

van der Veer: memo “analyses process” in Dutch.

## Memo analyseproces

Geschreven door Ingrid van der Veer, 1<sup>ste</sup> auteur van het artikel, tijdens het analyseren van de data.

Er zijn 4 beoordelaars: ik (IV) en 3 getrainde masterstudenten (LB, YK, IR)

Alle interviews zijn door 2 personen onafhankelijk van elkaar gecodeerd en vervolgens heeft afstemming plaatsgevonden.

- Individuele interviews 1 tm 6: Beoordelaar 1 = IV, Beoordelaar 2 = een van de studenten
- Individuele interviews 7 tm 12: zijn geanalyseerd door 2 masterstudenten en gecontroleerd door IV
- Focusgroepen: Beoordelaar 1 = IV, Beoordelaar 2 = een van de masterstudenten

**18-2-2022**

### Individuele analyse interviews 1 tm 3

Het beluisteren, maken van algemene notities en lezen transcripten in grote lijn had ik al gedaan. Vandaag van alle 3 de open codering gedaan:

- 3 op dezelfde dag is te veel om goed gefocust te blijven.
- Th3 had zich ingelezen (zie memo na interview): hierdoor moeilijk te coderen.

De onderzoeksvraag en daarmee de focus van analyse is duidelijk:

- Het coderen van de kindfactoren met keuze is redelijk helder
- Het coderen van de taakfactoren met keuze is moeilijker:
  - Therapeuten spreken over taken en niet over taakkenmerken (zoals ze wel bij kindkenmerken doen), dit moet echt tussen de regels door gelezen worden.
  - Daarom niet altijd even duidelijk of een taak genoemd wordt als algemeen voorbeeld bij de toelichting op een motorisch leerprincipe of dat ze deze taak specifiek benoemen omdat ze op basis van die taak andere keuzes maken. Goed op formulering van de zinnen letten! Maar ook of het vaker aangehaald wordt tijdens het interview.

Algemene gedachtegangen na coderen:

- Het oefenen op de grens van kunnen is relevant, succesbeleving van belang, maar fouten en uitdaging nodig om te leren, maar dit wel gecontroleerd door de therapeut
- Maatwerk voor ieder kind, voornamelijk intuïtief
- Therapeuten lijken een voorkeur te hebben voor impliciet en sturen expliciet bij indien het niet werkt
- Relevante kindfactoren:
  - Leeftijd
  - Comorbiditeiten: ASS, concentratie/ADHD
  - Karakter: doorzettingsvermogen
  - Gedrag: moe, gefrustreerd, motivatie
  - Beheersingsniveau/leerfase
  - Leerbaarheid: gelinkt aan diagnose of comorbiditeit
  - Leervoorkeur
- Relevante taakfactoren:
  - Complexiteit: deelhandelingen

van der Veer: memo “analyses process” in Dutch.

## 21-02-2022

Afstemming van de 3 interviews met 2<sup>de</sup> beoordelaars.

Interview 1: met LB

Interview 2: met YK

Interview 3: met IR

Afstemming ging makkelijk. De studenten hadden breder geselecteerd dan ik, ook veel kind/taak factoren of motorische leerprincipes zonder (duidelijke) link. Sommige fragmenten wel meegenomen omdat zij wel een link zagen die ik niet gezien had (omdat deze er minder duidelijk in zit).

Het coderen van taken vond iedereen lastig: algemeen voorbeeld of specifieke overweging. Maar met discussie wel meer inzicht in te verkrijgen.

## 24-2-2022

Individuele analyse interviews 4 en 5

Overwegingen mogelijke thema's:

1. Maatwerk voor ieder kind
  - zoeken wat werkt
  - meestal doe ik ... maar als het niet werkt dan ...
  - unieke situatie kind-taak-omgeving
  - bij jongere kinderen eerder ... en bij oudere kinderen ... maar is niet dat ik dit dan doe
  - uitzonderingen op de regel
2. Motivatie is essentieel
  - oefenen op grens van kunnen: spanningsveld succes/uitdaging (afstemmen op niveau kind)
  - als kind moe, boos of gefrustreerd is dan ... want anders leert het sowieso niks
  - als het saai is haken ze af
3. Overige kindfactoren
  - Generiek: leeftijd, leerfase, voorkeur kind
  - DCD specifiek: comorbiditeit, niet leren van fouten/niet zelf ontdekken, beperkt bewegingsrepertoire/niet flexibel, moeite met transfer
4. Complexiteit taak
  - Complex: meer sturen
  - Simpel: meer uitlokken met materialen en oefencontext
  - Sterk gerelateerd aan motivatie
5. Coachend en sturend? Type therapeut of afhankelijk van kind en taak? → Weet nog niet of dit een thema is. Kwam wel uit de observatie studie, dus daarom wel ter overweging.

