau	Kinderen participeren binnen spel Kijken naar participatie waar kind naartoe gaat na observatie Geen uitspraak thuisparticipatie Gedrag Activiteiten- en participatieniveau	Uitspraken over activiteiten: zitsta, minder over participatie Uitspraak participatie na observatie Observeren in groep Playlike in therapie 2 keer observeren met FT (Baxdy)	ET 2 keer per week, 6 weken lang Eerste week kennismaking, geen observatie Observeren in groep Playlike in therapie 2 keer observeren met FT (Baxdy)	Participatie meememen zonder emmer te vragen Meer vertrouwde omgeving betrekken: - Speelgoed van thuis meenemen -> minder explorerend gedrag - Ouders laten meespelen Realistisch spel observeren	Spelen in de juiste omgeving/setting Leren via spel Ontwikkelingsniveau in kaart brengen d.m.v. spel Spel zit in therapie tussen handelen en persoon	Ouders vergeten ET binnen team ET krijgt meer informatie door op andere manieren te observeren ET kijkt naar hoe persoon functies toepast	Team bestaat uit puzzelstukjes Team denkt dat zij stuk participatie zijn FT + LO kan onderbouwen met testen Hele team werkt met ICF-CY

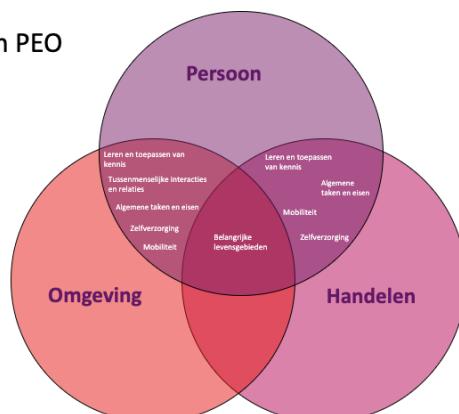
De subthema's en thema's zijn ingedeeld in een stroomschema zodat wij overzichtelijk hebben wat er de vorige keer is besproken en wat we moeten gebruiken in het design, dus een duidelijke conclusie kunnen vormen.

Conclusie focusgroep 1

- PEO-model gebruiken voor profilering
- ICF-CY binnen PEO-model
- Observatie door spel
- Omgeving betrekking door spel materiaal en video's

Duidelijk maken dat de andere beroepen ook weten wat wij doen middels het visueel maken. De conclusie van de vorige focusgroepdiscussie is als volgt: hiermee zijn wij aan de slag gegaan waardoor wij bij het volgende uitkomen.

ICF binnen PEO



De vorige keer is besloten om de componenten van de ICF-CY binnen het PEO-model te schrijven. Dit hebben wij als volgt gedaan en om dit inzichtelijk te maken lichten wij dit toe aan de hand van een casus.

Ties 3 jaar, puzzelen met vader

Leren en toepassen van kennis: Het lukt Ties om zelfstandig een insteek puzzel van 4 stukjes zelf maken. Als Ties een puzzel van 6 stukjes wil maken, moet vader het voordoen zodat hij weet hoe het moet.

Algemene taken en eisen: Het lukt Ties om bij 4 stukjes, de vormen te onderscheiden op inzicht, bij 6 stukjes lukt dit niet meer en moet vader hem helpen om de stukjes goed te leggen.

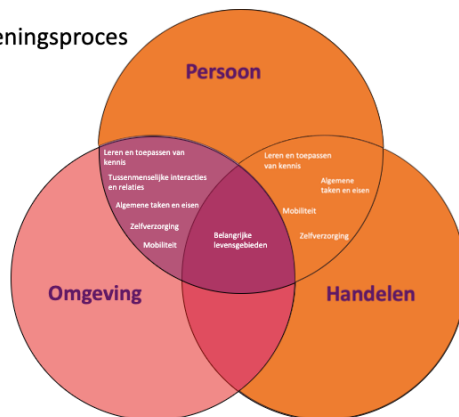
Mobiliteit: Ties pakt zelf de puzzel uit kast en klimt zelfstandig op de Triptrap stoel. Hij pakt de puzzelstukjes vast aan het handvat met een vijfpuntsgreep. Ties grijpt voornamelijk met zijn rechte hand naar de puzzelstukjes. Hij kan zelf een actieve houding aannemen op de triptrap.

Tussenmenselijke interacties en relaties: Ties tikt zijn vader aan als hij hulp nodig heeft en laat zich dan ook helpen.

Belangrijke levensgebieden: Ties vindt puzzelen het allerleukste wat er is. Hij doet dit ook graag in de peutergroep waar hij 2x in de week naartoe gaat.

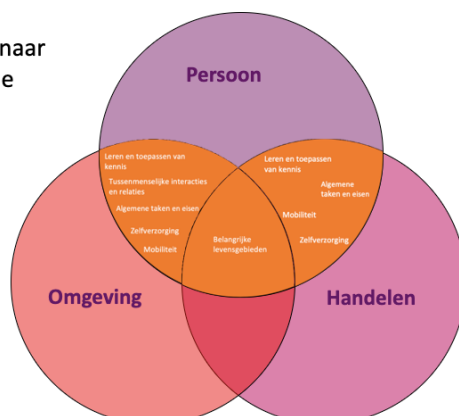
Zelfverzorging: Vader ziet dat het 14.00 uur is, Ties moet dan even gaan plassen, hij is klokkindelijk. Vader moet hem nog helpen met de broek aan en uit doen.

Huidige screeningsproces

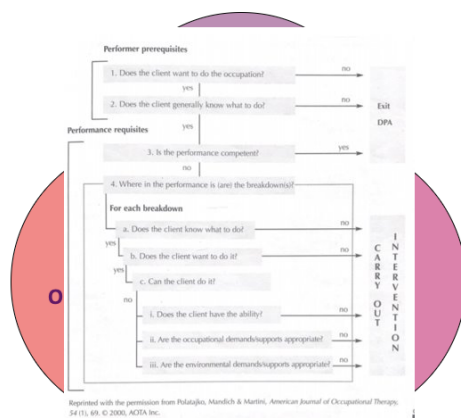


Dit is hoe jullie aangaven dat het nu gebeurde. Jullie kijken naar de persoon en het handelen en kunnen dus al iets zeggen over het gebied tussen persoon – handelen. Naar aanleiding daarvan hebben wij de vorige keer opties besproken over hoe we naar een optimaler proces kunnen komen.

Vertaalslag naar optimalisatie



Hiervoor willen wij een uitspraak kunnen doen over participatie. Dit is echter niet altijd mogelijk, zoals de vorige keer benoemd. In het uiteindelijke screeningsproces willen wij daar wel een uitspraak over kunnen doen, dat kan alleen als over beide tussenstukken, dus persoon – omgeving en persoon – handelen iets gezegd wordt. Het is momenteel nog niet mogelijk om over alle componenten binnen de tussengebieden een uitspraak te doen hiervoor hebben wij het volgende idee bedacht.



De Dynamic Performance analysis, oftewel DPA, is een observatielijst welke past binnen het CO-OP. De DPA gaat ervan uit dat de uitvoering van betekenisvol handelen gebaseerd is op de interactie tussen persoon, handelen en omgeving. In deze observatielijst staan verschillende punten benoemd, welke je tijdens een play like of play activiteit kan observeren. Je gaat hierbij kijken naar een vermindering in kwaliteit van uitvoering van deelhandelingen. Met de DPA kun je niet alle componenten van de ICF-CY vullen. Daarom zijn wij gaan kijken hoe we die wel kunnen vullen en zijn wij tot de conclusie gekomen dat een aanvullende observatielijst hier de oplossing voor is. Dit zorgt voor duidelijke invulling van de componenten. Dit betekent dat iedere therapeut dezelfde observatiepunten zal hanteren.

Het stuk tussen persoon – omgeving is moeilijk in kaart te brengen omdat je niet altijd in de contexten kunt observeren waarbinnen het kind participeert. Hiervoor hebben wij het de vorige keer al gehad over een aanvulling zoals spelmateriaal van thuis laten meenemen, of video's door de ouders laten maken, en om deze als activiteit te observeren.

Discussie

Het stukje zelfverzorging komt nu nog niet terug in een van de assessments, willen jullie dit wel observeren?

Welke observatiepunten moeten er in de observatielijst terugkomen om de componenten te vullen? (Papier meenemen, per component van de ICF-CY ideeën laten opschrijven)

- Leren en toepassen van Kennis
- Algemene taken en eisen
- Zelfverzorging??
- Mobiliteit
- Tussenmenselijke interacties en relaties
- Belangrijke levensgebieden

Wat is de toegevoegde waarde als wij op deze manier te werk gaan?

Is dit iets wat aan jullie verwachting kan voldoen?

Denken jullie dat het realiseerbaar is om te gebruiken in de observatieperiode?

Is het haalbaar om de omgeving op deze manier te betrekken? Indien antwoord nee, hoe kunnen wij er dan voor zorgen dat het wel haalbaar is.
Weten hoe het eindproduct eruit komt te zien? Dus op papier, digitaal??

