

Digitale Beeldvorming

Een inventarisatie van het beeld van Nederlandse therapeuten
over digitale technieken in de praktijk



Auteur: **A.E.L. Knops** 07070899

Creatieve Therapie Beeldend
Zuyd Hogeschool Heerlen
Faculteit Gezondheidszorg
Begeleidster: Anja Cilissen-Ysermans

2-6-2014

“Technology cannot replace human involvement”
(Sabine Wildevuur, persoonlijke communicatie 1 mei 2014)

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1 Probleemstelling	6
1.1 Aanleiding en verkenning van het probleemgebied	6
1.2 Zoekstrategie	11
1.3 Vraagstelling	12
1.4 Doelstelling	12
Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethode	13
2.1 Onderzoekstype	13
2.2 Onderzoeksmethode	13
2.3 Dataverzameling	13
2.3.1 Vastleggen Data	14
2.3.2 Onderzoekspopulatie	14
2.4 Datapreparatie	15
2.5 Data-analyse	16
2.5.1 Coderen	16
2.6 Kwaliteit	17
Hoofdstuk 3 Resultaten	19
3.1 Digitale technieken	19
3.1.1 Definitie	19
3.1.2 Doelgroepen	21
3.1.3 Argumentatie rondom de inzet van digitale technieken	23
3.1.4 Behoeften	24
3.1.5 Randvoorwaarden en regels	25
3.2 E-health	27
3.2.1 Definitie E-health	27
3.2.2 Doelgroepen bij E-health	28
3.2.3 Argumenten rondom de inzet van E-health	28
3.3 Ontwikkelingen in de zorg	29
3.3.1 Ontwikkelingen in de beeldende therapie	29
3.3.2 Ontwikkelingen in de therapie	29
3.3.3 Overlapping tussen de verschillende therapieën	30
3.4 Belangrijk in behandeling	31
3.4.1 Belangrijk in beeldende therapie	31
3.4.2 Belangrijk in de therapie	32
3.5 Samenhang van de resultaten	33
Hoofdstuk 4 Discussie	34
4.1 Verklaring en interpretatie van de resultaten	34
4.1.1 Definitie digitale technieken	35
4.1.2 Doelgroepen bij digitale technieken	35
4.1.3 Argumenten omtrent digitale technieken	36

4.1.4 Behoeften van de therapeut omtrent digitale technieken	37
4.1.5 Randvoorwaarden en regels	38
4.1.5 E-health	39
4.1.6 Doelgroepen bij E-health.....	39
4.1.7 Argumenten bij E-health.....	40
4.1.8 Ontwikkelingen in behandeling	40
4.1.9 Belangrijk in behandeling	40
4.1.10 Link tussen ‘Digitale technieken’, ‘Doelgroep’ en ‘Behoeften therapeut’	41
4.1.11 Link tussen ‘Ontwikkelingen’ en ‘Belangrijk’	41
4.1.12 Link tussen ‘Ontwikkelingen’ en ‘Randvoorwaarden en regels’	41
4.2 Beantwoording vraagstelling	42
4.3 Aanbevelingen	43
4.3.1 Aanbeveling voor de praktijk	43
4.3.2 Aanbeveling voor de beroepsontwikkeling.....	44
4.3.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	45
4.4 Sterkten en tekortkomingen van het onderzoek.....	46
4.5 Vertaling van de resultaten naar het eigen methodisch handelen.	47
Hoofdstuk 5 Samenvatting	50
Literatuuropgave	51
Bijlagen	53
Bijlage 1 Topiclijst	53
Bijlage 2 Vragenlijst	54
Bijlage 3 PICO vragen	55
Bijlage 4 Zoekgeschiedenis	56

Voorwoord

Digitale Beeldvorming, dat is het onderwerp waar dit onderzoek om draait. Men kan digitaal een beeld vormen, maar men heeft ook een beeld gevormd over de digitale wereld. Met het uitvoeren van dit onderzoek heb ik getracht om de beste werelden van mijzelf te combineren. Ik ben zeer geïnteresseerd in alle ontwikkelingen op het digitale gebied, maar tevens wil ik ook mensen helpen en begeleiden met het creatieve medium. Ik had er gedurende de vierjarige opleiding niet aan gedacht dat deze werelden te combineren waren, noch dat mijn hart uiteindelijk zou gaan liggen in de combinatie van deze twee werelden. Vanuit de interesse in deze twee gebieden is het idee voor dit onderzoek naar voren gekomen. Ik ben dan ook zeer dankbaar dat dit helder voor mij is geworden en dat ik dit onderzoek heb mogen uitvoeren.

Een aantal mensen zijn in het bijzonder belangrijk geweest voor dit onderzoek. In dit voorwoord wil ik graag van de gelegenheid gebruik maken om hen te bedanken.

Als eerste wil ik A. Cilissen en I. Péntzes bedanken. Zij waren diegene die mij op het spoor zetten van dit onderzoek en die mijn motivatie hiervoor hebben aangewakkerd. Daarnaast wil ik A. Cilissen apart nog een keer bedanken voor de steun die ze me gaf als mijn scriptiebegeleider. Ik kon altijd terecht bij haar met de vragen die ik had. Dat waardeer ik zeer.

Een woord van dank wil ik ook uiten naar de respondenten die tijd hebben vrijgemaakt om deel te nemen aan het onderzoek en die hun kennis wilden delen: Alena Nicolai, Gemmy Willemars, Lara Schaeffer, Margo van Neuren, Marjan Helmich, Robin Penders-Fanselow, Tineke de Graaff en Truus Jans. Dankzij hen heeft het onderzoek kunnen plaatsvinden.

Een ander woord van dank gaat uit naar mijn familie, voor hun luisterende oren, hilarische opmerkingen over scripties in het algemeen en de motivatie die ze me gaven om vooral te doen waar mijn interesses liggen. In het bijzonder wil ik mijn zus, Vera Knops noemen, die mijn scriptie heeft gelezen en heeft voorzien van feedback.

Mijn vriendenkring wil ik daarnaast ook bedanken, samen met het weekendje in de stad Berlijn. Fijn dat ik in een van de drukste momenten gedwongen werd om even afstand te nemen van de laptop en rust te creëren in mijn hoofd. Vooral tof was de lange file op de terugweg van de wereldstad, die ervoor zorgde dat ik half mijn scriptie had afgeschreven. Een speciale dank naar Caroline Peters, die tijd heeft vrijgemaakt om deze scriptie na te lezen.

Mijn peer debriefing partner, Eva Stokman, wil ik hier ook nog in het bijzonder bedanken. Door samen te zitten kon ik mijn vragen bij jou neerleggen, en tegelijkertijd 'spieken' hoe het met jouw onderzoek ervoor stond. Dit overleg zorgde voor innerlijke rust bij mij, en gaf me tevens ook zelfvertrouwen wanneer we dezelfde gedachten hadden. Ik hoop dat ik jou hetzelfde gevoel heb gegeven, het heeft mij in elk geval heel erg gesteund in dit proces.

Tot slot wil ik mijn partner Tom Cleven noemen, die me ten tijde van schrijven verraste met warme chocolademelk met slagroom, me aanhoorde over hoe gestrest ik wel niet was, me motiveerde wanneer ik dus gestrest was, me kalmeerde wanneer ik gestrest was, me soms negeerde als ik gestrest was, maar me vooral oppepte als ik gestrest was. Zonder jou had ik dit niet kunnen afmaken. Of misschien wel, maar dan met meer stress dan me lief is.

Het uitvoeren van dit onderzoek en het schrijven van deze scriptie hebben me veel geleerd over de digitale technieken, maar ook veel over mezelf. Het vormt de afsluiting van mijn studieloopbaan bij Zuyd, en ik hoop dat het ook de start vormt van mijn werkloopbaan.

Inleiding

Dit afstudeeronderzoek beschrijft een kwalitatieve inventarisatie die is uitgevoerd in het vierde studiejaar van de opleiding Creatieve Therapie, afstudeerrichting Beeldend. In dit laatste jaar zijn er verschillende stappen doorlopen omtrent het voorbereiden, uitvoeren en evalueren van dit onderzoek. Het resultaat van het gehele onderzoek wordt in deze scriptie beschreven.

De uitvoering van het onderzoek richt zich op de kennis van digitale technieken in de beeldende therapie die bij deze therapeuten aanwezig is. Er zijn verschillende stappen ondernomen om deze kennis te achterhalen. Deze verschillende stappen zijn in dit document onderverdeeld in verschillende hoofdstukken, die hieronder nader toegelicht worden.

In het eerste hoofdstuk wordt de probleemstelling beschreven. Hierin wordt duidelijk wat de aanleiding was voor het opzetten van het onderzoek en van hieruit volgt ook de onderbouwing vanuit de literatuur. De vraagstelling en de doelstelling komen hierna aan bod.