In promotoren-overleg update gegeven van analyses en potentiële thema's

Feedback van/discussie met promotoren:

- *Mbt taken moeilijker om te bepalen wat relevant is: of het een generiek voorbeeld of een specifiek voorbeeld is.*
- *Promotor 2: is motivatie geen kindfactor? Antwoord: zeker wel, maar het komt steeds zo nadrukkelijk naar voren dat het wellicht meer aandacht moet krijgen in de resultaten, daarom voor nu even apart genoemd.*
- *Ik merk dat ik met deze potentiële thema's in gedachte al anders naar de data kijk, is dat een probleem? Ik blijf uiteraard wel alert op andere informatie. Antwoord Promotor 3: is normaal, behoort tot het proces.*

van der Veer: memo “analyses process” in Dutch.

- *Thema 5: weet niet of dit wat gaat worden of niet. Het komt in me op nav de observaties waar dit een thema is. Met de data die ik nu gezien heb, heb ik het antwoord nog niet. Weet ook niet of ik dit nav alle interviews ga krijgen. Weet ook niet of het relevant is. Maar het prikkelt me wel. Antwoord Promotor 3: prima om het mee te nemen, hoort bij het proces, je kunt bijstellen.*

**25-2-2022**

#### Individuele analyse Interview 6

Was een moeilijk interview om te coderen. Therapeut werkt veel procesgericht en heeft een duidelijke visie die hierbij aansluit. Vertelt wel hele relevante dingen, maar was soms wat tussen de regels door lezen.

#### Interviews 4 tm 6 afgestemd met 2<sup>de</sup> beoordelaar

Consensus werd eenvoudig bereikt.

Vorige thema's blijven, voor nu geen aanvulling of wijziging.

**28-2-2022**

#### Analyse Interviews 7 tm 9

Gecodeerd door studenten

Ik heb audiobestanden beluisterd, notities erbij gemaakt en codering gecontroleerd.

Interviews 7 en 8 al afgestemd met studenten: toelichting gevraagd op enkele fragmenten/codes. Enkele fragmenten in consensus alsnog niet meegenomen omdat ze te generiek waren en enkele codes herformuleert zodat ze beter de lading dekte. In consensus een paar fragmenten toegevoegd die ik wel relevant vond maar nog niet meegenomen waren.

#### Eerste gezamenlijke brainstorm over thema's met alle beoordelaars samen (IV, LB, YK, IR)

- Thema maatwerk blijft, herkent iedereen.
- Thema motivatie komt bij alle interviews terug: bij frustratie aanpassen zodat weer motivatie ontstaat. Oefeningen niet te moeilijk omdat motivatie vermindert, wel op de grens want uitdaging is nodig om motivatie te bevorderen
- Kindfactoren: discussie over categorieën binnen de kindfactoren, dit leidde er uiteindelijk naar toe dat we hebben bekeken of er een onderverdeling mogelijk is naar beïnvloedbare factoren (zoals boosheid, motivatie, enz.) en niet beïnvloedbare factoren (zoals leeftijd), maar zitten ook wel semi-beïnvloedbare factoren tussen (zoals leren plannen), alleen kost verandering hierin langer en kun je die niet a la minute beïnvloeden. → Bij nader inzien is deze indeling niet relevant. Want therapeuten passen op deze factoren aan ongeacht of ze beïnvloedbaar zijn of niet. Wel relevant om te verdelen naar DCD-specifiek en generiek.
- Leerfase/beheersingsniveau wordt ook zeer frequent genoemd in de interviews, alle therapeuten lijken hier hun handelen op af te stemmen. Apart thema?
- Dus: er worden verschillende kindfactoren benoemd die generiek of DCD-specifiek zijn. De kindfactoren motivatie (frustratie) en beheersingsniveau worden door alle therapeuten aangehaald. Leeftijd ook wel. Bij sommige kindfactoren lijkt het handelen in 'eenzelfde richting' te gaan, bijvoorbeeld alle therapeuten die iets over ASS zeggen, benoemen meer structuur te hanteren (wat op verschillende manieren vormgegeven kan worden), en op basis van leeftijd gebruikt men wel of geen expliciete instructies. Maar bij sommige kindfactoren lijkt er meer variatie in het handelen zichtbaar (*echt 'tegengestelde richtingen' of worden er eerder andere accenten aangehaald? Ik vermoed een beetje het laatste.*)

van der Veer: memo “analyses process” in Dutch.