DPA Algemeen • Is een stroomschema • Als werkwijze in hoofd houden • Te gebruiken als inventarisatie • Herhaaldelijk bijhouden om verloop behandeling in kaart te brengen • Spelmateriaal van thuis bij playlike activiteiten om stukje wil te dekken • Verschil zien in spel tussen speelgoed van thuis en Adelante • DPA-R is om stappen te scoren	Observatielijst Algemeen • Observatielijst als houvast voor rapportage • Observatielijst in combinatie met filmpje • Observatielijst voor observatie in groep en therapie Observatiepunten observatielijst • Hoe grijpt kind dingen? • Hoe zit kind? • Met welk materiaal speelt kind? En hoe? • Waarom kan een kind het wel, maar doet het niet?
Algemeen design Algemeen • DPA & observatielijst in combinatie met video • DPA & observatielijst in combinatie met vrij spel • Integreren ICF-CY in participatie • Overkoepelend geheel wat een houvast biedt • Leidraad voor spel observatie • Een screeningstool die ET op de kaart zet • Ouders enthousiasmeren over input • Een observatiedocument die iets zegt over alle gebieden van ICF-CY • Digitaal en op papier • Open design houden, geen vaste scorelijst Thuis • Vragen om een video van spelsituatie thuis • Spelmateriaal van thuis gebruiken voor in therapie • Toegespitst op thuissituatie Leren en toepassen van kennis • Zintuigen • Gadeslaan • Luisteren • Aandacht (onder gadeslaan en luisteren) • Omgaan met materialen • Imiteren, hanteren en leren handelen met een voorwerp • Gaat over het kind zelf, niet hoe opdracht wordt overgebracht	Huidige observatie Zelfverzorging • Wordt niet standaard geobserveerd • Binnen de vroegrevalidatie geen vragen over zelfverzorging vanuit ouders • Zelfverzorging komt vaak terug in team 4-8 jaar • Ouders denken zelf vaak niet aan stukje zelfverzorging • Fysiek bij zelfverzorging met ouders aanwezig zijn is niet haalbaar • Ouders vinden filmen zelfverzorging bedreigend • Ouders denken wellicht niet na over meenemen van stukje zelfverzorging in observatie • Filmen komt over als beoordeling • Zelfverzorging nog hanteerbaar thuis op leeftijd tussen nul en vier jaar Gesprek ouders • In eerste week hoop je op minimaal een gesprek met ouders • Proberen instructiewijze aan ouders te leren • ET heeft geen vast stramien gesprek met ouders ICF-CY • Observatiepunten vallen niet onder maar een kopje • Observatiepunt wordt geplaatst onder meest passende kopje

Algemene taken en eisen • Starten, stoppen en wisselen tussen activiteit • Voldoen aan opdracht zoals geformuleerd door ET • Wat kind nodig heeft om activiteit uit te voeren • Soort ondersteuning • Invloed van ET zelf • Manier van leren • Samendoen, instructiewijze, soort activiteit • Hoeveelheid reminders voor uitvoering Mobiliteit • Indien probleem in zelfverzorging mobiliteit is, dit hier ook schrijven • Handgreep • Zithouding en samenwerking van handen Belangrijke levensgebieden • Spelen • Soort spel en spelfase Zelfverzorging • Leidraad voor in kaart brengen zelfverzorging • In kaart brengen eten, aan- en uitkleden • Verzorging door ouders in kaart brengen • Optioneel, liever spel observeren dan zelfverzorging • Observatie zelfverzorging mag aparte lijst zijn Assessments: • Eventueel aanvulling door fysio • Specifieke dingen bekijken met al bestaande assessment opties	Therapie • Stukje aandacht is gebaseerd op een-op-een observatie • In observatiefase analyseren waarom iets niet lukt • Observerend behandelen • Na observatie thuis redenen vinden waarom iets niet lukt Groep • Groepsleiding schrijft wat in groep opvalt • Proberen instructiewijze aan groep te leren REPD • Groepsleiding vult REPD in • Disciplines vullen elkaar aan, niet dubbel beschrijven • Eindgesprek niet met hele team, alleen belangrijkste personen • Andere disciplines doen nog geen video's
Optie toekomstige observatie Zelfverzorging • Zelfverzorging observeren zou grote meerwaarde kunnen zijn • Waardevol om observatie al tijdens vroegrevalidatie mee te nemen • Op video's krijgen van ouders • Waardevol om dit met video's vanuit de thuissituatie mee te nemen Thuis	

• Vaste videomomenten vragen • Afspreken welk soort spelmateriaal laten meenemen • Sneller in kaart brengen waarom iets thuis niet lukt • Generaliseren naar huis • Probleem in therapie aanpakken heeft geen zin, als de middelen er thuis niet voor zijn • Foto's van toegevoegde waarde • Foto van tafel, slaapkamer of speelplek vragen Gesprek ouders • Gesprek met ouders in de derde week • Gesprek met ouders einde van de dag • Positieve dingen in gesprek terugkoppelen • Praktische vragen aan ouders over spel, verzorgen en eten • Gesprek met andere disciplines ET • Eerste discipline die begint met screenen • Na onderzoek van RA, beginnen met COPM en/of PEDI • Probeert ouders te enthousiasmeren voor traject	
--	--

Bijlage 6: design 2.0

Observatieformulier

Algemene gegevens

Naam:

Geboortedatum:

Afnameperiode:



Figuur 1: Nederlandse vertaling door A. De Kloet (2005), gebaseerd op de DPA door Polatajko & Mandich (2004)

[illegible]

<i>Observatiepunten</i>	<i>Vrije observatie</i>	<i>Observatie door uitlokken</i>
<i>Gebruik van zintuigen</i> Kleur, licht, beweging externe omgeving, diepte, gadeslaan. Fysiek contact, textuur, warmte, vestibulair Geluiden, luisteren Aandacht Geur Opzoeken van specifieke prikkels		
<i>Nadoen</i> Imiteren, iemand nadoen Herhalen van gezichtsuitdrukking, gebaar of geluid of letters van het alfabet Papegaaien		
<i>Omgaan met materialen</i>		

Handelen met een of meer voorwerpen. Gooien en <u>vangen</u>, spelen met auto's, leegmaken en vullen, stapelen, ontdekken van eigenschappen van objecten, actie-reactie, objecten combineren om mee te spelen, objecten op een passende manier gebruiken, fantasiespel/ symbolisch spel, <i>Begripsvorming</i> Vierkant, rond, in, uit, voor, achter, naast.		
<i>Manier van leren</i> Op welke wijze leert een kind: nadoen, herhalen, verbale instructie, visuele stimuli		
<i>Rekenen:</i>		

Herkennen van cijfers, tellen		
<i>Ontwikkelen van vaardigheden</i> Weten hoe je iets moet vastpakken		
<i>Richten van aandacht</i> Doelbewust kunnen richten van aandacht, externe factoren kunnen onderdrukken		
<i>Denken</i> Spel zonder gerichte opdracht, bouwen uit zichzelf		

Observatiepunten	Vrije observatie	Observatie door uitlokken
<i>Ondernemen van eenvoudige taak</i> Vorbereiden Starten Organiseren van tijd, ruimte en materiaal Taak uitvoeren, volhouden en stoppen Wissel van activiteit		
<i>Voldoen aan opdracht</i> Interpretatie van de opdracht		
<i>Ondersteuningsbehoefte</i> Invloed van ET zelf, instructiewijze, samendoen, reminders, benodigdheden om opdracht uit te kunnen voeren <i>Routinehandelingen</i>		

Dagelijkse routinehandelingen uitvoeren		
Omgaan met veranderingen in dagelijkse structuur		
<i>Omgaan met eigen gedrag</i> Accepteren van iets nieuws		
Reageren op eisen		
Benaderen van personen of situaties		
Aanpassen		

Observatiepunten	Vrije observatie	Observatie door uitlokken
<i>Handmotoriek</i> Pakken, grijpen, manipuleren, loslaten Trekken, duwen, reiken, om- of ronddraaien van armen of handen, werpen, vangen Oog-handmotoriek, samenwerking tussen handen Object vasthouden in beide handen		
<i>Veranderen van basale lichaamshouding</i> Omrollen, knielen, zitten, staan Houding handhaven, van houding wisselen Uitvoeren van transfers		
<i>Dragen, verplaatsen en manipuleren van iets of iemand</i>		

Optillen, meenemen en neerzetten Zichzelf verplaatsen van ruimte Handfunctie beschrijven bij scheuren, kralen rijgen, schijven, kleuren, knippen etc.		
---	--	--

Observatiepunten	Vrije observatie	Observatie door uitlokken
<i>Spelen</i> Soort spel en spelfase Alleen spelen, kijken naar spelen, parallel spelen, samen spelen		
<i>Voorschoolse opleiding</i> Starten met voorschoolse opleiding, volhouden, vordering maken, beëindigen		