In het daaropvolgende hoofdstuk, hoofdstuk 2, wordt meer uitleg gegeven over het onderzoekstype dat is gebruikt en de methode die in het onderzoek is toegepast.

In hoofdstuk 3 worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Deze resultaten zijn uiteindelijk onderverdeeld in 4 categorieën, die elk weer zijn onderverdeeld in verschillende thema's. Na deze resultaten wordt er ook door middel van een schema weergegeven hoe deze onderling met elkaar verbonden zijn.

Vervolgens staat hoofdstuk 4 in het teken van de discussie. In dit hoofdstuk worden de verkregen resultaten geïnterpreteerd en verklaard. De vraagstelling van het onderzoek wordt hier beantwoord. Tevens worden er aanbevelingen gedaan voor de praktijk, de ontwikkeling van het beroep en voor vervolgonderzoek. Verder wordt er gekeken naar de sterkten en tekortkomingen van dit onderzoek. In dit hoofdstuk wordt er ook de vertaling gemaakt van de gevonden resultaten naar het methodisch handelen van de onderzoeker.

Tot slot wordt er in hoofdstuk 5 een samenvatting gegeven over het verloop van het onderzoek waarin de resultaten kort en bondig naar voren zullen komen. In vogelvlucht wordt het onderzoek nogmaals doorlopen en worden de probleemstelling, vraagstelling, doelstelling, de ondernomen acties en de resultaten herhaald.

In de bijlagen van deze scriptie zijn de topiclijst terug te vinden, evenals de vragenlijst, de PICO vragen en de zoekgeschiedenis. De uitgewerkte interviews zijn in deze scriptie niet terug te vinden. Deze kunnen opgevraagd worden via het volgende e-mailadres: a.e.l.knops@gmail.com.

Hoofdstuk 1 Probleemstelling

1.1 Aanleiding en verkenning van het probleemgebied

De aanleiding voor het gekozen probleemgebied komt deels vanuit een persoonlijke interesse van de onderzoeker in techniek en de ontwikkelingen hierin, maar deels ook vanuit een gesprek met I. Péntzes-Driessen en met A. Cilissen-Ysermans (persoonlijke communicatie, 26 oktober 2013). De onderzoeker is haar studieloopbaan als student begonnen met de opleiding Elektrotechniek aan Zuyd Hogeschool in 2007. Deze opleiding bleek niet geheel bij de onderzoeker persoonlijk te passen, wat er uiteindelijk toe heeft geleid dat zij een opleiding startte bij Creatieve Therapie. Ondanks deze switch is de techniek haar altijd blijven boeien. Zie is altijd een persoon geweest die geïnteresseerd was in techniek en de ontwikkelingen hierin. Deze interesse kwam ook goed van pas tijdens haar stageperiode. Tijdens deze periode heeft ze kinderen en adolescenten die gediagnosticeerd waren met een stoornis uit het Autisme Spectrum begeleid.

Autisme kenmerkt zich volgens Eussen (1995) door ernstige tekortkomingen op het gebied van sociale interacties, fantasie, spel, taal en communicatie. Vandereycken en van Deth (2004) geven aan dat de verwerking van prikkels bij deze stoornis moeilijk voorspelbaar zijn. Het ene moment lijkt alles langs deze personen heen te gaan, terwijl ze andere moment volkomen overstuurd kunnen raken van een bepaald voorwerp of een kledingstuk. Ook vermelden Vandereycken en van Deth dat cliënten met autisme heftig kunnen reageren op kleine veranderingen. Ze houden vast aan een bepaalde structuur en willen bijvoorbeeld altijd op dezelfde stoel zitten.

De onderzoeker heeft met deze cliënten gewerkt door de ortho(ped)agogische werkwijze toe te passen. Smeijsters (2008) geeft aan dat deze werkwijze vaak wordt toegepast bij het speciaal onderwijs, de zorg voor mensen met beperkingen, de jeugdhulpverlening, tbs-klinieken, de ambulante psychiatrie, de verblijfspsychiatrie en de psychogeriatric. De werkwijze is volgens Smeijsters gericht op de ontwikkeling van verschillende vaardigheden, zoals op het gebied van spraak, taal, psychomotoriek, sensorimotoriek, cognitie, sociaal en emotioneel. Smeijsters geeft verder aan dat de therapeut bij deze werkwijze directief is en bepaald wat er gebeurt. Daarnaast zijn de activiteiten gestructureerd en ligt het verloop van de werkvorm vast.

Tijdens het werken met deze cliënten merkte de onderzoeker dat de traditionele technieken, waar in dit onderzoek materialen zoals teken- en schildertechnieken, houtbewerking en werken met stof, klei, steen en metaal onder worden verstaan, niet altijd het gewenste effect hadden. Het werken met verf had bij een van deze cliënten het gevolg dat hij bleef smeren en niet aan het vormgeven van het beeld toekwam. Bij sommige van deze cliënten was het merkbaar dat zij geïnteresseerd waren in het maken van beelden met behulp van een software programma, Photoshop, op een computer. Deze digitale technieken hadden een merkbaar effect op de cliënten, zo konden ze zich beter concentreren op hun werk en groeide hun zelfvertrouwen.

Dit wekte bij de onderzoeker de interesse voor het inzetten van digitale technieken in de beeldende therapie. Tijdens de opleiding werd er weinig tot geen informatie gegeven over digitale technieken in de therapie. De focus lag vooral op de traditionele materialen, zoals allerlei soorten verf, krijt, steen, hout en metaal. De computer werd alleen als hulpmiddel gebruikt bij het zoeken naar plaatmateriaal als brononderzoek. Dit werd in het gesprek met I. Péntzes-Driessen en met A. Cilissen-Ysermans (persoonlijke communicatie, 26 oktober 2013) nog eens duidelijk door hen bevestigd. Het is daarom dat dit onderzoek gericht is op digitale technieken en welk beeld dat beeldend therapeuten hebben. Op die manier kan er gekeken worden of en waar digitale technieken de beeldende therapie kunnen versterken en uitbreiden. Bij het onderzoeken van de digitale technieken komen de woorden 'software' en 'hardware' aan bod. Beurghs (2005) legt uit dat hardware het fysieke gedeelte van een willekeurig computersysteem is. Het bestaat uit chips, bedrading, een beeldscherm enzovoorts. Hij benoemt dat deze niet-operationeel of bedrijfsklaar zijn. Behalve als er in het intern geheugen van de hardware programma's aanwezig zijn die precies zeggen wat er met elk apart onderdeel van de hardware moet gebeuren. Deze programma's geven ook aan hoe die onderdelen met elkaar moeten samenwerken. Deze aanwezige programma's worden vaak opgedeeld in twee categorieën: het besturingssysteem en de gebruikerssoftware. De gebruikerssoftware is hetgeen waar de gebruiker mee te maken krijgt als hij op een computer werkt. Het zal in de rest van de scriptie worden aangeduid als software.

Volgens de Federatie Vaktherapeutische Beroepen, de FVB (2013) is beeldende therapie een behandelmethodede voor personen met psychosociale en psychiatrische stoornissen. Beeldende therapie is een ervaringsgerichte therapie waarbij er sprake is van een concreet werkproces en eindresultaat. De therapeut stemt zijn handelen en de behandeling af op de hulpvraag, levensfase en draagkracht van de cliënt. Het aanbod dat de therapeut afstemt, en de interventies die hij pleegt, zorgen volgens de FVB ervoor dat er een beeldend proces op gang komt dat gelijk loopt met het door de cliënt beoogde psychische proces. De therapeut gebruikt hierbij verschillende therapeutische invalshoeken, variërend van psychoanalytisch tot gedragstherapeutisch. De FVB benoemt dat het daarnaast kenmerkend is dat bij deze vorm van therapie beeldende middelen worden ingezet, zoals teken- en schildertechnieken, houtbewerking en werken met stof, klei, steen en metaal. Door de FVB worden de digitale technieken niet genoemd in de opsomming, hoewel dit in de praktijk kan betekenen dat zij wel in de therapie worden ingezet.

Vanuit de persoonlijke ervaring is er voor de onderzoeker duidelijk dat digitale technieken ook een effect kunnen hebben op cliënten. Een aantal vragen kwamen bij de onderzoeker naar boven. Zoals 'hoe kunnen digitale technieken ingezet worden?' en 'wat wordt er al gedaan met digitale technieken?'. Maar nog voorafgaande aan deze vragen moest er eerst worden achterhaald wat er bekend is over digitale technieken. Om hierop een antwoord te krijgen is er eerst informatie opgezocht in verschillende vormen van literatuur.