- Discussie gehad over leerstijl/voorkeur van een kind: hebben kinderen al een voorkeur? Is de voorkeur altijd hetzelfde of is dit afhankelijk van de taak? Grijp je meer terug op je voorkeur als iets moeilijker is? Of gaat het om voorkeur voor ingangskanaal (verbaal en visueel sterke kinderen). Kwamen hier nog niet uit.
- Taakfactoren komen relatief weinig aan bod. Er lijkt wel onderscheidt gemaakt te worden tussen complexere en eenvoudigere taken (*ik hang er even label complex aan, moeten bekijken of dit de juiste term gaat zijn*). Taken die in de categorie complex lijken te vallen zijn: schrijven, fietsen, aan/uitkleden, knutseltaakjes?, veter strikken. Overlappend kenmerk lijkt een grotere hoeveelheid deelhandelingen in vaste volgorde te zijn. Therapeuten maken ook wel onderscheidt tussen grove en fijne motoriek, maar heb nog niet helder wat dan het onderscheidt precies is, in de voorbeelden lijkt het dan toch de mate van complexiteit te zijn. (*Therapeuten noemen veel taken in de voorbeelden, maar lijken het heel moeilijk te vinden om het te koppelen aan taakfactoren, dus het is moeilijker om goed ‘grip’ te krijgen op dit onderwerp*).

**3-3-2022**

### Analyse interviews 10 en 11

Gecodeerd door studenten

Ik heb audiobestanden beluisterd, notities erbij gemaakt en codering gecontroleerd. Waren goed geanalyseerd, met name voorstellen tot herformulering code, consensus hierover bereikt.

*Dit zijn de 2 laatste interviews. Heb niet de indruk dat ik wat nieuws gehoord heb. Dit werd bevestigd door de andere beoordelaars.*

Interview 9 uitwerking studenten gecontroleerd, was moeilijkste interview van allemaal. Therapeut praat heel chaotisch, interviewer onderbreekt vaak en is omslachtig in formulering vragen. Waardoor het transcript moeilijk te lezen en interpreteren was.

Gedachtegangen mbt taakcomplexiteit:

- Touwspringen ook complex, maar niet door de deelhandelingen in vaste volgorde, maar door het gegeven dat er veel tegelijkertijd moet worden gedaan.
- Complexere vaardigheden moeilijker om een geleidelijke opbouw te maken omdat je aan de deelstapjes en het materiaal vast zit. Minder mogelijkheid om aanpassingen in het materiaal te doen of om de stapjes klein te maken (vb. met balvaardigheden kun je makkelijker variëren in bal, afstand, doelgrootte, bij fietsen zit je toch vast aan die fiets en het fietsen zelf)
- Nakijken of in relatie tot schrijven cognitieve belasting ook genoemd wordt.

Gedachtegangen mbt kindfactoren:

- Er zijn factoren die door vrijwel elke therapeut worden genoemd: beheersingsniveau, leeftijd, motivatie/frustratie
- Er zijn factoren die door meerdere therapeuten worden genoemd: oa. planningsproblemen, ASS, ADHD, cognitie
- Er zijn factoren die door enkele therapeuten worden genoemd: vermoeidheid, verbaal/visueel sterk

Overig:

- Belang van transfer wordt ook geregeld genoemd door therapeuten. Lijkt een extra thema te zijn.

van der Veer: memo “analyses process” in Dutch.

#### 4-3-2022

Overleg met alle beoordelaars: IV, YK, LB en IR

Interview 9 tm 11 afgestemd met studenten.

Interview 12 moet nog gecontroleerd worden. Opmerking YK: zelfverzekerd, weinig ‘ik denk’. Wel opvallend dat ze zei dat kinderen met DCD goed wisten wat ze wel en niet konden, terwijl anderen zeggen dat kinderen dit niet lijken te weten → nagekeken, maar denk dat dit verkeerd geïnterpreteerd is. Wat deze therapeut bedoeld is dat kinderen inzicht hebben in wat ze wel en niet kunnen, wat andere therapeuten bedoelen is dat ze weinig inzicht hebben in hun leerproces en niet leren van fouten of niet kunnen zelfevalueren. Dat zijn verschillende dingen.

Niet het idee dat er echt nieuwe informatie boven tafel is gekomen bij de laatste interviews. Werd door iedereen bevestigd.