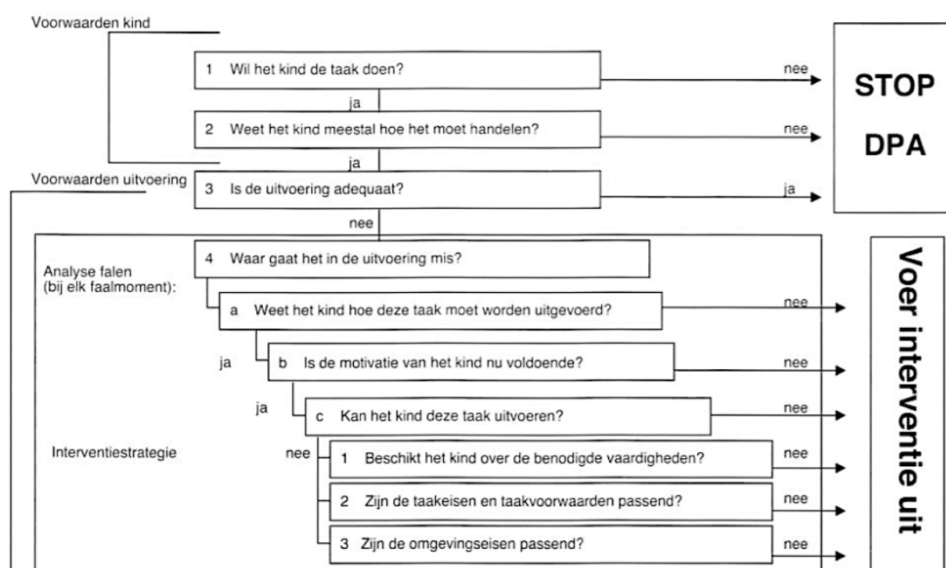
--	--	--

Observatiepunten	Vrije observatie	Observatie door uitlokken
<i>Basale tussenmenselijke interacties</i> Tolerantie, signalen in sociale relaties Initiatief nemen voor interactie Fysieke contact Onderscheiden van bekenden Voorkeur voor volwassenen of leeftijdsgenoten Verbale/non-verbale interactie		
<i>Complexe tussenmenselijke interacties</i>		

Aangaan van relaties, beëindigen van relaties Reguleren van eigen gedrag, zich gedragen volgens regels, bewaren van sociale afstand		
<i>Omgaan met onbekenden</i> Met volwassenen en leeftijdsgenootjes		
<i>Familierelaties</i> Ouder-kindrelatie, broer/zussen-relatie		

Bijlage 7: design 3.0

1. DPA



Figuur 1: Nederlandse vertaling door A. De Kloet (2005), gebaseerd op de DPA door Polatajko & Mandich (2004)

2. Observatielijst

Algemene gegevens

Naam: _____
 Geboortedatum: _____
 Afnameperiode: _____

Activiteiten die gezien zijn tijdens observatie:

Schroeven Rijen Kleuren Zoek spel
 Stapelen Kid K'nex Knippen Maxi Colorado
 Nabouwen Smart max Plakken Nijntje ballonnen
 Duplo/houten blokken Puzzelen Scheuren
 Anders, namelijk _____

Gedrag	Observatie
Nieuwsgierigheid	
Initiatief name	
Gevoel voor humor	
Plezier	
Plezier in uitdaging	
Spontaniteit	

Observatielijst

Observatiepunt	Gebied ICF-CY / PEO	Observatie	Belemmering voor participatie?
Spelfase - Imitatiespel - Fantasiespel - Samenspel	BL 		
Soort spelmateriaal	BL 		

Afkortingen en betekenissen

ATE = algemene taken en eisen, LTK = leren en toepassen van kennis, M = mobiliteit,
 TI = tussenmenselijke interacties, BL = belangrijke levensgebieden

Lichaamshouding	M		
- Stabiliseren - Oprichten - Positioneren			
Handelen volhouden	ATE		
- Uithoudingsvermogen - Tempo houden - Doelgericht werken - Aandacht	LTK 		
Planmatig werken	ATE		
- Voorbereiden - Starten - Organiseren (plan opstellen, structuur) - Continueren - Afronden			
Sensorische omgeving	LTK		
- Visuele prikkels (licht, kleur etc.) - Tactiele prikkels (texturen, temperaturen etc.) - Vestibulaire prikkels (schommelen, wiegen etc.) - Auditieve prikkels (volume, toonhoogte etc.) - Orale prikkels			
Ruimtelijk inzicht	ATE		
			
Arm-handfunctie:	M		
- Reiken - Grijpen - Manipuleren - Coördineren - Oog-handcoördinatie - Tweehandig werken			
Gebruik van objecten	LTK		
- Stapelen - In-/uitspel - Ontdekken van eigenschappen van	M ATE		

Afkortingen en betekenissen

ATE = algemene taken en eisen, LTK = leren en toepassen van kennis, M = mobiliteit,
 TI = tussenmenselijke interacties, BL = belangrijke levensgebieden

object (vorm, textuur, kleur etc.) – Actie-reactie – Objecten matchen met sensorische eigenschappen (kleur, grootte, vorm etc.) – Objecten combineren – Objecten op passende manier gebruiken – Dosereren – Problemen oplossen			
Exploreren van ruimte - Visueel - Fysiek	LTK 		
Gebruik van ruimte – Bewegen van speelgoed – Transporteren – Open/sluiten deur – Transfers – Zoeken/lokaliseren	M LTK 		
Contact met volwassenen - Verbale/non-verbale interactie - Reacties op volwassenen - Reageren op eisen gesteld door persoon	TI ATE 		
Contact met kinderen - Verbale/non-verbale interactie	TI 		

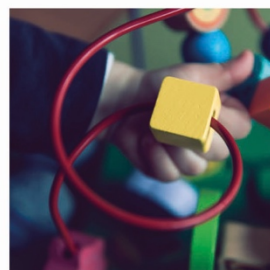
Afkortingen en betekenissen

ATE = algemene taken en eisen, LTK = leren en toepassen van kennis, M = mobiliteit,
 TI = tussenmenselijke interacties, BL = belangrijke levensgebieden

Ergotherapie Vroegrevalidatie

Wat doen wij?

Een van de disciplines die u tegenkomt bij de vroegrevalidatie is de ergotherapie. Samen met u én uw kind willen wij ervoor zorgen dat activiteiten zo zelfstandig mogelijk uitgevoerd kunnen worden. Om dit mogelijk te maken gaat de ergotherapeut eerst samen met u én uw kind kijken naar activiteiten die goed of minder goed gaan. Daarna is het belangrijk om te kijken waardoor dit komt. Dit zodat doelen gesteld kunnen worden voor de toekomst.



Hoe kunt u ons helpen?

Ieder kind is uniek. U bent de expert in het handelen van uw kind. Daarom vinden wij het belangrijk dat ook uw kennis in de observatieperiode wordt meegenomen. Op deze manier krijgen wij samen het beste beeld van de mogelijkheden van uw kind.

Om dit samen te kunnen bereiken hebben wij uw hulp nodig. Om een goed beeld te krijgen van de activiteiten die uw kind thuis uitvoert, zou u ons kunnen helpen door een video, foto en/of beschrijving te maken. Op deze video, foto en/of beschrijving mogen activiteiten staan waar u trots op bent en/of vragen over heeft. Deze zouden wij graag samen met u bekijken en bespreken.

Foto ideeën:

- Slaapkamer
- Eettafel
- Lieveleksplekje
- Kinderwagen
- Favoriete speelgoed
- Etc.

Video ideeën:

- Verzorging
- Favoriete spel
- Eten
- Etc.

Beschrijving ideeën:

- Uitvoering van spel
- Slaapkamer
- Uitvoering van verzorging
- Wat mist u?
- Etc.

VOORWOORD

Adelante Vroegrevalidatie in Valkenburg heeft de opleiding ergotherapie van Zuyd Hogeschool benaderd voor een afstudeeropdracht. De naam van deze afstudeeropdracht is "Optimalisatie van het huidige screeningsproces bij de vroegrevalidatie van Adelante Valkenburg". Hierin is onderzocht hoe het huidige screeningsproces, gericht op het activiteiten- en participatieniveau van het ICF-CY verbeterd kan worden.

Om deze optimalisatie mogelijk te maken is een Ergotherapeutische Observatie Vroegrevalidatie (EOV) ontwikkeld. In deze handleiding kunt u stap voor stap lezen hoe deze tot stand is gekomen en hoe deze in praktijk gebruikt kan worden.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	2
Inleiding	5
Ontwikkeling van de EOV	6
<i>Theoretisch kader</i>	<i>6</i>
ICF-CY	6
PEO-model	6
Toepassing ICF-CY binnen het PEO-model	7
Participatie	8
<i>Doorlopen proces</i>	<i>8</i>
Afname van instrument	10
<i>Benodigheden</i>	<i>10</i>
<i>Omgeving</i>	<i>10</i>
De groep	10
De therapie	10
Thuis	10
<i>Volgorde afname</i>	<i>10</i>
DPA	11
Observeren vrij spel	11
Observeren bekend spelmateriaal	12
Observeren uitlokken	12
Invullen van de lijst	13
<i>Ergotherapeutische Observatie Vroegrevalidatie</i>	<i>13</i>
Activiteiten	13
Gedrag	13
Definities observatiepunten	14
Literatuurlijst	18
Bijlage 1. Ergotherapeutische Observatie Vroegrevalidatie (EOV)	20
DPA	20
Observatielijst	21
Bijlage 2: Informatiefolder ouders beeldmateriaal	26

INLEIDING

De Ergotherapeutische Observatie Vroegrevalidatie (EOV) is ontwikkeld om de screeningsperiode van de vroegrevalidatie bij Adelante te Valkenburg te optimaliseren. Deze screeningsperiode wordt opgebouwd aan de hand van het ICF-CY. Om tot deze observatie te komen is, binnen het onderzoek, de focus gelegd op het activiteiten- en participatie-niveau van het ICF-CY.