Volgens van Hooren (2012) zijn er verschillende manieren waarop digitale technologie kan worden ingezet in de zorg. Zij benoemt drie gebieden waarop zij kansen ziet, namelijk ten behoeven van het versterken van de samenwerking, ten behoeve van onderzoek en ten behoeve van ondersteuning in de zorg. Bij het inzetten van digitale technologieën voor het versterken van de samenwerking, denkt van Hooren (2012) aan netwerksites zoals Facebook. Men kan dan verschillende mensen van verschillende landen ontmoeten. Op die manier kan de samenwerking over de grenzen worden gestimuleerd. Bij het inzetten van digitale technologie ten behoeve van onderzoek, ziet van Hooren voor zich dat men op deze manier ook contacten kan leggen. Op die manier kan er samenwerking op afstand worden gerealiseerd en kunnen onderzoekers, docenten, studenten en vaktherapeuten aan elkaar worden gekoppeld door middel van een netwerksite. Ook zou men volgens van Hooren de technologie kunnen gebruiken om metingen uit te zetten. Van Hooren spreekt ook over het inzetten van digitale technologie ten behoeve van de ondersteuning in de zorg. Zij benoemt dat er binnen in de geestelijke gezondheidszorg steeds meer nadruk wordt gelegd op de inzet van E-health. Ze vertelt hierbij dat het van belang is dat de behoeften van vaktherapeuten en hun cliënten nauwkeurig wordt nagegaan. Het verduidelijken van deze behoeften zorgt ervoor dat er technologische mogelijkheden kunnen worden gezocht of ontwikkeld om de processen binnen de zorg te ondersteunen en te verbeteren. Hiermee wordt de inzet van technologie niet een doel op zich, maar een middel waarmee de zorg bevorderd kan worden.

Van den Berg (2012) heeft onderzoek gedaan naar hetzelfde gebied om een duidelijk beeld te krijgen van wat zowel vaktherapeuten in Nederland als ook wereldwijd, denken over het gebruik van digitale gereedschappen en technieken in de beeldende therapie. In het uitgevoerde onderzoek van van den Berg komt naar voren dat het voor de beeldend therapeuten niet duidelijk is wat er wordt verstaan onder 'digitale technieken'. Ze hebben hier verschillende beelden bij. Van den Berg benoemt dat het gebruik van digitale camera's het meeste wordt genoemd in de reacties en dat van hieruit te verwachten is dat dit door de respondenten wordt opgevat als zijnde een digitale techniek. Uit andere literatuur komt naar voren dat het gebruik van camera's niet het enige is wat onder deze begrippen geplaatst kan worden. Zo heeft Malchiodi (2012) enkele artikelen geschreven op het gebied van digitale technieken en gereedschappen en de inzet hiervan in de beeldende therapie. Zij vertelt dat Austing en Thong (Austing & Thong, zoals geciteerd in Malchiodi, 2012) computerapplicaties hebben uitgebreid tot wat nu heet, 'digital art therapie' oftewel 'digitale beeldende therapie'. Dit omvat alle vormen van op technologie gebaseerde media, inclusief digitale collage, illustraties, films en foto's die door beeldend therapeuten worden ingezet om cliënten te ondersteunen in het genereren van kunst als proces van de therapie onder. In dit onderzoek wordt er echter niet een inventarisatie gevraagd rond digitale beeldende therapie, maar worden de gedachten rondom de digitale technieken geïnventariseerd. Onder deze term vallen ook alle vormen van op technologie gebaseerde media.

Malchiodi (2012) geeft nog een concreter beeld van een digitale techniek die al in een therapie setting gebruikt wordt. Zo noemt zij het sketch Ip 2-D modeling software programma (Project Spectrum, zoals geciteerd in Malchiodi, 2012) dat ontwikkeld is door Google. Dit programma heeft aangetoond dat het voordelen bevat voor cliënten met het Autisme spectrum stoornis. Cliënten met deze stoornis die dit programma gebruikten, gaven aan dat het voor hen frustrerend was om met pen en papier een huis te tekenen. Het gebruiken van het programma om een huis te creëren was niet alleen voor hen plezieriger, maar ook visueel een stuk logischer.

Daarnaast beschrijft Malchiodi (2012) ook het gebruik van een tablet bij een cliënt. Deze cliënt, Josh, was 10 jaar en opgenomen in het ziekenhuis. Het gebruik van een tablet, wat in deze casus een Ipad is, werd door de therapeut toegepast om Josh tot bedaren te laten komen. De therapeut introduceerde twee verschillende apps, oftewel software applicaties, aan Josh. De apps die werden geïntroduceerd waren SpinArt Studio en Spawn Glow. Volgens Malchiodi zijn deze apps gemakkelijk in gebruik en kan men er verschillende digitale ontwerpen mee maken. Met SpinArt Studio wordt er virtuele ronddraaiende verf gebruikt om beelden te creëren. Bij de tweede app, Spawn Glow, beweegt de gebruiker kleurrijke lijnen met behulp van zijn vingers over het scherm. Josh was door de apps zo in beslag genomen dat het voor de verpleging gemakkelijker werd om medische routines uit te voeren zonder dat Josh angstig werd of klaagde over pijn.

De hierboven beschreven software en apps zijn digitale technieken waarbij het uiteindelijke beeld 2D van aard is. Maar van den Berg (2012) beschrijft dat er ook software programma's zijn die een digitaal 3D illusie op een beeldscherm kunnen creëren. Dit staat volgens hem in computertaal bekend als 'digital sculpting'. Met dergelijke programma's kunnen gebruikers een figuur kneden, het rond draaien en van alle kanten bekijken. Van den Berg vertelt dat deze programma's op het moment nog niet zo heel gebruikersvriendelijk zijn, maar dat dit zeker zal veranderen in de nabije toekomst. De programma's die bij hem bekend zijn, zijn Poser-debut, Mudbox en Zbrush. Hij noemt ook een app die verkrijgbaar is op de Ipad, 123Sculpt.

Austing (2010) noemt ook een voorbeeld van het gebruik van een 3D software programma. Hij behandelde Robert, een 15-jarige jongen. Bij hem was therapie geïndiceerd door de afwezigheid van relaties met leeftijdsgenoten en om de emotionele ontwikkeling verder op gang te brengen. In de sessies kwam naar voren dat Robert in het bijzonder geïnteresseerd was in computerspellen. Met dit in gedachten gaf de therapeut Robert de mogelijkheid om in de therapie een eigen scenario voor een spel te creëren. Uit de casus blijkt dat er meer voor nodig was om de doelstellingen voor de cliënt aan te pakken. Zo was het belangrijk dat de therapeut van de cliënt spiegelde. Maar door de inzet van iets wat dicht bij de interesses van de cliënt lag, het creëren van een scenario voor een computerspel, werd het voor de cliënt mogelijk om in het proces zijn gevoelens te tonen.

De term digitale technieken omdat dus niet alleen het gebruik van foto's en de bewerking hiervan in de therapie. Het omvat ook het gebruik van apps en software programma's op een computer. Het is een vorm van E-health, oftewel het inzetten van Informatie en Communicatie Technologie (ICT) in de therapie (van Hooren, 2012). Het inzetten van ICT is volgens E. Wouters (persoonlijke communicatie, 28 november 2013) iets wat steeds meer in opkomst is. Ze gaf een presentatie over dit onderwerp tijdens de Kennis in bedrijf dag op 28 november, waarbij zij redenen aanhaalt waarom er juist meer ICT wordt ingezet. In een mailwisseling met de onderzoeker heeft zij nog meer informatie gegeven. Zij haalt als reden voor meer inzet van ICT de digitale revolutie aan, iets wat van Hooren (2012) ook benoemt. Beide benoemen dat er veel ontwikkelingen gaande zijn op het gebied van technologie en dat dit ook steeds meer invloed zal hebben op de zorg. E. Wouters benoemt dat er daarnaast bezuinigingen plaatsvinden en dat er een toename is van chronische ziekten, waardoor men ook meer gaat kijken of het inzetten van technologie in de zorg een mogelijke oplossing is. Maar er moet volgens haar ook acceptatie plaatsvinden, men moet de nieuwe technologie ook kunnen accepteren. Dit geldt volgens E. Wouters zowel voor de cliënten die ermee te maken krijgen in hun behandeling, maar zeker ook voor de zorgprofessionals die met de nieuwe technologie gaan werken.

Als zorgprofessionals de technologie niet accepteren, dan is het mogelijk dat men terughoudend is over de inzet ervan. E. Wouters (persoonlijke communicatie 28 november 2013) heeft nog meer redenen gegeven over de terughoudendheid bij het inzetten van technologie in de zorg. Waaronder ook dat er niet altijd genoeg financiële middelen aanwezig zijn om ICT in te kunnen zetten. Het kan ook zijn dat men te weinig kennis heeft over de technologie om deze in de praktijk in te kunnen zetten.