Het belang van transfer en aandacht hiervoor in de behandeling kwam wel veel terug. *(Bevestigd dat dit een extra thema of subthema is).*

#### 11-03-2022

Overleg met beoordelaars na afronding open codering van alle individuele interviews: IR, YK, LB, IV

Codeboek opgeschoond:

- Sommige codes samengevoegd.
- Enkele code hercodeert.
- Sommige fragmenten moeten nagekeken worden om code specifieker te maken: mn mbt angst, gaat dit over faalangst of bewegingsangst.

Alle codes gecategoriseerd: tabblad “opgeschoond codeboek”

- 16 codes niet meegenomen omdat ze te generiek waren of zo specifiek dat het niet past binnen het geheel

**Kindfactoren:** alle codes en categorieën op tabblad “kind”

Generiek	DCD-kenmerk
Beheersingsniveau kind 1. Leerfase 2. Te makkelijk/te moeilijk	Comorbiditeiten: 1. ASS 2. ADHD
Motivatief/frustratie	Planningsproblemen (+ planmatig handelen)
Leeftijd: jonger vs ouder	
Angst (faalangst, bewegingsangst)	
Cognitie: + vs -	
Concentratie: of meenemen onder ADHD? Als spectrum van ‘gewoon niet opletten’ tot ADHD.	
Gedrag: restgroep, relevant? - Eigen wil - Niet luisteren	
Gebrek aan inzicht in eigen handelen Gelinkt aan	

van der Veer: memo “analyses process” in Dutch.

DCD of generiek?	
Verbale capaciteiten: + vs -	
Vermoeidheid Lijkt gelinkt aan gedrag en concentratie	
Zelfvertrouwen	

- Angst en zelfvertrouwen bij elkaar?
- Comorbiditeiten beschrijven als ADHD of ASS of vanuit het kenmerk: impulsiviteit, aandacht, behoefte aan structuur? Nu ook codes in meegenomen zoals minder aandacht, maar is dan geen ADHD.
- **Code DCD nog verder opsplitsen**
  - Inzicht in eigen handelen
  - Planningsproblemen + planmatig handelen

**Taak:** alle codes en categorieën op tabblad “taak”

- Schrijven
- Veterstrikken
- Fietsen
- Taak met deelstapjes + planmatig handelen
- Taak met cognitieve belasting
- Afgebakende taak
- Taakcomplexiteit
- **Taak: moet verder uitgesplitst worden als we ook de focusgroepen analyseren, daar meer accent op taak. Dan ook bepalen of alles relevant is.**

Definiëring taakcomplexiteit: deelstapjes, cognitieve belasting, afbakening taak (vaste regels/techniek)

Gebruik materiaal en aanpassing oefencontext moeilijker als taak gekenmerkt wordt door deelstapjes, specifiek materiaal of specifieke regels/techniek

“Complexe taken”: schrijven, veter strikken, koprol, fietsen, aankleden

Intuïtief handelen therapeuten anders, er wordt vaak gesproken over complex/eenvoudig of grof/fijn, maar moeilijk concreet te maken.

#### **Mogelijke thema's:**

- **Thema: maatwerk voor ieder kind**
  - Maatwerk
  - Komt niet tot leren
- **Thema: het juiste oefenniveau**
  - Beheersingsniveau: 1. leerfasen en 2. te makkelijk/te moeilijk
  - Transfer
- **Thema: ??**
  - Motivatie/frustratie
- **Thema kindfactoren: generiek vs DCD specifiek**
  - Juiste oefenniveau en motivatie/frustratie zo vaak aan bod geweest dat het apart thema is.
- **Thema taak: ?? complexe taken??**
- **Voorkeur therapeut IML/EML relevant?**

van der Veer: memo “analyses process” in Dutch.

#### Vervolgstappen:

1. Codes angst hercoderen naar bewegingsangst of faalangst: zie notities in codeboek 110322 ordening
2. Fragmenten nakijken om te bepalen tot welke categorie de code behoort: zie notities in codeboek 110322 ordening
3. Categorie DCD verder uitsplitsen

Focusgroepen ook nog coderen met dit codeboek.

Potentiële thema's bespreken met promotoren.

#### 18-03-2022

Brainstorm met een collega:

- Opmerking: moet je kindfactoren wel opsplitsen naar DCD en niet DCD? De problemen in het leren zijn typisch van deze kinderen, dus als therapeuten over de leerfase spreken dan is dat in wezen onderdeel van de DCD.