Bij de huidige screeningsperiode ontbreekt de eenduidige werkwijze tussen de twee ergotherapeuten, daarnaast is er de vraag of de huidige meetinstrumenten waarmee gewerkt wordt nog actueel zijn. Ook missen de therapeuten een houvast om de doelgroep waar zij mee werken, kinderen tussen de nul en vier jaar oud, te observeren. Veel meetinstrumenten van de ergotherapie zijn gericht op een chronologische leeftijd. Echter bezitten de kinderen, die bij Adelante gescreend worden, het vaardigheidsniveau van hun chronologische leeftijd niet. Als laatste blijkt dat de omgeving van het kind momenteel nog te weinig wordt betrokken bij het screeningsproces. Een test, die voldoet aan alle bovenstaande eisen van de gebruikers, ontbrak tot op heden. Dit vormde de aanleiding tot de ontwikkeling van de EOV.

De EOV is ontwikkeld in samenwerking met de twee ergotherapeuten van de vroegrevalidatie in Adelante Valkenburg. Deze samenwerking heeft het mogelijk gemaakt om een observatieproces te ontwikkelen voor kinderen met een motorische en/of cognitieve achterstand, tussen de nul en vier jaar oud. In de EOV worden kinderen geobserveerd gedurende vrij spel in de groep, aan de hand van filmpjes, foto's en/of een beschrijving van thuis, of door uitlokkend spel in de therapie. De bijhorende observatielijst maakt het mogelijk om aan de hand van deze observaties aan de verschillende gebieden van het activiteiten- en participatieniveau van het ICF-CY een invulling te geven waarbij de therapeuten een eenduidige werkwijze gebruiken.

In deze handleiding wordt eerst beschreven welke fasen doorlopen zijn bij de ontwikkeling van de EOV. Vervolgens is omschreven hoe de EOV afname vorm gegeven moet worden. Tot slot wordt omschreven hoe de EOV ingevuld dient te worden.

ONTWIKKELING VAN DE EOV

In dit hoofdstuk kunt u allereerst het theoretische kader lezen voor de EOV. Daarna is omschreven welk proces er is doorlopen om tot de EOV te komen.

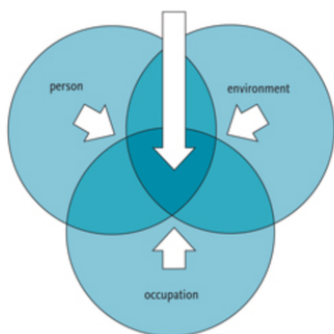
THEORETISCH KADER

ICF-CY

Het International Classification of Functioning, Disability and Health: Child and Youth (ICF-CY) omschrijft de kenmerken van het zich ontwikkelende kind en de invloed van de omgeving van het kind. Het biedt een raamwerk waarin de componenten zorgen voor een gemeenschappelijke taal binnen het interdisciplinaire team. Binnen het ICF-CY worden anatomische functies en eigenschappen, activiteiten- en participatieniveau en externe factoren onderscheiden (Centre, 2008b).

PEO-MODEL

Het Person, Environment and occupation-model (PEO-model) is een ergotherapeutisch model dat de relatie tussen handelen, de persoon en de omgeving zichtbaar maakt (Mary Law et al., 1996). Het gaat ervan uit dat tijdens de uitvoering van activiteiten, ofwel het handelen, een dynamische interactie plaatsvindt tussen de persoon en context. Het individu voert activiteiten, taken en rollen uit die hij of zij betekenisvol vindt en probeert hierbij te voldoen aan bepaalde verwachtingen (Le Granse, Logister-Proost, & Op de Beeck, 2012). Het PEO-model vormt dus een visueel overzicht van het leven van een kind.



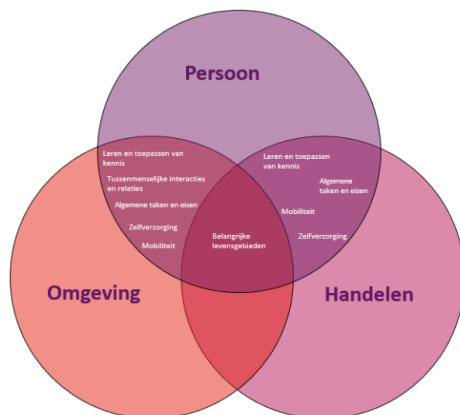
Figuur 1: PEO-model (Mary Law et al., 1996).

TOEPASSING ICF-CY BINNEN HET PEO-MODEL

In het REP-D van Adelante vroegvalidatie wordt met het ICF-CY gewerkt. Het PEO-model kan een visueel overzicht bieden van alles wat in het REP-D is opgenomen. Door de componenten van het ICF-CY in het PEO-model te voegen worden deze twee met elkaar verbonden (zie afbeelding 1). De componenten zijn als volgt geoperationaliseerd:

- **Leren en toepassen van kennis:**
Betreft het leren, toepassen van het geleerde, denken, oplossen van problemen en beslissen. Hieronder valt onder andere gadeslaan, luisteren, doelbewust gebruik van zintuigen, nadoen, leren door handelingen met voorwerpen, herhalen, ontwikkelen van vaardigheden, aandacht, oplossen van problemen. Binnen het PEO-model past leren en toepassen van kennis zowel tussen persoon en handelen als tussen persoon en omgeving. Het gaat namelijk altijd over hoe een kind leert en de kennis toepast binnen een activiteit of door het nadoen en herhalen van anderen (Centre, 2008a).
- **Algemene taken en eisen:**
Betreft de algemene aspecten van het uitvoeren van enkelvoudige of meervoudige taken, de dagelijkse routinehandelingen en omgaan met stress. Hieronder valt onder andere het ondernemen van enkelvoudige of meervoudige taken, beginnen met een taak, organiseren van tijd, ruimte en materiaal voor een taak, tempo houden, uitvoeren en afronden en het omgaan met eigen gedrag zoals het accepteren van iets nieuws of reageren op eisen. Binnen het PEO-model past algemene taken en eisen zowel tussen persoon en handelen als tussen persoon en omgeving. Het gaat namelijk over hoe de persoon een taak uitvoert en hoe hij reageert op anderen hierbinnen (Centre, 2008a).
- **Mobiliteit:**
Betreft het bewegen door het veranderen van lichaamshouding of van locatie, het van de ene plaats naar de andere gaan, dragen, verplaatsen en manipuleren van voorwerpen, lopen, rennen of klimmen en door het gebruiken van verschillende vormen van transport. Hieronder valt onder andere het veranderen van basale lichaamshouding (liggen, rollen, zitten, knielen, staan), handhaven van lichaamshouding, uitvoeren van transfers, optillen, iets meenemen en neerzetten, gebruiken van hand en arm (trekken, duwen, reiken, draaien), nauwkeurig gebruik van hand (pakken, grijpen, manipuleren, loslaten), zich verplaatsen. Binnen het PEO-model past mobiliteit zowel tussen persoon en handelen als tussen persoon en omgeving. Het gaat namelijk over de motoriek tijdens een activiteit en het bewegen in een ruimte (Centre, 2008a).
- **Tussensamenlijke interacties en relaties:**
Betreft het uitvoeren van acties en taken die nodig zijn voor basale en complexe interacties met personen, in overeenstemming met de context en cultuur. Hieronder valt onder andere basale tussensamenlijke interactie, in overeenstemming komen met de context, initiatief nemen tot aangaan van interactie, fysiek contact, bewaren van sociale afstand, omgaan met onbekenden, omgaan met kinderen, omgaan met volwassenen, kind-ouder relaties, broer-zus relatie. Binnen het PEO-model past tussensamenlijke interacties tussen persoon en omgeving. Het gaat namelijk over de interactie die de persoon met de omgeving aangaat (Centre, 2008a).
- **Belangrijke levensgebieden:**
Betreft het op zich nemen en uitvoeren van taken en acties in het kader van opleiding en spelen. Hieronder valt onder andere voorschoolse opleiding (leren op niveau van georganiseerde instructie thuis of in een groep, het leren van vaardigheden in een groep), deelnemen aan

spelen met spel materiaal en/of met anderen (alleen spelen, kijken naar spelen, parallel spelen, samen spelen). Binnen het PEO-model past belangrijke levensgebieden in het middelste gebied (het alles overkoepelende gebied). Het gaat namelijk over hoe de persoon speelt in de omgeving, of hoe de persoon handelt in een groep (Centre, 2008a).



Figuur 2: Componenten ICF-CY binnen het PEO-model

PARTICIPATIE

Participatie wordt door de World Health Organization (WHO) omschreven als 'iemand's deelname aan het maatschappelijk leven' (Centre, 2008b). Participatie van kinderen in het dagelijkse leven is essentieel voor gezonde ontwikkeling, sociale en fysieke competenties, sociaal-emotioneel welbevinden en gevoel van betekenis en doel in het leven (M Law et al., 2006). Bovendien vormt participatie een kernconcept binnen de ergotherapie. Het wordt binnen de ergotherapie dan ook steeds vaker als doel of uitkomstmaat gebruikt (Satink & Van de Velde, 2012). Vandaar dat participatie niet mag ontbreken in de observatieperiode van de vroegvalidatie.