Orr (2010) benoemt dat de therapeut in de huidige ontwikkelingen in de technologie net zoveel te leren heeft over de technologie als de cliënt moet leren over relaties, zijn zelf en zijn mental gezondheid in de wereld. De kennis die aanwezig is bij beeldend therapeuten over de digitale technieken is in de praktijk vaak beperkt. Volgens Orr zijn beeldend therapeuten van mening dat men geïsoleerd kan raken omdat men fysiek alleen achter een computer zit, op het moment dat men door middel van een netwerksite contact maakt met iemand aan de andere kant van de wereld. Volgens Orr realiseren deze beeldend therapeuten niet dat de digitale technieken slechts gereedschappen zijn, net zoals penselen gereedschappen zijn.

Als de beeldend therapeuten de digitale technieken zouden zien zoals Orr (2010) ze ziet, dan zouden zij hieromheen een methode kunnen ontwikkelen. Een methode is volgens Schweizer (2001) in de praktijk ontwikkeld. Hierbij is kennis aanwezig van methodieken en theorieën op het gebied van psychologie, psychopathologie, ortho (ped) agogiek, kunststromingen, speltheorieën en technische toepassingen van materialen en gereedschappen. Als beeldend therapeuten de digitale technieken zien als gereedschappen, dan is het mogelijk om hierom een methode op te zetten. Volgens Schweizer handelen beeldend therapeuten op verschillende gebieden methodisch. Dit doen ze op het gebied van materiaalcontact, vormgeving, thema's en symbolen in het werk en interacties met anderen. Er wordt, op elk van deze gebieden, doelbewust of intuïtief keuzes gemaakt. Dat leidt uiteindelijk tot het wel of niet uitvoeren van bepaalde interventies op een moment in de therapie. Ook bij digitale technieken is dit mogelijk, wanneer men deze ziet als gereedschappen. Maar voordat men een methode kan ontwikkelen moet men eerst kennis hebben over de gereedschappen en de materialen. Er blijkt in Nederland nog niet zoveel kennis beschikbaar te zijn. Slechts enkele literatuur spreekt over digitale technieken en geeft aan hoe deze gebruikt kunnen worden.

Zo geeft Cole (2010) aan hoe men digitale schildertechnieken kan gebruiken om digitale simulaties te maken van natuurlijke schildertechnieken. Hij is een kunstenaar die ervaring heeft met de traditionele verf en penseel, maar hij werkt ook met digitale schildertechnieken. Hij vertelt dat de computer hierbij niet al het werk doet. Men moet nog steeds de penseelstreken met een digitale tekenpen, een stukje hardware, aanbrengen. Ook moet men nog steeds creatieve beslissingen nemen. Hij geeft technische aanwijzingen hoe men zelf digitale schilderijen kan maken. Voor het inzetten digitale technieken in de beeldende therapie moet er ook worden gekeken naar andere literatuur.

Van den Berg (2009) benoemt dat het computergebruik in de beeldende therapie diverse therapeutische mogelijkheden biedt. Het werken op de computer heeft namelijk een aantal specifieke kenmerken en mogelijkheden, die andere materialen in de therapie niet bevatten. Zo is het mogelijk om op een computer alle stappen die zijn gemaakt in het beeldend proces op te slaan om deze op een later moment nog een keer terug te halen. Dit maakt het volgens van den Berg mogelijk om eendeloos uit te proberen, de wisselen en te herhalen. H. van den Berg (persoonlijke communicatie, 21 februari 2014) heeft dit tijdens een lezing getoond door een filmpje te laten zien. Hierin waren alle stappen die hij had genomen in een tekenprogramma op de computer, terug te zien. Hij kon dit filmpje pauzeren en bepaalde stappen aanwijzen.

Daarnaast bevat een computer volgens van den Berg (2009) een zekere structuur die aanwezig en constant is. Die biedt volgens hem veiligheid, omdat de cliënt de mogelijkheid krijgt aangeboden om zelfstandig te experimenteren met de keuzemogelijkheden. De cliënt kan nieuwe vormen maken, eigen mogelijkheden ontwikkelen en onderzoeken terwijl de kaders van het materiaal, in dit geval het softwareprogramma op de computer, constant en duidelijk aanwezig blijven. Hij geeft aan dat het voorspelbare karakter die een dergelijk software programma biedt, ook kan leiden tot flexibiliteit. Dit door het herhalen van succesvolle vormen en het doorwerken op deze vormen. Volgens van den Berg kan er dan een beeldend proces op gang komen.

Van de Berg (2009) noemt nog een ander voordeel van het gebruik van een computer in de therapie. Hij zegt dat dit ook de drempel kan verlagen om beeldend aan het werk te gaan. Hij geeft aan dat het betreden van een beeldende therapieruimte blokkerend kan werken. Dit omdat het vaak een onbekende ruimte is voor cliënten die niet eerder beeldende therapie hebben gehad. Volgens hem is de computer steeds meer een bekend beeld in de huizen van Nederlanders en deze vertrouwdheid kan drempelverlagend werken. Hij benoemt hierbij de jongeren als doelgroep waarbij deze digitale techniek goed kan worden ingezet. Maar hij benoemt er ook de ouderen als groep. Dit omdat ouderen, die in een levensfase zijn gekomen waarin zij juist veel eigen mogelijkheden verliezen, toch nog een uitbreiding van de eigen mogelijkheden kunnen ervaren op het moment dat zij werken met een computer. Het gebruik van een computer kan volgens van de Berg daarnaast ook nog dienen als een statussymbool. Door het gebruik van een computer hoor je volgens hem als het ware meer bij de maatschappij, omdat meerdere mensen tegenwoordig een computer gebruiken.

Maar naast dat er voordelen zijn die digitale technieken geven wanneer ze worden ingezet in de therapie, zijn er ook nadelen te noemen. Dit blijkt uit het onderzoek dat Orr (2012) heeft uitgevoerd in 2004 en dat herhaald werd in 2011. Uit dit onderzoek bleek dat de reden om geen digitale technieken in de therapie in te zetten, voortkwamen uit het feit dat de ondervraagde beeldend therapeuten van mening waren dat digitale technieken geen tastbare kwaliteiten bevatten. De traditionele materialen, zoals klei en verf, bevatten dit wel. Klei bijvoorbeeld, kan warm of koud aanvoelen, nat zijn, hard zijn. Een digitale techniek, of het nu gebruikt wordt op een computer of een tablet, heeft deze eigenschappen niet. Het blijft een programma op een apparaat. Daarnaast waren de beeldend therapeuten van mening dat het werken met digitale technieken ook kan zorgen voor isolatie, omdat men individueel werkt achter een apparaat en daardoor geen menselijke interactie nodig heeft.

Uit het onderzoek van Orr (Orr, zoals geciteerd in Orr, 2010) bleek dat de keuze om wel of niet digitale middelen in te zetten vaak bij de therapeut wordt neergelegd. Volgens Orr blijkt uit deze hiërarchische benadering dat de therapeut dan logischerwijze meer kennis moet hebben over de digitale technieken dan de cliënt. Dit is juist met digitale technieken vaak niet het geval. Vaak is de cliënt diegene die omringd wordt door alle nieuwe technologie en van hieruit vaak al meer kennis heeft. Orr spreekt daarom van een gezamenlijk genomen beslissing om wel of niet digitale technieken in te zetten. Dit in plaats van beslissingen die alleen worden genomen door een therapeut. De aard van digitale technieken ondersteunt een gezamenlijke besluitvorming door cliënt en therapeut, dit door geven en nemen, ondersteuning en onafhankelijkheid.

Maar doordat er in de praktijk van vandaag nog weinig sprake is van gezamenlijke besluitvorming door cliënt en therapeut, wordt de doelgroep van dit onderzoek gevormd door beeldend therapeuten. Zij bieden verschillende materialen en technieken aan hun cliënten aan, en kunnen verschillende meningen hebben over het inzetten van digitale technieken. Er wordt in dit onderzoek alleen gekeken naar de inzichten van beeldend therapeuten uit Nederland. Tussen nationaal en internationaal niveau zijn er verschillen over de beschikbare informatie. Orr (2012) heeft in 2004 een onderzoek verricht naar het gebruik van technologie in de beeldende therapie in Amerika. Zo had ze de mogelijkheid om te zien of er een toename was van het gebruik van technologie in de therapie. Dit onderzoek is echter uitgevoerd in Amerika, en schetst geen beeld over het gebruik en de kennis digitale technieken in de beeldende therapie in Nederland. Van de Berg (2012) heeft een onderzoek uitgevoerd in Nederland, maar hieruit werd de vraagstelling van dit onderzoek niet voldoende beantwoord. In Nederland is het nog niet helder of er methodes zijn rondom de inzet van digitale technieken in de praktijk van beeldende therapie.