#### 12/13-5-2022:

##### Individuele analyse focusgroep 2

Eerst focusgroep 2 ipv 1 gecodeerd. Studenten hebben getranscribeerd: wat uitproberen was om te kijken of ze dit konden. De geluidskwaliteit van deze focusgroep was beter dan die van focusgroep 1, dus vandaar dat ik met 2 gestart ben. Had nog veel werk met nalopen transcript, met name het koppelen van de juiste therapeuten aan de teksten was moeilijk voor de studenten, voor mij waren de stemmen makkelijk te herkennen.

Had niet de indruk veel nieuwe informatie te horen, past allemaal binnen de bestaande thema's.

- Mbt taak expliciet gevraagd wat een taak complex maakt omdat we hier graag nog wat meer inzicht in willen krijgen: ze gaan met name in op taakkenmerken (dubbeltaken, stapjes, specifiek materiaal, mogelijkheid tot variëren in materiaal/context, temporele en spatiele parameters)
  - Complexere taken eerder meer sturen omdat het materiaal vaak vast ligt en de structuur van de deelhandelingen duidelijk moet worden voor het kind.
  - Complexe taak met veel deelhandelingen die in gevarieerde context toegepast moeten worden, zoals eten en hanteren bestek, is extra complex.
- Veel therapeuten binnen de groep deelde de mening de voorkeur te geven aan aanpassen context ipv sturen met instructie, dit belangrijk om straks te vermelden! (Dat dit voorkeur heeft en dat dit een veelgebruikte strategie is naast instructie en feedback)
- Gevarieerd oefenen is belangrijk voor transfer naar ADL, dit vinden deze kinderen moeilijk (*dit bevestigt dat dit inderdaad een belangrijk (sub)thema is*)
- Succesbeleving, motivatie, gevoel van autonomie en competentie belangrijk om het kind tot leren en exploreren te laten komen. → Op het juiste niveau oefenen, in stapjes opbouwen, verhaal of context manipuleren, zelf laten ontdekken ipv sturen.

van der Veer: memo “analyses process” in Dutch.

**16-05-2022**

Open codering afstemmen met 2<sup>de</sup> beoordelaar (IR)

Ging makkelijk, veel overeenkomst in fragmenten. Indien er verschil was, was het makkelijk tot overeenkomst te komen.

2<sup>de</sup> beoordelaar bevestigde inderdaad geen nieuwe thema's gehoord te hebben.

**02-06-2022**

Overleg met promotoren: discussie over thema's

PP slides:

### Thema 1: maatwerk voor ieder kind

- Passen aan op kind-taak-omgeving – vaak intuïtief
- Zoeken welke 'ingang' werkt voor het kind
- Gaan aanpassen als het kind problemen ervaart in het leren van de taak: als de gebruikte MLS niet het gewenste resultaat geeft
- Meestal doe ik A, maar ik doe B als...
- Uitzonderingen op de 'regel'

4

### Thema 2: motivatie is een voorwaarde

- Motivatie is nodig om te komen tot leren
- Accent komt te liggen op motiveren (ipv leren) als het kind:
  - Gedrag: geen zin, moe
  - Gefrustreerd is/raakt (als het te moeilijk is)
  - Angstig is (faalangst/bewegingsangst)
  - Een laag zelfbeeld/weinig zelfvertrouwen/lage competentiebeleving heeft
  - Eerste 2 direct gelinkt aan motivatie, laatste 2 indirect (maar valt voor mij wel onder motiveren)
- Hoe verbeteren:
  - Complimenteren/belonen
  - Succesbeleving geven (op makkelijker niveau oefenen) vs uitdaging bieden (anders saai)
  - Foutloos leren (minder verbaal sturen)
  - Geleidelijkere opbouw
  - Autonomie geven (keuzes)
  - Relatie met therapeut bevorderen

5

### Thema 3: op het 'juiste' niveau oefenen

- Balans tussen succesbeleving/uitdaging (gelinkt aan motivatie)
  - Afhankelijk van kindfactoren meer naar het een of het ander neigen
  - Op de 'grens' oefenen
- Aanpassen als het te makkelijk of te moeilijk is
- Leerfasen: beginnend/gevorderd (Fits&Posner gebruiken?)
- Transfer heel belangrijk bij DCD: apart thema (principes ML) herhalen/time on task (Bevestigd principe binnen ML, bevestigd dat het extra van belang is in DCD)
  - Differentieel leren
  - In juiste context oefenen
  - Dubbeltaken toevoegen
  - Andere kinderen betrekken in de behandeling (spel/sport situatie)

6



van der Veer: memo “analyses process” in Dutch.

Discussie: transfer en ‘op juiste niveau’ oefenen zijn 2 aparte thema’s.