DOORLOPEN PROCES

Om tot de EOV te komen is er gebruikt gemaakt van het User Centered Design (UCD) (Krishnaswami, 2017). Het UCD kenmerkt zich door intensieve samenwerking met de gebruikers van het toekomstige product. Door deze intensieve samenwerking voldoet het product aan de wensen en eisen van de gebruiker. Deze samenwerking is vormgegeven aan de hand van drie focusgroepen. In elke focusgroep is gediscussieerd over de onderwerpen die terug moeten komen in het uiteindelijke design. Tussen elke focusgroep is het design geoptimaliseerd, om te komen tot een resultaat, zoals deze nu is vormgegeven (Baarda et al., 2013).

AFNAME VAN INSTRUMENT

In dit hoofdstuk wordt omschreven hoe de EOv afgenomen wordt. Eerst wordt er besproken welke materialen er nodig zijn, vervolgens wordt de omgeving omschreven waarbinnen de EOv afgenomen kan worden, hierna komt de volgorde van afname aan bod en als laatste wordt besproken hoe de lijst van de EOv ingevuld dient te worden.

BENODIGDHEDEN

Voor het uitvoeren van de EOv zijn de volgende materialen nodig:

- Ergotherapeutische Observatie Vroegrevalidatie
- Informatiefolder voor ouders
- Pen
- Video/ filmpje/ omschrijving van ouders
- Spelmateriaal van thuis
- Ipad, telefoon en/of computer

OMGEVING

De EOv kan plaats vinden in 3 verschillende omgevingen: de groep, de therapie en thuis. Eventuele andere omgevingen kunnen meegenomen als deze relevant zijn voor de observatieperiode.

DE GROEP

Observatie in de groep gebeurt op verschillende momenten. Hierbij wordt het kind geobserveerd in de groep. De therapeut observeert hoe het kind speelt en handelt binnen de groep, met kinderen in de groep en met volwassenen in de groep.

DE THERAPIE

In de therapie vindt observatie van het spel van het kind plaats in een meer gecontroleerde omgeving, waarbij meestal alleen de therapeut aanwezig zal zijn en deze ook meer controle heeft over de factoren waarmee het kind in aanraking komt. Dit kan zowel spelmateriaal van thuis betreffen als spelmateriaal aanwezig in de therapieruimte.

THUIS

Het is vaak niet mogelijk om het kind thuis te observeren of om op huisbezoek te gaan. Om dit toch mee te kunnen nemen in de observatie is er gekozen voor het inbrengen van beeldmateriaal gemaakt door ouder(s)/ verzorgers en/of een beschrijving van de situatie. Zo kan er toch een beeld gecreëerd worden van de situatie thuis. Om de ouders hierin te ondersteunen is er een flyer met informatie over wat er in zo'n beschrijving en op beeldmateriaal vastgelegd kan worden en met de vraag om deze samen met ze te bekijken (zie bijlage 2). Deze kan aan de ouders meegegeven worden of digitaal verzonden worden.

VOLGORDE AFNAME

De observatie is opgedeeld in 4 delen: de **Dynamic Performance Analysis (DPA)** (Polatajko & Mandich, 2004), observeren van vrij spel, observeren van spel met bekend spelmateriaal en het observeren van uitgelokt spel en/of handelingen. Dit zorgt ervoor dat vrijwillig uitgevoerd spel en/of handelingen los geobserveerd kunnen worden van uitgelokt spel en/of handelingen. Er kan gekozen worden om de fases allemaal op een apart observatieformulier te noteren of allemaal op 1 formulier met daarop duidelijk aangegeven wat bij welke fase hoort. Bij de verslaglegging moet er wel duidelijk naar voren komen in welke fase het geobserveerde zich voordoet.

DPA

DPA is een observatieproces om erachter te komen wanneer de kwaliteit van uitvoering in het handelen achteruit gaat (Polatajko & Mandich, 2004). DPA is in elke situatie waarin een kind handelt toe te passen. De DPA is gebaseerd op het feit dat de uitvoering van een handeling gebaseerd is op de interactie tussen persoon, taak en omgeving. De DPA is een top-down benadering. Het stroomdiagram van DPA is opgesteld uit een aantal vragen die in een bepaalde volgorde aanbod komen om er in de observatie achter te komen waar de kwaliteit van uitvoering **achteruit gaat**. Wanneer het kind dus een activiteit uitvoert houdt de therapeut de vragen die achtereenvolgens aanbod komen in het stroomdiagram, als werkwijze in het achterhoofd (Polatajko & Mandich, 2004). Het stroomdiagram van de DPA bestaat uit 2 delen. De eerste twee vragen vormen de randvoorwaarden om de handeling uit te kunnen voeren. Indien deze randvoorwaarden er niet zijn is verdere observatie niet meer nodig. Om een uitspraak te kunnen doen over de uitvoering van handelingen van het kind, is het verstandig een andere activiteit te kiezen. Het tweede deel van het stroomdiagram gaat in op de vaardigheid die het kind heeft in de uitvoer van de activiteit. Indien de kwaliteit van de uitvoer achteruitgaat, kun je er via de vragen achter komen waar in de uitvoering dit gebeurt (Polatajko & Mandich, 2004). Binnen deze observatielijst kan de DPA dus als werkwijze worden meegenomen in het achterhoofd tijdens elk observatiemoment. Dit zal in elke fase van het observeren terugkomen.

OBSERVEREN VRIJ SPEL

Het observeren van vrij spel kan gedaan worden in de groep of via een opgenomen filmpje in een voor het kind bekende en vertrouwde omgeving.

Bij het vrije spel is het van belang om het initiatief van het spel bij het kind en/of niet geïnstrueerde speelkameraadjes te leggen. De therapeut neemt alléén deel aan het spel als het kind hiertoe initiatief neemt. De therapeut speelt dan alleen mee en neemt géén initiatief in het spel.

Beeldmateriaal

De omgeving van het kind speelt een belangrijke rol. Door het analyseren van vrij spel middels beeldmateriaal wordt de omgeving van het kind meegenomen. Daarnaast wordt deze, indien mogelijk, samen met de ouders geanalyseerd. Hierbij is het heel belangrijk dat de analyse van de ouder(s) gehoord wordt en meegenomen wordt in de eigen analyse van de therapeut.

Aan het begin van de analyse wordt aan de ouder(s) aangegeven dat het geen beoordelingsmoment is van hun functioneren, maar dat het veel informatie verschaft van het kind en dat hun invulling belangrijk is bij het scheppen van een beeld van het kind. Vragen die aan ouder(s) gesteld kunnen worden om de video-analyse op gang te brengen zijn:

- Kunt u mij vertellen wat ik op de video zie en waarom u hier een video van heeft gemaakt?
- Wat ziet u?
 - Wat gaat er goed?
 - Wat gaat er minder goed?
- Waardoor denkt u dat ... goed gaat?
 - Zijn er bepaalde dingen die u doet/ zegt die hiervoor zorgen?
- Waardoor denkt u dat ... minder goed gaat?
 - Zijn er bepaalde dingen die u doet/ zegt die hiervoor zorgen?
- Gebeurt ... altijd?

Vragen die aan ouder(s) gesteld kunnen worden om de foto-analyse op gang te brengen:

- Wat valt u op?
- Zijn er dingen op de foto die uw kind helpen met activiteiten?
- Zijn er dingen op de foto die uw kind belemmeren tijdens activiteiten?

Na de analyse van de ouders kunt u aanvullingen doen met behulp van de observatielijst en vragen of deze kloppen.

OBSERVEREN BEKEND SPELMATERIAAL

Bij observatie met het bekende spelmateriaal is het van belang dat er spelmateriaal wordt gebruikt dat het kind al langere tijd kent en eventueel zelfs een voorkeur voor heeft. Hierbij kan er gekozen worden om aan ouders/verzorgers te vragen om spelmateriaal van thuis mee te nemen, voor de observatie in de therapie, of een filmpje van het kind in een bekende en vertrouwde omgeving. Ook hierbij neemt de therapeut alléén deel aan het spel als het kind hiertoe initiatief neemt. De therapeut speelt dan alleen mee en neemt géén initiatief in het spel.

OBSERVEREN UITLOKKEN

Bij het uitlokken van bepaalde handelingen of bepaald spel neemt de therapeut wel een actieve rol aan in het spel. Hierbij wordt er gekeken of een kind bepaalde handelingen of bepaald spel kan uitvoeren door een bepaalde handeling te verrichten. Hierbij is het wel belangrijk aan te geven dat het kind het kan, maar laat dit handelen niet op eigen initiatief zien ("Middelgroot woordenboek: Nederlands," 2009).

INVULLEN VAN DE LIJST

De observatielijst is ingedeeld in 4 kolommen. Links staan de observatiepunten, ernaast in welk gebied van ICF-CY en het PEO-model dit hoort, vervolgens ruimte om de observatie te noteren en als laatste of het geobserveerde een probleem vormt voor de participatie het komende halfjaar.

De observatiepunten zijn ingedeeld in 13 categorieën met hieronder de verschillende observatiepunten die onder deze categorie vallen. De observatiepunten staan uitgelegd onder 'Definitie observatiepunten'.

De gebieden van het ICF-CY zijn in afkortingen genoteerd in de tabel. Deze staan erachter genoteerd om duidelijkheid te creëren waar het genoteerde onder valt binnen het ICF-CY. De afkortingen van de gebieden zijn, voor het gemak, te vinden onder iedere pagina.

In dezelfde kolom als de ICF-CY gebieden is ook een afbeelding van het PEO-model te vinden. Hierin wordt met een zwarte arcering aangegeven in welk segment van het PEO-model deze observatiepunten zich bevinden.