In dit onderzoek zijn de cliënten dus niet de doelgroep. Zij worden wel de doelgroep op het moment dat er gekeken wordt voor welke cliënten de inzet van digitale technieken waardevol zouden zijn. Zoals al eerder is vermeld, sprak Malchiodi (2012) van het sketch Up 2-D modeling software programma (Project Spectrum, zoals geciteerd in Malchiodi, 2012). Dit programma bevat volgens Malchiodi voordelen voor cliënten met een Autisme Spectrum Stoornis. Het werken werd met het inzetten van het software programma minder frustrerend en ook visueel logischer voor cliënten met deze stoornis. Voor deze cliënten is de inzet van digitale technieken passend. Orr (2010) geeft ook meer informatie over doelgroepen waarbij de inzet van digitale technieken passend is. Ze vertelt over een onderzoek dat is uitgevoerd bij beeldend therapeuten in de praktijk (Orr, zoals geciteerd in Orr, 2010). Uit een vragenlijst onder deze beeldend therapeuten naar de therapeutische kwaliteiten van digitale technieken, bleek dat zij van mening waren dat er cliënten zijn die goed reageren op digitale technieken en dat de cliënten zijn waarbij digitale technieken niet passend zijn. De therapeuten lieten weten dat het inzetten van digitale technieken past bij cliënten die weerstand ervaren met het voelen van materialen, of die weinig tot geen toegang hebben tot traditionele materialen wegens besmettingsgevaar of veiligheidskwesties. De therapeuten waren ook van mening dat het ingezet kan worden bij cliënten die een beperkte mobiliteit hebben. Het is hierbij de vraag of zij dan cliënten bedoelen die bijvoorbeeld getroffen zijn door een verlamming en hierdoor niet in staat zijn om zich te bewegen of alleen een deel van hun lichaam kunnen bewegen. De mogelijkheid zou ook kunnen zijn dat de therapeuten cliënten bedoelen die moeilijk ter been zijn en hierdoor minder mobiel zijn. Uit het onderzoek van Orr blijkt verder dat er therapeuten zijn die van mening zijn dat het inzetten van digitale technieken ook goed past bij cliënten die al bekend zijn met technologie en hier al ervaring mee hebben. Van hieruit zou men kunnen denken aan bijvoorbeeld jongeren.

Het is algemeen bekend dat de meeste jongeren op de hoogte zijn van de vele digitale ontwikkelingen. S. van Hooren (persoonlijke communicatie, 1 oktober 2013) maakte voor dit onderzoek bekend dat KenVak gaat starten met een onderzoek omtrent digitale technieken en jongeren, 'Gaming in Therapy'. Het onderzoek richt zich op jongeren, van 16 tot 21 jaar, met een externaliserende psychiatrische problematiek. Er wordt kennis bij elkaar gebracht door onderzoekers, ontwikkelaars en educatieve instellingen. Deze kennis gaat over de gebieden van game design,

motivatie, psychiatrische instellingen, toegepaste psychologie, jeugdzorg en marktwerking in de zorg. Men wil volgens S. van Hooren een totaalpakket ontwikkelen waarin de jongeren geïnformeerd en behandeld worden en waarin zij ook nazorg kunnen ontvangen. Hierin worden mobiele telefonie, oftewel app-gebruik, het internet en de traditionele media nader onderzocht. Er wordt hierbij een sterke nadruk gelegd op het kenmerk van de hedendaagse generatie, namelijk de participatiecultuur. S. van Hooren liet weten dat de inzet van (digitale) speelelementen zich bijzonder goed leent voor het stimuleren van een autonomie ervaring en dat games de universele menselijke behoeften voor autonomie kunnen bevredigen. Dit heeft vervolgens een positieve uitwerking op de motivatie van de spelers. Van het onderzoek 'Gaming in Therapy' onderzoek waren er nog geen resultaten bekend op het moment van schrijven. Tevens gaat dat onderzoek over het specifiek toepassen van game elementen in de behandelingen en niet over de algemene inzet van digitale technieken in de beeldende therapie. Het laat wel zien dat er op dit moment ontwikkelingen zijn rondom technologie en de creatieve therapie en toont hierbij de relevantie aan voor dit onderzoek.

Een ander onderzoek wat ook de relevantie aangeeft en daarnaast ook kort ligt bij het onderzoek 'Gaming in Therapy', is het onderzoek van, van Groenland (2010). Zij heeft onderzocht of het gebruik van digitale technieken inzetbaar is bij jongeren met een licht verstandelijke handicap. Er was namelijk gebleken dat men in de behandeling van de cliënten niet of nauwelijks keek naar de invloed die de virtuele wereld heeft op de cliënten. Van Groenland was echter wel van mening dat dit in de behandeling moet worden meegenomen. Dit omdat het een onderdeel is dat bij hun hobby's hoort en het een plek is waar ze communiceren. Tevens is het een zodanig deel van hun leven dat de meerderheid van de jongeren die ze had geïnterviewd, vertelde dat ze niet meer zonder een virtuele wereld konden leven.

Van Groenland (2010) heeft daarnaast ook gekeken op welke manier de virtuele wereld ingezet kon worden binnen de beeldende therapie. Ze heeft hiervoor gekeken naar verschillende softwareprogramma's op de computer waarmee getekend kan worden, ook wel tekenprogramma's geheten. Ze noemt als voorbeelden de programma's Artrage, Tux Paint en Pencil. Deze programma's zijn volgens van Groenland geschikt om in te zetten bij de doelgroep licht verstandelijke gehandicapten jongeren. Van Groenland heeft daarnaast ook verteld dat het gebruik van een specifiek stukje hardware, zoals een tabletpen, een toegevoegde waarde had die de cliënten erg konden waarderen. Hardware is hetgeen van de computer wat men letterlijk kan vasthouden. De pen die van Groenland benoemt is een pen waarmee men op een computer, met een tekenprogramma, kan tekenen zoals men ook met een gewone pen met in op papier schrijft.

1.2 Zoekstrategie

Om een beeld te kunnen vormen van de beschikbare kennis over digitale technologie en de toepassing hiervan in de creatieve therapie is er op allerlei manieren gezocht naar informatie. Er zijn verschillende strategieën toegepast om deze informatie te vinden, zoals het zoeken in de databanken en in de HBO kennisbank. Dit is gedaan door middel van het gebruiken van PICO vragen. Dit wil zeggen dat ik gezocht heb op Patiënten, Interventies, Comparison (vergelijking) en Outcome (resultaat). Deze woorden vormen samen de afkorting PICO. In Bijlage 3, PICO vragen, is terug te zien welke specifieke termen er zijn gebruikt om literatuur te vinden die in de verkenning van het probleemgebied is geplaatst. In Bijlage 4, Zoekgeschiedenis, is de zoekgeschiedenis in de databanken weergegeven.

Er is in het vooronderzoek niet alleen gekeken naar informatie die verkrijgbaar is uit boeken, maar ook naar reeds uitgevoerde onderzoeken, zowel in Nederland als internationaal. Uit een gesprek met I. Péntzes-Driessen en A. Cilissen-Ysermans (persoonlijke communicatie, 26 oktober 2013) zijn er ook enkele namen verkregen van therapeuten die werkzaam zijn in op het gebied van digitale technologie en beeldende therapie, zoals Malchiodi en Moon. Deze namen zijn gebruikt als zoektermen in het vooronderzoek, waardoor meer informatie is verkregen. Daarnaast is er ook meer literatuur verkregen door aanbod van andere studenten. F. Annemans (persoonlijke communicatie, 1 oktober 2013) wees op een interessant artikel dat uiteindelijk ook werd gebruikt in de verkenning van het probleemgebied.

Tevens is er ook een andere zoekstrategie toegepast die aansluit bij het thema van het onderzoek. Door middel van digitale technieken, namelijk het gebruik van een laptop met internet, werd er op de sociale netwerksite Facebook een oproep van S. Bruijgom (persoonlijke communicatie, 2 oktober 2013) gevonden. Hij sprak over een onderzoek dat hij mogelijk zou uitvoeren rondom hetzelfde thema als dit onderzoek en plaatste hierbij ook een link naar het uitgevoerde onderzoek van, van den Berg (2012). Zo is er ook informatie verkregen over uitgevoerd onderzoek dat plaats heeft gevonden in Nederland.

1.3 Vraagstelling

Uit de verkenning van het probleemgebied is duidelijk geworden dat er een aantal zaken zijn die men al weet over digitale technieken. Zo zijn er enkele beeldend therapeuten die al mogelijke toepassingen zien voor digitale technieken in de beeldende therapie. Er worden enkele software programma's genoemd die beeldend therapeuten gebruiken. Zo spreekt Malchiodi (2012) van de app Spin Art studio en Spawn Glow. Ook vertelt ze over het software programma Sketch Up 2-D modeling software. Van den Berg (2012) vertelt over Poser-debut, Mudbox, Zbrush en 123Sculpt. Van Groenland (2010) geeft meer informatie over software programma's te weten: Art Rage, Tux Paint en Pencil.