Transfer en time on task hebben te maken met ‘algemene’ principes van motorisch leren, die extra van belang zijn bij kinderen met DCD.

Kindfactoren door veel therapeuten genoemd: **1 of meerdere thema’s?**

- **Leeftijd:** uitlokken vs instr/fb; gebruik analogie/fantasia; gebruik CO-OP; opbouw; gebruik video-feedback
- **DCDer + comorbiditeit:** ASS/ADHD
  - ‘Druk kind’ en ‘verminderde concentratie’ ook hieronder of apart? (continuum)
- **DCDer + planningsproblemen**
- **DCDer heeft beperkt bewegingsrepertoire/moeite met oplossingen bedenken/beperkt inzicht in eigen handelen/verminderde zelfreflectie: overkoepelend iets?**

Verschillende visies over wel/niet vraaggestuurd werken (direct/indirecte stijl) → Misschien is dit het thema en passen de laatste 2 punten hier bij?

Discussie: alle kindfactoren horen onder thema “maatwerk” want dat zijn de factoren waarop therapeuten aanpassen, dus die dienen daar vermeldt te worden.

Komt er dan niet te veel overlap als je een aantal van deze factoren ook nog als specifiek thema hebt? - Hoeft niet, je kunt ze bij thema 1 benoemen en als het factoren betreft die verder uitgewerkt worden verwijzen naar die thema’s.

Direct/indirect is inderdaad mogelijk wel een apart thema. Wordt dit bepaald door voorkeur therapeut of door kindfactoren? Nu discrepantie in handelen op basis van kindfactoren, dus visie/ervaring therapeut speelt wel een rol hierin. Maar kindfactoren lijken ook wel invloed te hebben. Interessant om verder te exploreren.

Promotor 3: ook interessant te kijken hoe dit gerelateerd is aan de andere thema’s. Herken je daarin ook het directe/indirecte handelen van de therapeut? Geeft meer inzicht in of dit stijl is of niet.

Therapeuten gaven aan het moeilijk te vinden om expliciet te maken hoe ze handelen, omdat dit meestal obv intuïtie gebeurt. Hiervoor heb je ‘doorgevraagd’ om antwoorden uit te lokken (geprikeld om er over na te denken). Zijn therapeuten flexibel in switchen tussen stijlen? Of denken ze dat ze dit doen omdat jij ze vraagt dit expliciet te maken en is dit in de praktijk anders? – Opmerking Promotor 2: dit is heel moeilijk om helder te krijgen.

Kindfactoren door enkele therapeuten genoemd: **iets mee doen?**

- DCDer moeite met veel informatie verwerken
  - Korte instr/fb, zelfde bewoording/uitlokken ipv instrueren
- Verbale en visuele capaciteiten
  - Koppelen aan ‘juiste ingang’ bij thema 1?
- Gedrag: eigen wil / niet luisteren
  - Is meer pedagogisch, niet ML, dus niet relevant?
- Cognitie
  - Sterk: meer expliciet, meer inspraak in hulpvraag
  - Zwak: meer uitlokken
  - Cognitie is heel algemeen, wat bedoelen ze er mee?

Discussie: meenemen onder thema 1 en aangeven dat deze door enkele therapeuten genoemd zijn, dus kan kort.

### Thema 5: taakcomplexiteit

- Complexe taken: touwspringen, fietsen, eten, aankleden, veterstrikken, schrijven, koprol
- Kenmerken die een taak complex maken: **taak beperkt, mogelijkheden therapeut beperkt**
  - Veel technische eisen: vb. schrijven
  - Veel deelstapjes: vb. koprol
  - Veel deelstapjes + ‘vast’ materiaal: vb. fietsen of veter strikken
  - Veel deelstapjes + ‘variabel’ materiaal: vb. aankleden of eten
  - Dubbeltaken/cognitieve belasting: vb. balvaardigheden in spel/sport context, schrijven of fietsen in verkeer
  - Armen en benen doen wat anders (timing heel belangrijk): vb. touwtje springen
- Hoe aanpassen:
  - Eenvoudig: eerder uitlokken (aanpassen context)
  - Complex: eerder sturen (instr/fb), vaker oefenen in deelstappen, geleidelijkere opbouw (bij ‘vast’ materiaal moeilijker om kleine stapjes te maken met aanpassen context)

9

Discussie: er lijken 3 factoren een rol te spelen.

1. Beperking in de taak: task demands
2. Beperking in de therapeut: “weet niet hoe het moet” heeft te maken met kennis/kunde/creativiteit van de therapeut. Hiervoor kiezen ze vaak voor opdelen in stapjes, omdat dit het overzichtelijker maakt = copingstrategie.
3. Beperking door het kind: “voor dit kind moeilijk om te leren”.