De belemmering van de participatie wordt achter ieder opvallend of afwijkend observatiepunt genoteerd. Vraag je bij ieder punt af of dit ook een belemmering voor de participatie van het kind vormt op het ontwikkelingsniveau waarop hij/zij zich nu bevindt. Vormt dit observatiepunt het komende half jaar geen probleem voor de participatie, dan hoeft dit niet meegenomen te worden als therapiedoel.

ERGOTHERAPEUTISCHE OBSERVATIE VROEGREVALIDATIE

ACTIVITEITEN

In de observatielijst worden veelvoorkomende activiteiten benoemd die een kind tussen de nul en vier jaar uitvoert. Hier kan omcirkeld worden welke activiteiten aanbod komen tijdens de observatie. In fase 3 kunnen deze activiteiten houvast bieden als mogelijke activiteiten om observatiepunten uit te lokken. Indien de gekozen activiteit niet in het rijtje staat, kan deze bij 'anders' worden ingevuld.

GEDRAG

In de observatielijst wordt voornamelijk aandacht geschonken aan motorische en cognitieve ontwikkeling van het kind. Door ook te kijken in de observatie naar het gedrag wat het kind vertoont vanuit zijn karakter komt een stuk sociale en emotionele ontwikkeling aanbod. Kinderen nemen rollen aan binnen spel en leren op die manier emoties en regels kennen. Ze leren dat hun gedragingen een effect hebben op de omgeving, op andere kinderen of op volwassenen. Je wilt ook weten hoe kinderen zich in verschillende spelsituaties gedragen en welke invloed de omgeving hierop heeft, vandaar dat de observatie van gedrag in elke fase terugkomt (Van den Bosch & Duvekot-Bimmel, 2017).

De volgende punten komen terug in de observatie van gedrag:

Nieuwsgierigheid:

In welke mate is een kind nieuwsgierig richting de voorwerpen, mensen en ruimte om hem/haar heen? Of komt het kind onverschillig over (Ferland, 2005)?

Initiatief name:

In welke mate neemt een kind initiatief ten aanzien van spel en/of contact met anderen? Of is het kind afhankelijk van acties van anderen (Ferland, 2005)?

Gevoel voor humor:

In welke mate toont een kind dat ze humor hebben? Laten ze merken dat ze een komische situatie begrijpen en kunnen waarderen? En dat ze het leuk vinden om te lachen (Ferland, 2005)?

Plezier:

In welke mate zie je dat het kind plezier heeft of de situatie kan doorstaan zonder er plezier in te hebben (Ferland, 2005)?

Plezier in uitdaging:

In welke mate heeft het kind het vermogen om risico's te nemen, nieuwe ervaringen te proberen en nieuwe uitdagingen aan te gaan (Ferland, 2005)?

Spontaniteit:

In welke mate is het kind spontaan in zijn of haar acties en reacties? Of is het kind terughoudend en voorzichtig (Ferland, 2005)?

DEFINITIES OBSERVATIEPUNTEN
Spelfase

Praktisch spel

Symbolisch spel

Constructief spel

Rol spel (rule??)

Solitary play

Parallel spel: Het kind neemt deel aan doelgerichte, aanhoudende activiteiten met objecten, speelgoed, materiaal of spellen, in aanwezigheid van anderen, zonder aan hun activiteiten deel te nemen (Centre, 2008a).

Associatief spel

Coöperatief spel

Soort spelmateriaal

De therapeut geeft een korte omschrijving van het soort spelmateriaal waar het kind graag mee speelt in vrij spel momenten.

Lichaamshouding

Stabiliseren: Het kind houdt controle over de romp en balans tijdens het bewegen in de ruimte en tijdens het omgaan met voorwerpen, zodat er voor het uitvoeren van de taak geen reden is om kortstondig te moeten steunen of om de balans te verliezen (Zalmstra & Stomph, 2012).

Oprichten: Het kind houdt een opgerichte zittende of staande houding tijdens het uitvoeren van de taak (Zalmstra & Stomph, 2012).

Positioneren: Het kind positioneert het lichaam, de armen of de rolstoel ten opzichte van voorwerpen en doet dit op een zodanige manier, dat hij tijdens het uitvoeren van de taak efficiënte armbewegingen gebruikt (Zalmstra & Stomph, 2012).

Handelen volhouden

Uithoudingsvermogen: Het kind houdt de taak vol en maakt deze af zonder duidelijk zichtbare tekenen van lichamelijke vermoeidheid, rustpauzes of stoppen om op adem te komen (Zalmstra & Stomph, 2012).

Tempo houden: Het kind behoudt een gelijkmatig en effectief tempo van werken gedurende de onderdelen van de gehele taak (Zalmstra & Stomph, 2012).

Doelgericht werken: Het kind voert doelgericht de onderdelen van de taak uit, zodat de taak met het van tevoren afgesproken resultaat wordt voltooid (Zalmstra & Stomph, 2012).

Aandacht: Het kind schenkt dusdanig aandacht aan de taak dat hij niet wordt afgeleid door niet ter zake doende prikkels (Centre, 2008a; Zalmstra & Stomph, 2012).

Planmatig werken

Voorbereiden: Het kind verzamelt de benodigde materialen (Zalmstra & Stomph, 2012).

Starten: Het kind begint met of zonder aarzelingen aan de activiteit (Zalmstra & Stomph, 2012).

Organiseren: Het kind positioneert of rangschikt gebruiksvoorwerpen en materialen op een ordelijke wijze binnen één werkplek (Zalmstra & Stomph, 2012).

Continueren: Het kind voert opeenvolgende handelingen uit zonder onnodige onderbreking, het kind gaat door met de activiteit totdat hij af is (Zalmstra & Stomph, 2012).

Afronden: Het kind stopt met het uitvoeren van de handeling zodra deze klaar is (Zalmstra & Stomph, 2012).

Sensorische omgeving

Visuele prikkels: De interesse of reactie van het kind in wat hij/ zij ziet (Ferland, 2005).

Tactiele prikkels: De prikkels die voornamelijk binnenkomen door receptoren op de huid en het haar zoals druk, trilling en beweging en de interesse of reactie die dit opwekt van het kind op bijvoorbeeld aanrakingen, gevoel van verschillende structuren, vibraties (Ferland, 2005; Kranowitz, 2007).

Vestibulaire prikkels: Prikkels die invloed hebben op de zwaartekracht, het evenwicht, de positie van het hoofd, ogen en lichaam en de interesse of reactie die dit van het kind opwekt bij activiteiten zoals bewogen worden, schommelen, wiegen (Ferland, 2005; Kranowitz, 2007).

Auditieve prikkels: Prikkels van geluiden te ontvangen, onderscheiden, herkennen, begrijpen en de interesse of reactie van het kind op verschillende geluiden (Ferland, 2005; Kranowitz, 2007).

Orale prikkels: Prikkels die binnenkomen in de mond door bepaalde texturen en smaken en de interesse of reactie van het kind hierop (Kranowitz, 2007).

Ruimtelijk inzicht

Het kind kan zichzelf en voorwerpen positioneren en oriënteren in een ruimtelijk omgeving (WizWijs, 2019).

Armhandfunctie

Reiken: Het kind beweegt zijn arm(en) en, indien nodig, de romp, om effectief voorwerpen die buiten zijn directe handbereik zijn, te pakken of te plaatsen (Zalmstra & Stomph, 2012).

Grijpen: Het kind grijpt voorwerpen, zonder dat deze uit zijn hand(en) schieten (Zalmstra & Stomph, 2012).
Manipuleren: De verschillende behendige grijp- en loslaat patronen die het kind laat zien tijdens het omgaan met voorwerpen (Zalmstra & Stomph, 2012).
Coördineren: Het kind gebruikt twee of meer lichaamsdelen tegelijk om voorwerpen te stabiliseren en om met voorwerpen te manipuleren (Zalmstra & Stomph, 2012).
Oog-hand coördinatie: de afstemming tussen handelingen die het kind uitvoert op wat hij/zij met de ogen waarneemt en omgekeerd ("Oog-handcoördinatie," 2019).
Tweehandig werken: Het kind gebruikt twee handen samen om een activiteit uit te voeren (Chien, Brown, & McDonald, 2016).

Gebruik van objecten

Stapelen: Het kind legt enkele voorwerpen min of meer recht op elkaar ("Middelgroot woordenboek: Nederlands," 2009).
In/ uitspel: Het kind vult en leegt een object. Zie dit niet als vullen en leeggieten, maar het in- en uitladen van spullen of objecten (Ferland, 2005).
Ontdekken van eigenschappen van object: Het kind probeert een object anders te ontdekken dan visueel (Ferland, 2005).
Actie-reactie: Het kind probeert te begrijpen hoe objecten werken. Met andere woorden het kind zoekt naar een oorzaak en gevolg (Ferland, 2005).
Objecten matchen: Het kind kan voorwerpen paren op basis van de eigenschappen van het object (Ferland, 2005).
Objecten combineren: Het kind gebruikt verschillende objecten samen in een spelsituatie (Ferland, 2005).
Objecten op een passende manier gebruiken: Het kind gebruikt voorwerpen op de manier waarvoor zij bedoeld zijn (Ferland, 2005).
Doseren: Het kind reguleert de kracht, snelheid en omvang van bewegingen tijdens het omgaan met voorwerpen (Zalmstra & Stomph, 2012).
Problemen oplossen: Het kind vindt verschillende manieren om een probleem op te lossen (Ferland, 2005).
Exploreren van de ruimte
Visueel: Het kind verkent de ruimte op zicht ("Middelgroot woordenboek: Nederlands," 2009), door rond te kijken.
Fysiek: Het kind verkent lichamelijk de ruimte ("Middelgroot woordenboek: Nederlands," 2009), door middel van lopen, voelen, kruipen.