Malchiodi vertelt dat Austing en Thong een definitie hebben over het gebruiken van digitale beeldende therapie (Austing; Thong, zoals geciteerd in Malchiodi, 2012). Zij benoemen dat alle vormen van op technologie gebaseerde media, inclusief digitale collage, illustraties, films en foto's die door beeldend therapeuten worden ingezet om cliënten te ondersteunen in het genereren van kunst als proces van de therapie, kan worden gezien als 'digitale beeldende therapie'. Omdat het nu juist de inzet is van de op technologie gebaseerde media waar het over gaat, is er in dit onderzoek door de onderzoeker besloten om de term 'digitale technieken' te benoemen. Dit omvat dan alle op technologie gebaseerde media die een beeld kunnen creëren en die ingezet kunnen worden in de therapie

De meeste informatie die er is gevonden over de verschillende applicaties en de toepassing hiervan op het moment, vindt zijn oorsprong niet in Nederland maar daarbuiten. In dit onderzoek wordt er gekeken naar wat de beeldende therapeuten in Nederland denken over digitale technieken en wat zij al doen toepassen.

De onderzoeksvraag van dit onderzoek is dan als volgt:

'Welk beeld hebben de Nederlandse beeldend therapeuten over digitale technieken in de beeldend therapeutische praktijk?'

Er wordt dan niet alleen gekeken naar de digitale technieken die nu al worden toegepast, maar ook naar de kennis die als aanwezig is bij de therapeuten. Tevens wordt er gekeken naar wat zij nuttig achten.

1.4 Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is om een inventarisatie weer te geven van het beeld dat beeldend therapeuten in Nederland hebben over digitale technieken. Het thema digitale technieken wordt hierbij in de breedte bekeken. Er wordt geïnterviewd wat er al bekend is over digitale technieken, maar ook waar men nog behoefte aan heeft, bij welke doelgroep het aansluit en of men het in de praktijk inzet. Er wordt ook geïnterviewd welke toepassingen de therapeuten hebben bij digitale technieken

Het is duidelijk dat het een groeiende sector is waarin veel mogelijkheden liggen. Door het uitzoeken van de verdere mogelijkheden, wordt er meer kennis vergaard. Dit kan uiteindelijk ook leiden tot het verspreiden van deze kennis en het gebruik hiervan in andere onderzoeken.

Door het uitvoeren van het onderzoek, beoogt de onderzoeker zelf om een beter beeld te krijgen over digitale technieken en hoe deze geïntegreerd kunnen worden in het methodisch handelen van de onderzoeker.

Daarnaast heeft de onderzoeker opgemerkt dat er nog geen richtlijnen zijn voor het gebruiken van digitale technieken in de praktijk. Door het uitvoeren van het onderzoek, kan er een duidelijk beeld worden geschetst over de benodigdheden die aanwezig moeten zijn, voordat men digitale technieken kan toepassen in de praktijk.

Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethode

2.1 Onderzoekstype

Om de onderzoeksvraag van dit onderzoek te beantwoorden, is er gekozen voor een inventariserend kwalitatief onderzoek. De onderzoeksvraag is beschrijvend van aard en gericht op het inventariseren van het beeld dat beeldend therapeuten hebben over digitale technieken en vraagt daarom voor dit onderzoekstype. De Jong, Vandenbroele, Glorieux, De Maesschalck en Visser (2012) beschrijven dat kwalitatieve onderzoeksmethoden zich richten op het achterhalen van redenen voor bepaalde fenomenen of op ervaringen die mensen hebben met, of ten aanzien van, bepaalde fenomenen. Dit is bij de onderzoeksvraag van dit onderzoek van toepassing, omdat er naar gestreefd wordt om de ervaringen van beeldend therapeuten omtrent digitale technieken te inventariseren.

Bij dit onderzoek is het inventariseren van de ervaringen van de therapeuten met digitale technieken belangrijk om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Baarda, de Goede en Teunissen (2009) benadrukken dat het bij een kwalitatief beschrijvend onderzoek gaat om het benoemen van inventariseren van karakteristieken van de onderzoekseenheden in termen van kwaliteiten en niet om kwantiteiten. Dit wil zeggen dat er vanuit het gezichtspunt van de betrokkenen de gevoelens, belevingen, ervaringen en betekenisverleningen in kaart worden gebracht. Bij dit onderzoek is dit van toepassing omdat het gaat over de ervaringen van therapeuten omtrent hun inzet van digitale technieken en het beeld dat zij over digitale technieken hebben.

2.2 Onderzoeksmethode

De onderzoeksvraag van dit onderzoek is gericht op een specifiek fenomeen, namelijk het beeld dat beeldend therapeuten in Nederland hebben over digitale technieken. Er is hier nog weinig kennis over beschikbaar, in elk geval over dit fenomeen in Nederland. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat er wel informatie beschikbaar is, maar dat het merendeel hiervan zijn herkomst buiten Nederland heeft. Volgens Morse en Field (zoals geciteerd in de Jong, Vandenbroele, Glorieux, De Maesschalck en Vissen, 2012) wordt er een kwalitatieve onderzoeksmethode toegepast op het moment dat er weinig bekend is over het fenomeen dat ter discussie staat. Vanuit deze kennis is de keuze gemaakt voor een kwalitatief onderzoeksmethode.

2.3 Dataverzameling

Voor het verzamelen van data voor dit onderzoek, is er in eerste instantie gedacht aan het organiseren van focusgroepen. Dit zijn volgens Evers (2007) groepsinterviews en deze zijn verschillend van individuele interviews. Evers vertelt dat men een focusgroep gebruikt op het moment dat men de diversiteit van meningen wil uitdiepen ook is het uitoeren van een focusgroep geschikt op het moment dat men de sociale context wil achterhalen van het onderwerp dat onderzocht wordt. In dit onderzoek wordt er gezocht naar een verscheidenheid van meningen, wat de focusgroep tot een geschikte keuze van data verzameling maakte. Evers vertelt hierbij dat een focusgroep meer oplevert dan de soms van een aantal individuele interviews. Dit gegeven komt doordat de respondenten de gelegenheid krijgen om elkaar vragen te stellen en ook zichzelf aan een ander moeten verklaren. Hierdoor kan het onderwerp breder worden bekeken dan wanneer met de respondenten individueel interviewt, doordat de aanwezigheid van andere respondenten kanten van het onderwerp kunnen belichten waar niet eerder aan werd gedacht.

Evers (2007) geeft daarnaast aan dat de consensus (overeenstemming) en de dissensus (onigheid) rond een thema inzichtelijk wordt door de groepsdynamiek die er ontstaat tijdens een focusgroep. De groepsleider moet er dan wel op bedacht zijn dat de groepsdynamiek ook voor een conflict kan zorgen, op het moment dat de respondenten het niet met elkaar eens zijn.

Met de gedachte van focusgroepen in het achterhoofd, zijn de respondenten geselecteerd. In focusgroepen worden de deelnemers geselecteerd om bepaalde overeenkomstige factoren. Omdat er vanuit de verkenning van het probleemgebied duidelijk werd dat digitale technieken al bij enkele doelgroepen werd ingezet, werd er besloten om de respondenten te selecteren op de doelgroepen die zij in behandeling hadden. De doelgroep die vanuit de verkenning van het probleemgebied naar voren kwam, was de doelgroep van de jongeren. Daarnaast werd er ook gekozen voor cliënten met een lichamelijke beperking. Dit omdat er in de werkcolleges naar voren kwam dat het werken met digitale technieken een schone techniek was, en dat dit weleens ingezet kon worden bij cliënten die niet in staat waren om te werken met de traditionele materialen, vanwege allergie of iets dergelijks.

Vanuit deze beslissing werd er gekeken naar mogelijke respondenten. Vanuit de connecties van I. Pénzés en medestudenten van de onderzoeker is er contact gelegd met de respondenten. Bij het leggen van dit eerste contact werd het doel van het onderzoek uitgelegd, evenals de manier van dataverzameling.

Tijdens het leggen van het contact met de respondenten, werd duidelijk dat het organiseren van de focusgroepen in de praktijk lastig bleek. Er waren respondenten die aangaven dat ze wel openstonden voor een individueel interview, maar dat ze een focusgroep niet haalbaar achtten. Andere therapeuten stonden voor beide mogelijkheden open, maar bij het uiteindelijke plannen van de focusgroepen, door middel van de site 'datumprikker.nl', bleek dat het niet mogelijk was om de respondenten op één dag bij elkaar te laten komen. Ze waren ieder op een andere dag beschikbaar. Aangezien alle gecontacteerde respondenten openstonden voor individuele interviews, werd er besloten om door middel van individuele interviews de data voor het onderzoek te verzamelen.