Dit nog verder exploreren.

Veel taken hebben dubbeltaken, deelstapjes of een specifieke timing. Als het op 1 ding mis gaat, lukt het helemaal niet. Dus deze factoren lijken erg bepalend in het complex maken van een taak.

Promotor 1: als ik naar de voorbeelden van taken kijk lijkt er onderscheid te zijn in taken die meer planning vragen (vb veter strikken) en taken die meer coördinatie vragen (vb. touwspringen en fietsen)

Overall:

- Diverse thema’s zijn herkenbaar vanuit de literatuur/theoretische modellen. Goed om deze daar aan te koppelen. Keuze maken in welke modellen te hanteren.
- 16-6 een lang overleg gepland met Promotor 2 en 3 om de thema’s te finaliseren.

### 3 en 6-6-2022

#### Individuele analyse Focusgroep 1

Moeilijker om te coderen dan focusgroep 2 vond ik. Maar merkte dat ik erg met de opmerkingen van het overleg van 2-6 in mijn hoofd zat.

- Je hoort inderdaad opmerkingen dat taken moeilijk zijn voor een kind en dat een therapeut taken moeilijker vindt om te oefenen.

Meerwaarde van focusgroep is echt dat de verschillende visies rondom eenzelfde ‘punt’ zichtbaar worden, dit wordt veel minder duidelijk met enkel de individuele interviews (*sterk punt van het gekozen design*)

Overwegingen:

Thema taakcomplexiteit moet gefinetuned worden: er lijken 3 dingen een rol in te spelen

1. Taakeisen die een taak complex maken: oa deelhandelingen, materiaal, timing, dubbeltaken worden genoemd

van der Veer: memo “analyses process” in Dutch.

2. Therapeuten die taken als complex ervaren: door bijv. verminderde inzicht in hoe ze te oefenen of complex indien bepaalde kindfactoren aanwezig zijn (dit transcript klimmen - angst)
3. Taken die complex zijn voor kinderen met DCD door de leerproblemen die kinderen met DCD ervaren (voorbeeld dit interview mbt touwspringen en DCD)

*Transcripten van de focusgroepen goed doornemen hierop, want dan zijn de diverse therapeuten met elkaar in gesprek en komen bovenstaande 3 rondom eenzelfde taak ook aan bod.*

Optie voor model: Guadagnoli & Lee 2004 (optimal challenge point framework) beschrijven 2 levels van task difficulty:

1. **NOMINAL TASK DIFFICULTY**: bepaald door de **task demands**. Dit wordt gezien als een constante factor. (Voorbeeld uit onze studie: veterstrikken heeft een hogere nominale moeilijkheidsgraad in vergelijking met bijvoorbeeld gooien/vangen)
2. **FUNCTIONAL TASK DIFFICULTY**: bepaald door het **individu** en de condities waaronder de taak uitgevoerd wordt (= **omgeving**). Dit wordt gezien als een variabele factor. Bijv. eenzelfde taak is makkelijker voor iemand die de taak al kent dan voor iemand die de taak nog nooit gedaan heeft. Of nauwkeurig gooien met veel wind is moeilijker. (Voorbeeld uit onze studie: voor iemand met angst heeft klimmen een hogere functionele moeilijkheidsgraad in vergelijking met iemand die geen angst heeft.)

De functional task difficulty bepaald hoeveel informatie iemand nodig heeft om de taak succesvol uit te voeren. Dit impliceert dat dit voor iedereen anders is. Een hogere nominal task difficulty heeft een hogere informatiebehoefte dan een lagere nominal task difficulty, maar hieromheen zit een spreiding bepaald door de functional task difficulty. → = conceptueel model, dus moeilijk concreet te maken, maar het principe laat zien dat therapeuten dus moeten adapteren met hun MLS.

3. Het is dus belangrijk dat **therapeuten** weten hoe ze hun MLS toe moeten passen. Als ze dat niet weten (door gebrek aan kennis, creativiteit, ervaring, ....) dat is dit een **belemmerende factor** die de taak voor de therapeut complexer maakt.

*Willen we inzichtelijk maken welke ‘therapeut-factoren’ mogelijk een rol spelen in hun keuzes of wijken we dan te ver af? → Eerder was besloten dit niet mee te nemen, maar het lijkt toch in meerdere thema’s een rol te spelen, dus we moeten er denk ik toch wat mee.*

- Persoonlijke voorkeur of overtuiging
- Kennis (weet uit evidentie dat ...)
- Creativiteit (zou ook niet weten hoe ...)