Gebruik van ruimte

Bewegen van speelgoed: Het kind duwt, trekt of sleept voorwerpen over een ondergrond, zonder zichzelf te verplaatsen (Ferland, 2005) (Zalmstra & Stomph, 2012).
Transporteren: Het kind draagt voorwerpen van de ene naar de andere plaats tijdens het lopen, lopen met looprek of zittend in een rolstoel (Zalmstra & Stomph, 2012).
Open/sluiten van deuren: Het kind opent of sluit een deur (Ferland, 2005).
Transfers: Het kind verplaatst materialen in een ruimte ("Middelgroot woordenboek: Nederlands," 2009).
Zoeken/lokaliseren: Het kind zoekt en vindt gebruiksvoorwerpen en materialen op een logische manier (Zalmstra & Stomph, 2012).

Contact met volwassenen

Verbale/ non-verbale interactie: Het kind communiceert mondeling of met lichaamstaal ("Middelgroot woordenboek: Nederlands," 2009).
Reactie op volwassenen: De reactie van het kind op wat de volwassenen om hem/haar heen doen (Ferland, 2005).
Reageren op eisen gesteld door een persoon: De manier waarop het kind reageert op daadwerkelijke of veronderstelde verwachtingen of eisen vanuit de taak of persoon (Centre, 2008a).

Contact met kinderen

Verbale/ non-verbale interactie: Het kind communiceert mondeling of met lichaamstaal ("Middelgroot woordenboek: Nederlands," 2009).

Focusgroep 3

De laatste focusgroepdiscussie. Het doel is om erachter te komen wat jullie indruk is van het design zoals het nu voor jullie licht en of er nog aanpassingen nodig zijn zodat het voldoet aan jullie wensen en het bruikbaar is.

Inhoud

- Conclusie focusgroep 2
- Ontwikkeling resultaat
- Discussie
 - Observatielijst
 - Informatiefolder
 - Handleiding
- Algemene vragen
- Conclusie

Allereerst zullen we terugkomen op de conclusie van de vorige focusgroepdiscussie. Vervolgens zullen we jullie meenemen in de ontwikkelingen die tussen de vorige en deze focusgroepdiscussie hebben plaatsgevonden om te komen tot dit design. Maar de meeste tijd willen we natuurlijk besteden aan de discussie, waarin we samen met jullie de observatielijst, de informatiefolder en de handleiding willen doornemen. We willen nog vijf tot tien minuten overhouden voor een aantal algemene vragen en om een conclusie te trekken uit deze focusgroepdiscussie.

Conclusie focusgroep 2

- DPA
- Aanvullende observatielijst
- Beeld- en spel materiaal van thuis
- Gebruik van ICF-CY
- PEO-model
- Zowel papier als digitaal

Uit de vorige focusgroepdiscussie kwam naar voren dat de DPA als werkwijze in het achterhoofd gehouden zal worden tijdens de observatie, maar hier wel een aanvullende observatielijst bij nodig was. Verder wilden jullie gaan werken met beeld- en spel materiaal van thuis. Ook hebben we op een rijtje gezet welke observatiepunten er onder welke component van de ICF-CY naar voren moeten komen. Natuurlijk moest ook het PEO-model in het design naar voren komen. Tot slot moest het design zowel op papier als digitaal beschikbaar zijn.

Ontwikkeling resultaat

- **Brainstorm sessie inhoud**
- **Brainstorm sessie opbouw**
- **Eerste opzet**
- **Tweede opzet**

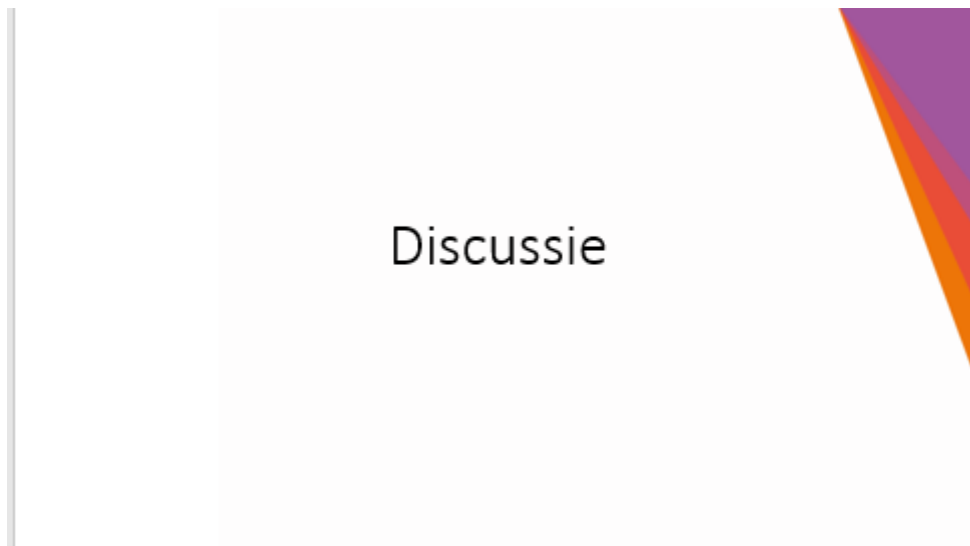
Allereerst heeft er een brainstorm plaatsgevonden over de inhoud van de observatie. Hieruit kwam de conclusie dat delen van de bestaande lijsten samen mogelijk een goed instrument vormen, in combinatie met de observatiepunten die jullie graag terug zouden zien.

Daarna zijn we in diezelfde brainstorm gaan sparren over de opbouw van het document. Hieruit kwam naar voren dat wij graag een tabelvorm zouden zien. Het moest duidelijk zijn onder welk kopje van de ICF-CY elk observatiepunt zou vallen, over welk gebied van het PEO-model een uitspraak gedaan wordt en of het een belemmering vormt voor de participatie. Als laatste moest er natuurlijk ruimte zijn om het geobserveerde te kunnen schrijven.

Met behulp van bovenstaande informatie hebben wij een eerste opzet gemaakt. Hieruit kwam naar voren dat we ook al snel de neiging hadden om alles op functieniveau te omschrijven. Daarom zijn we naar een tweede opzet gaan zoeken, ook hierbij heeft een brainstorm plaatsgevonden. Deze tweede opzet zullen wij zometeen aan jullie presenteren.

Om deze opzet te begrijpen en te gebruiken, hebben wij een handleiding gemaakt, ook deze gaan wij zo samen doornemen. De vormgeving van de handleiding dient nog aan gewerkt te worden. Het gaat nu puur om de inhoud.

Natuurlijk was het ook van belang dat we het spelmateriaal en beeldmateriaal zouden gaan gebruiken in deze observatie. Om jullie hiermee op weg te helpen hebben wij een informatie folder gemaakt welke aan ouders gegeven kan worden. Hierbij moet het stukje van de AVG nog worden toegevoegd.



Dan zouden we jullie nu graag vijf minuten de tijd geven om een eerste blik te werken op de documenten en om van de handleiding bladzijde tien tot en met twaalf door te lezen, waarin de opbouw van de observatie naar voren komt. Het gaat met name om de inhoud, de lay-out moet nog aangepast worden. Dan willen we hierna er met jullie wat dieper op ingaan en de discussie hierover aangaan.

Discussievragen die aanbod moeten komen:

- Wat is jullie eerste indruk hierop? Is het duidelijk wat het inhoudt? Hoe het in zijn werk gaat?
- Vragen die wij nog hebben:
 - o Welke invulling geven jullie aan de spelfases?
 - o Hoe zien jullie het design digitaal voor jullie?
 - o Willen jullie alles in een lijst of continu een nieuwe lijst gebruiken.
 - o Hoe willen jullie beeldmateriaal verwerken i.v.m. privacy
- Werkbaar op deze manier?
- Zien jullie het zitten dat een andere groep/opdracht het vervolg hiervan opneemt?
- Op welke manier moet data storage plaatsvinden?
 - o USB
 - o C-schijf
 - o Bij Zuyd
- Hebben jullie iets aan een lege lay-out voor de folder?
- Als jullie de handleiding nog doorlezen voor het liefst donderdag, dan kunnen wij de feedback eventueel nog aanpassen voor het concept