Voor een goede voorbereiding voor het afnemen van de interviews, is er een workshop interviews gevolgd door de onderzoeker. Deze workshop werd door de opleiding georganiseerd en gegeven door J. Tissen. De informatie die hieruit naar voren kwam werd gebruikt bij de voorbereiding en het afnemen van de interviews met de respondenten.

In de tijd dat er werd besloten dat de data voor het onderzoek verzameld werd door middel van individuele interviews, werd er al een topic lijst samengesteld. Deze topiclijst werd gaandeweg het afnemen van de interviews aangepast. Na het eerste interview bleek dat deze lijst niet voldoende was en werd hij aangevuld. Dit is nog een aantal keer gedaan en dit is terug te zien aan de topic lijst en de uiteindelijke vragenlijst die men kan vinden in de bijlage van dit verslag (Bijlage 1, Topiclijst en Bijlage 2, Vragenlijst).

Tijdens de interviews werd er ook informatie van de voorgaande interviews weergegeven. Op deze manier kregen de respondenten de gelegenheid om te reageren op de uitingen van andere respondenten.

2.3.1 Vastleggen Data

Voor het vastleggen van de data is tijdens dit onderzoek gebruik gemaakt van een memorecorder, ook wel een voice recorder geheten. Dit is gedaan om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen. Volgens Baarda et al. (2013) zijn audio opnames achteraf altijd te beluisteren, waardoor de controle op de kwaliteit van een interview in zekere mate maximaal is. De data werd daarom vastgelegd door middel van een voice recorder. Voor het gebruik hiervan is op voorhand aan de respondenten toestemming gevraagd. Het gebruiken van een voice recorder had een aantal redenen. Het gebruik van een voice recorder komt volgens Boeije (2005) ten goede van de kwaliteit van het onderzoek. Dit omdat de onderzoeker zich kan concentreren op het gesprek en zich minder druk hoeft te maken over de aantekeningen tijdens het gesprek. De onderzoeker hoeft niet te selecteren wat hij wel of niet noteert. Tevens kan hij niet de gegevens vervormen door zijn wijze van noteren. Boeije geeft aan dat het gebruik van een voice recorder daarnaast ook meer inzicht oplevert, dit omdat zowel de vragen als de antwoorden zijn vastgelegd. Hierdoor is het helder wie naar aanleiding van welke vraag of over een bepaald onderwerp spreekt. Ook kunnen volgens Boeije delen van de getranscribeerde tekst in de eindrapportage worden verwerkt, zodat de lezers de relatie tussen de oorspronkelijke gegevens en interpretaties kunnen beoordelen.

2.3.2 Onderzoekspopulatie

Dit onderzoek heeft zich qua respondenten beperkt tot beeldend therapeuten die in Nederland werken of in Nederland hun opleiding hebben gevolgd. Omdat er op het eerste ogenblik de keuze was gemaakt om focusgroepen te organiseren en af te nemen, was hierop ook de keuze van de respondenten aangepast. Zoals al reeds is gezegd, werd er uit het vooronderzoek duidelijk dat digitale technieken bij de doelgroep jongeren al werden toegepast. Er werd besloten om een focusgroep te organiseren waarbij de respondenten met deze doelgroep werkten. De andere groep werd gevormd door therapeuten die werkten met cliënten met een lichamelijke beperking. Dit omdat er in de werkcolleges op voorhand naar voren was gekomen dat het werken met digitale technieken een schone manier van werken is, er komt geen stof bij vrij en men kan er ook niet bij knoeien zoals bij sommige traditionele materialen. Dit zou positief zijn voor cliënten die niet in staat zijn om met de traditionele materialen.

Ondanks dat de focusgroepen niet doorgingen, is er wel voor gekozen om de respondenten die gecontacteerd waren en hadden ingestemd met een interview, te behouden als respondenten. Dit omdat men ook beperkt was in de tijd. De respondenten kregen op een andere manier de mogelijkheid om op elkaar uitingen te reageren. Tijdens de interviews werden soms de uitingen van andere respondenten vermeld, zodat de respondent die werd geïnterviewd hierop kon reageren.

Er is contact opgenomen met de respondenten door gebruik te maken van de netwerken van verschillende personen. Het netwerk van I. Pénzés is hierbij gebruikt, maar ook de netwerken van verschillende klasgenoten van de onderzoeker, waaronder het netwerk van F. Annemans. Ook hebben respondenten zelf nog adviezen gegeven voor mogelijke respondenten. Deze zijn ook gecontacteerd en een deel hiervan gaf ook aan mee te willen doen met het onderzoek. Volgens Boeije (2005) wordt dit ook wel de sneeuwbal of netwerkmethodologie genoemd.

De respondenten die hebben deelgenomen aan het onderzoek, zijn in onderstaand schema 2.1 Onderzoekspopulatie alfabetisch weergegeven.

Respondent	Doelgroep
Alena Nicolai	Kinderen, voorheen stage in pijnkliniek en psychomatiek
Gemmy Willemars	Studenten, leerkracht Creatieve therapie
Lara Schaeffer	Cliënten met orgaanfalen
Margo van Neuren	Kinderen en jongeren
Marjan Helmich	Volwassen cliënten in een justitiële inrichting, eerder jongeren in justitiële inrichting.
Robin Penders-Fanselow	Cliënten met orgaanfalen
Tineke de Graaff	GGZ problematiek met mensen die een gehoorprobleem hebben.
Truus Jans	Jongeren

Schema 2.1 *Onderzoekspopulatie*

2.4 Datapreparatie

Voor het uitwerken van de data, de interviews en de observaties, is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van een laptop en het tekstverwerkingsprogramma Word. Er is daarnaast gebruik gemaakt van Audacity, een geluidverwerkingsprogramma. Door gebruik te maken van dit programma, zijn de opnames nauwkeurig uitgewerkt waardoor de kwaliteit van het transcript maximaal is. Dit vergroot de betrouwbaarheid. Baarda et al. (2013) geeft aan dat wanneer interviews letterlijk worden uitgetypt, de interpretaties zoveel mogelijk worden vermeden. Baarda et al. gaf ook aan dat het gebruik van een logboek, waarin alle gegevens van de interviews en de observaties genoteerd werden, helpend zou zijn bij het uitwerken van de gegevens.

Alle bestanden van het onderzoek, zijn dubbel opgeslagen op een andere plek dan de originele, op de computer en op een verwisselbare schijf. Baarda et al. (2013) geeft aan dat wanneer men dit doet, men bij het geval van verlies de documenten terug te halen zouden zijn.

Vanuit de uitgetypte interviews is er een splitsing gemaakt tussen wat de vragen en antwoorden zijn van de interviewer en de respondent. Dit maakte het tot een overzichtelijk geheel. Voor het vormen van het transcript is alle tekst, die niet relevant was voor het onderzoek, uit het uitgeschreven interview gehaald. Dit zijn teksten die bijvoorbeeld gaan over privé zaken, het aanbieden van iets te drinken of teksten die anderszins afwijkend zijn van het onderwerp van het onderzoek.

2.5 Data-analyse

2.5.1 Coderen

De onderzoeksmethode van dit onderzoek sluit aan bij de principes van de grounded theory. Volgens Smeijsters (2008) worden er bij grounded theory begrippen ontwikkeld en beschreven die het gebeuren in kaart brengen. Er wordt vervolgens gezocht naar nieuwe voorbeelden van de gebeurtenis. Hierbij worden de begrippen die al waren ontwikkeld zo nodig aangepast. Er wordt gezicht naar kernbegrippen. Door verbanden te leggen tussen de begrippen ontstaat geleidelijk een theorie die gefundeerd is in de praktijk. Volgens Baarda et al. (2013) betekent het woord 'grounded' dat men in de analyse van het materiaal, steeds alle uitspraken moet funderen op het onderzoeksmateriaal. Dit wil zeggen dat er zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke data wordt gebleven.

Voorafgaand aan het analyseren van de data, werd er vanuit de opleiding een workshop 'coderen' georganiseerd door I. Pénczes. Hieraan is door de onderzoeker deelgenomen als voorbereiding op het coderen.