Lijkt ook wel in andere thema’s dan alleen taakcomplexiteit een rol te spelen.

**07-06-2022**

Afstemming focusgroep 1 met 2<sup>de</sup> beoordelaar (LB)

Wat meer verschil in geselecteerde fragmenten: LB had sterk onderzoeksvraag voor ogen gehouden en ik merk dat ik met een iets andere bril gecodeerd heb om meer duidelijkheid te krijgen op de vraagstukken nav overleg 02-06. Maar er was goed tot consensus te komen.

Geen nieuwe thema’s; met name waardevolle aanvullende informatie mbt taak.

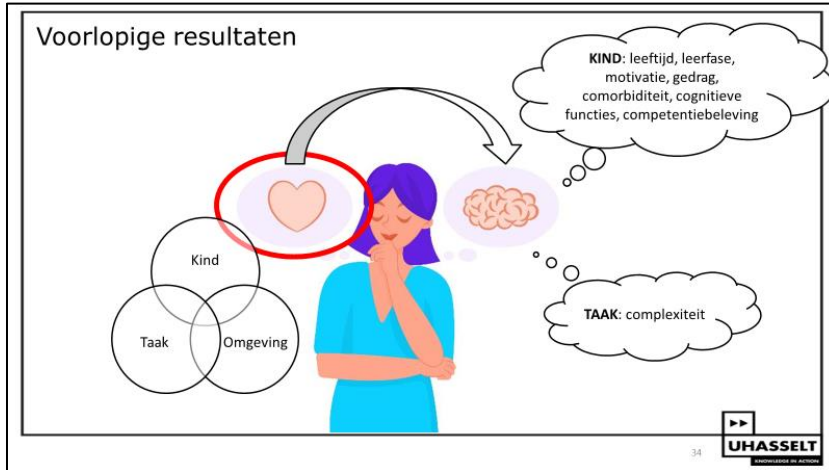
Saturatie bereikt.

van der Veer: memo “analyses process” in Dutch.

09-06-2022

Voorlopige resultaten besproken in mijn doctoraatscommissie: aanwezig Promotor 1 en 3; en 2 professoren die enkel bij dit jaarlijkse overleg zijn

Volgende slides gepresenteerd



Opmerking Professor 1:

- Is het intuïtie of eerder ervaring? Hij denkt ervaring, want ze weten een hele hoop (op basis van scholing en ervaring), alleen zijn ze hier zichzelf minder van bewust.
- Zij zien vergelijkbare resultaten in hun studies met gymleerkrachten: ervaren dat de scholing te beperkt is. Ze leren wel de 'basics' maar niet hoe ze hier mee 'moeten spelen'



16-06-2022

Overleg met Promotor 2 en 3

Maatwerk afgestemd op kind, taak en omgeving. Echter lijken de keuzes sterker gekleurd te worden door achtergrond therapeut (hele belangrijke bevinding!). Therapeuten handelen veel op intuïtie.

Grote praktijkvariatie aanwezig in keuzen voor motorisch leerstrategieën obv kind en taak; soms een 'richting' in te herkennen, maar vaak ook niet. Dus in veel gevallen wordt alleen inzichtelijk gemaakt dat een factor het klinisch redeneren lijkt te beïnvloeden, maar niet hoe.

van der Veer: memo “analyses process” in Dutch.

Kindfactoren algemeen benoemen onder thema maatwerk, enkele kindfactoren worden verder uitgewerkt in andere thema's maar niet allemaal.

Kindfactoren geïdentificeerd die potentieel relevant zijn in klinisch redeneerproces, maar veel variatie in tot welke keuze voor strategie dit leidt, hier meer onderzoek voor nodig. Executief functioneren meer dichotoom in keuze voor strategie, gelinkt aan thema directe/indirecte stijl

Taakcomplexiteit kent 4 variabelen: kind, taak, omgeving en therapeut. Model Guadagnoli over Optimal Challenge Point relevant, dekt 3 van de 4 variabelen.

Motivatie, optimale oefen niveau en time on task&transfer zijn generieke principes die wel extra relevant lijken bij DCD. Wel variatie in hoe er gehandeld wordt, maar overkoepelend wel allemaal met dit als doel. De motorische leerstrategieën worden gebruikt om specifieke invulling te geven aan motivatie, optimale oefen niveau en time on task&transfer.

Therapeutkenmerken ‘sijpelt’ in meerdere thema's door.