Folder ouders Opmaak • Ziet er leuk uit • Goede hoeveelheid tekst • Niet veel tekst, spreek wel • Folder mag niet zo uitgegeven worden • Leveren als word-document met alleen tekst • Logo Adelante mag er niet in • Als platte tekst met foto's sturen • Foto's rechten vrij • Folder zonder logo aanleveren voor communicatie • Zet je kind in de kijker als titel • Optie titel: 'Je kind kan het zelf' • Navragen welk sjabloon of template standaard gebruikt wordt Inhoud • Folder geeft ouders idee wat ze kunnen vragen van de ET • Ouders hebben vaak nog nooit van ET gehoord • Folder biedt inzicht in rol ET • Duidelijker kaders wat ET doet • Kaders ET niet doel van de folder • Doel folder is informatie vragen van ouders • Duidelijk wat je van ouders verwacht • Ouders moeten weten wat ze aan ET kunnen vragen om foto's te kunnen maken • Motorisch, fijn motorisch, verplaatsen, zelfredzaamheid, verzorging als omschrijven ET • Voorzieningen als omschrijving ET • Voorbeelden geven van activiteiten als omschrijving ET • Met andere spelen terug laten komen • Voorbeelden over spelen • Specifiekere voorbeelden voor de ouders • Favoriet speelgoed goed in folder • Zitten aan tafel i.p.v. eettafel • Speelplekje, lievelingsplekje, speelhoek toevoegen • Kinderwagen niet • Verplaatsing binnen- en buitenshuis erin zetten • Op informatiefolder van ouders staat wel verzorging	Observatielijst Werken met DPA • Woord 'falen' veranderen in DPA • Woord 'falen' staat in literatuur • Woord 'falen' klinkt negatief • Bijbehorende scorelijst DPA • DPA is een officiële observatielijst • Er mag niet maar een deel van de DPA uitgeknipt worden weergegeven • Voordeel van DPA is vrije observatie • DPA en observatielijst samenvoegen • DPA is bedoeld om één spelsituatie te bekijken met ouders of alleen als ET • DPA kijkt hoe loopt spel, gaat het mis en waar binnen PEO-model gaat het mis • Aan DPA is geen concrete spelsituatie verbonden Spel • Misschien een optie spel of activiteiten in leeftijdscategorieën opdelen • Vanuit spelvorm werken in observatielijst • Vaste spelactiviteiten meenemen in observatielijst • Spel wordt gebruikt om invulling aan observatiepunten te geven • Veel voorkomende activiteiten staan boven tabel • Bloemstapelblokken of insteekpennen toevoegen aan observatielijst • Observeren spelfase en spelmateriaal leuk voor observeren met spelmateriaal van thuis • Observeren spelfase en spelmateriaal leuk om te zien wat kind in de groep kiest • Spontane spel beschrijven bij spelfase en spelmateriaal Lay-out • EOLV moet vormgegeven worden zodat het bruikbaar is voor de gebruiker • Vakken EOLV groter maken • EOLV liggend op pagina weergeven • Meer pagina's door EOLV liggend weer te geven is geen probleem • Lettertype hoeft niet groter • EOLV digitaal in Word • Voordeel EOLV mee typen in Word is mogelijkheid observatie knippen en plakken in
---	---

• Foto van verzorgingsruimte thuis Beeldmateriaal • Iets over beeldmateriaal in folder • Beeldmateriaal eventueel aanleveren via USB-stick • Beeldmateriaal eventueel zenden via We Transfer • Er lopen pilots voor het opslaan van beeldmateriaal in een digitale omgeving • Filmpjes samen met ouders op hun telefoon of iPad bekijken	REP-D en automatisch mee schuiven van vakken • Met gekozen activiteit boven de tabel moeten alle observatiepunten ingevuld kunnen worden • Voordeel EOLV is bepaalde gebieden waaraan je een conclusie kunt koppelen • Niet alles hoeft altijd ingevuld te worden • De observatiepunten in de EOLV moeten er met de reden instaan om ingevuld te worden • In therapie rest van de tabel invullen • Met aanpassing is alles werkbaar • Eén observatielijst gebruiken voor gehele observatieperiode en doorstrepen welke activiteit al gedaan is • Indien ET eigen device heeft dan observatie mee typen in Word Zelfverzorging • Verzorgingssituatie verwerken in EOLV • Onder de tabel van spelobservatie een kleine tabel voor zelfverzorging toevoegen • Observatie verzorgingsruimte thuis ergens kunnen wegschrijven • Door één blokje zelfverzorging toe te voegen is EOLV compleet • Kleden, toiletgang, verzorgen en eten en drinken moet terugkomen in observatielijst Gedrag • Gevoel voor humor is een bijzonder observatiepunt voor kinderen onder de vier jaar • Alleen de vierjarigen met een hoog niveau kunnen met humor iets • Snappen van een grapje hoeft nog niet onder de vier jaar • Aanvaarden van hulp, frustratieopbouw in gedrag tabel • Gedrag voor humor vervangen door aanvaarden van hulp • Frustratie valt onder plezier in uitdaging • Frustratie met streepje onder plezier in uitdaging
Handleiding Lay-out • Fijne regelafstand • Goed lettertype • Times New Roman niet te lezen • Volgorde van afnemen vervangen door wijze van afname	Huidige observatie Informatie ET • Ouders krijgen nu geen standaard informatiefolder over ET • Niet bekend wie uitleg geeft over ET aan begin observatieperiode • Indien ouders gesprek hebben met ET, dan legt ET zelf uit wat ze doen

Definities observatiepunten • In de handleiding staan definities observatiepunten • Bij onduidelijkheid observatiepunt definitie zoeken in handleiding • Definities observatiepunten in handleiding fijn • Definities van spelfases afkomstig van LUDI-training • Rule spel is spel met regels • Rolspel komt terug in spel met regels, symbolisch spel en coöperatief spel • In doorgestuurde presentatie van LUDI staan definities spelfases Definities gedrag • Gevoel voor humor opvatten als het snappen van een grapje • Frustratie onder plezier in uitdaging in handleiding zetten DPA • Bij DPA is kwaliteit van uitvoer die achteruitgaat niet duidelijk • De kwaliteit van uitvoer stagneert in plaats van uitgaan • Iets in de trant van falen/ stagneren bij kwaliteit van uitvoer die achteruitgaat • Duidelijkheid dat het gaat over kwaliteit van uitvoer binnen de activiteit	• Bij intake geen gedetailleerde uitleg ET Resultaten observatie • Binnen vroegrevalidatie blij met cijfertjes uit screening • Cijfers missen nu Uitvoering observatie • Nu geen verplichte observatielijsten of assessments die afgenomen moeten worden • Alleen REP-D moet ingevuld worden • Voordeel van maar twee ET is makkelijk afstemmen • In therapie is observatie van geconstrueerd spel • Sociale en cognitieve spelfases worden nu gebruikt • ET observeert ook zelfverzorging • Observatie zelfverzorging waardevol • Observatie schrijven gaat tijd in zitten door dubbel werk
Toekomstige observatie DPA • Indien observatielijst is ingevuld, kan ook deels DPA ingevuld worden • Leuk om te weten waar binnen het PEO-model het mis gaat • Met DPA bekijken waarom iets in de ene situatie wel lukt en in de andere niet • DPA en observatielijst tegelijk afnemen • Filmpje kijken en DPA scoren dan nog eens kijken voor observatielijst invullen • Indien mogelijk DPA scoren en al meteen observatielijst invullen • Bepaalde verdiepende observatiepunten kunnen al meteen worden meegenomen in observatielijst naast DPA • Meteen observatielijst invullen bij observatie DPA • Met observeren van spel met observatielijst kan de observatie van DPA worden uitgebouwd	Afronding onderzoek Presentaties • Presentatie nieuwe observatie in team door afstudeerprojectteam • Wijziging van werkwijze in team presenteren • Het hele proces presenteren • 1 juli 8:30 half uur presentatie afdeling ET • 26 juni om 8.00 half uur presentatie team Data-storage • Zuyd mag datastorage doen Vervolg • Na de zomer uitproberen, daarna nieuwe groep • Kan ook met innovatiebudget

Bijlage 10: Informed consent

Geachte deelnemer,

Middels dit formulier wil ik uw toestemming vragen voor het maken van een audio-opname tijdens de focusgroepen ten behoeve van ons afstudeerproject "Vroeg revalidatie Adelante". Tijdens deze focusgroepen zullen wij u informatie verschaffen, waarover gediscussieerd zal worden om tot een onderzoeksrapport te komen. Om de verkregen informatie zo goed mogelijk te gebruiken zouden wij van deze focusgroepen graag een audio-opname maken. Deze opname zal na afloop getranscribeerd worden. De namen van de deelnemer zullen hierbij pseudoniem verwerkt worden. Na afloop van deze transcriptie zal de audio-opname verwijderd worden.

Met vriendelijke groet,

Naomi Otten, Britt Sijben en Anne Wijshoff

Toestemmingsformulier (Informed Consent)

Voor de deelnemer:

Ik verklaar hierbij dat ik op een voor mij duidelijke wijze ben geïnformeerd over de aard, methode en doel van deze focusgroep

Ik begrijp dat:

☐ Er audio-opnames gemaakt worden van deze focusgroep

☐ De gegevens pseudoniem verwerkt worden

☐ De audio-opname van deze focusgroepen na transcriptie vernietigd wordt.

Ik verklaar dat:

☐ Ik ervan op de hoogte van dat de uitkomsten van deze focusgroep verwerkt worden in een onderzoeksrapport

☐ Ik toestemming geef om het interview op te laten nemen door middel van een voice-recorder

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening:

Voor de onderzoeker:

Wij verklaren hierbij dat wij de deelnemers zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd hebben over het doel, het gebruik en de verwerking van de gegevens die naar voren komen uit de audio-opname van de focusgroepen.

Namen onderzoekers: Naomi Otten, Britt Sijben en Anne Wijshoff

Datum:

Handtekening Onderzoekers

Naomi Otten

Britt Sijben

Anne Wijshoff