Er werd gestart met het open coderen van de transcripten. Dit hield in dat de transcripten met een 'open blik' werden bekeken. Er werd gekeken wat de respondenten precies hadden gezegd. De tekstfragmenten werden gemarkeerd en deze kregen een kenmerkende naam in de vorm van een of meerdere trefwoorden, ook wel label genoemd, waaronder ze werden opgeborgen. Deze labels kregen vorm door het gebruik van de woorden die de respondenten zelf hadden vermeld. Volgens Boeije (2005) wordt die ook wel 'in-vivo' codes genoemd, of veldbetrokken begrippen. Tevens zijn er ook labels gevormd door het gebruik van begrippen die in de vakliteratuur of in het vakgebied voorkomen, volgens Boeije ook wel theoretische begrippen of constructed codes genoemd. Bij het laatstgenoemde is er gebruik gemaakt van de topic lijst die op voorhand was opgesteld. Deze lijst is als het ware een reproductie van het literatuuronderzoek dat heeft plaatsgevonden in de verkenning van het probleemgebied. Aan de hand van alle verzamelde begrippen over het onderwerp, werd vastgesteld welke centrale begrippen in het interview aan de orde moesten komen. Aan de hand hiervan zijn dan ook vragen gesteld aan de respondenten. De transcripten zijn met behulp van deze centrale begrippen gecategoriseerd. De lijst vormde een richting gevende concept, ook wel sensitizing concept genoemd.

Er is in het onderzoek net zo lang doorgedaan met het open coderen, het labelen van fragmenten uit verschillende interviews, totdat er geen nieuwe label meer naar voren kwam. De labels werden geordend en vervolgens teruggebracht tot kernthema's, waarbij er ook werd gekeken naar het literatuuronderzoek. Dit wordt door Baarda et al. (2013) axiaal coderen genoemd. Er is gekeken of de labels synoniem zijn aan elkaar. Op het moment dat labels deze synoniem waren aan elkaar zijn ze vervangen door één label. Als er sprake was van een gemeenschappelijk kenmerk, dan werd er een onderverdeling gemaakt. Baarda et al. noemt dit dimensies. Het axiaal coderen in dit onderzoek is uitgevoerd door de labels uit het open coderen van elk interview in een tabel te zetten en deze documenten uiteindelijk allemaal bij elkaar te leggen. Hierbij is ook samengewerkt met de partner van de onderzoeker, T. Cleven, die heeft meegekeken naar de codes. Hieruit kwamen kernthema's naar voren. Deze geven volgens Boeije (2005) aan wat er in het onderzoek belangrijk is om te bestuderen. Deze kernthema's vormden de basis voor het coderen van de laatste interviews, waarbij de fase van het open coderen is overgeslagen.

Baarda et al. (2013) geven aan dat wanneer men tot een min of meer definitieve bepaling van de labels is gekomen, men moet onderzoeken hoe geldig deze labels zijn voor de nieuwe interview- en observatie materiaal. Er werd gekeken of de labels dekkend genoeg waren, en daar waar dit niet was zijn de labels herzien. Baarda et al. geven aan dat wanneer de fragmenten volledig gedekt worden, er gesteld mag worden dat het systeem geldig is voor deze doelgroep en dergelijke situaties.

2.6 Kwaliteit

Er zijn binnen kwalitatief onderzoek geen vaste maatstaven voor de onderzoeksmethode en het analyseproces. Hierdoor komt de betrouwbaarheid van het onderzoek in het geding. Daarnaast is de onderzoeker betrokken bij de personen die hij bestudeert om zo in staat te kunnen zijn om hun ervaringen te begrijpen. Volgens Boeije (2005) heeft de onderzoeker een eigen levensloop en kan hij daardoor niet neutraal waarnemen. Daarom is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van de kwaliteitscriteria van trustworthiness om de geschiktheid van de werkwijzen te meten.

In dit onderzoek is er rekening gehouden met credibility, dependability, transferability, confirmability en authenticity. Volgens Smeijsters (2005) betreft credibility de geloofwaardigheid en aannemelijkheid van de analyses voor de respondenten. De bevindingen van het onderzoek berusten op de interpretatie van de onderzoeker. Daarom is in het onderzoek gebruik gemaakt van de zogeheten member check. Er is met de respondenten contact opgenomen over de transcripties en de open codering. Aan sommige respondenten is een samenvatting van het gesprek gestuurd, via de mail, waarbij zij de gelegenheid kregen om feedback te geven en verder aanvullingen te geven. Volgens Baarda et al. (2013) wordt er op door het gebruik van de member check gekeken of de interpretaties en de getrokken conclusies in hun ogen recht doen aan de werkelijkheid.

Daarnaast is er in het onderzoek gebruik gemaakt van peer debriefing. Dit houdt volgens Baarda et al. (2013) in dat er aan vakgenoten of expert wordt gevraagd om mee te kijken naar de bevindingen van de onderzoeker en deze tegen het licht aan te houden. In dit onderzoek heeft dit meerdere keren plaatsgevonden tussen de onderzoeker en E. Stokman, een medestudent aan dezelfde opleiding. Ook heeft dit plaats gevonden tussen de onderzoeker en T. Cleven.

In dit onderzoek is ook rekening gehouden met de dependability. Volgens Smeijsters (2008) wil dit zeggen dat er gekeken wordt dat er geen belangrijke informatie mist. Om hieraan te voldoen is er gebruik gemaakt van een voice recorder. De interviews zijn met behulp van het geluid-verwerkingsprogramma Audacity en tekstverwerkingsprogramma Word, geheel uitgetypt. Door het gebruik van deze programma's kon dat zeer nauwkeurig gebeuren waardoor de kwaliteit van de transcripten maximaal was. Hierdoor kon er als het ware geen belangrijke informatie ontbreken. De dependability kan daarnaast ook verhoogd worden door de mate van saturatie, oftewel de verzadiging. Dit wil zeggen dat het onderzoek doorgaat totdat er geen nieuwe informatie wordt ontdekt. Doordat er in dit onderzoek een beperking was in tijd, was dit aspect slechts beperkt mogelijk. Er is wel getracht om hieraan te voldoen, door meerdere interviews af te nemen dan geacht werd. Er werden met behulp van de member check, zoals hierboven al reeds beschreven wordt, werden de respondenten in de gelegenheid gesteld om feedback te geven op samenvattingen van het interview die de onderzoeker hen had gestuurd. Daarnaast kregen zij zo de gelegenheid om nog verdere aanvullingen te geven. Op deze wijze zorgde de member check er ook voor dat er geen belangrijke informatie over het hoofd werd gezien.

Er is ook rekening gehouden met de confirmability. Volgens Smeijsters (2008) is het bij confirmability de vraag of externe beoordelaars de gevolgtrekkingen kunnen bevestigen. Een buitenstaander moet kunnen volgen hoe de resultaten tot stand zijn gekomen. Door de data te verzamelen en te analyseren op een systematische wijze, werd dit in het onderzoek mogelijk gemaakt. Tevens is er een logboek bij gehouden. In dit logboek is terug te vinden met welke respondent er contact is geweest en ook waarom er bepaalde beslissingen zijn genomen. De genomen stappen en beslissingen in het onderzoek zijn bij de onderzoeksmethode beschreven. Dit maakte de genomen stappen tijdens de dataverzameling en de analyse hiervan zichtbaar en concreet.

In het onderzoek is er ook gekeken naar de transferability van de gegevens. Volgens Boeije (2005) wordt er dan gekeken of de resultaten bruikbaar zijn voor anderen. Door het weergeven van de resultaten, het in discussie stellen van de bruikbaarheid ervan en de aanbevelingen voor de praktijk, wordt er een 'thick description' weergegeven. Een thick description is volgens Boeije een uitgebreid beeld dat ontstaat van de omstandigheden, situaties en andere relevante onderwerpen binnen het onderzoek met behulp van een gedetailleerde beschrijving.

Om de resultaten van het onderzoek zo goed mogelijk over te dragen naar andere geïnteresseerden, zal de uiteindelijke scriptie niet alleen binnen het opleidingsinstituut en de daaraan verbonden personen, maar ook daarbuiten worden verspreid. Dit wil zeggen dat de respondenten de scriptie krijgen toegestuurd. Daarnaast zal deze ook via het internet worden verspreid. Er volgt ook een toelichting, in de vorm van een workshop of een presentatie, waarbij er zo veel mogelijk geïnteresseerden worden uitgenodigd.

Door de overdracht van de resultaten op een goede manier uit te voeren, wordt er een goede bruikbaarheid van de resultaten voor anderen nagestreefd. Het is mogelijk dat er studenten zijn die de resultaten kunnen gebruiken om er zelf verder onderzoek naar te doen. Het is ook mogelijk dat naar aanleiding van de resultaten, besloten kan worden om het lesaanbod aan te vullen. Tevens kan het ook zo zijn dat dit onderzoek kan dienen als een aanvulling van het onderzoek van KenVak. Het is daarnaast wellicht ook mogelijk dat door het aanbieden van de resultaten van dit onderzoek aan beeldend therapeuten, zij geïnteresseerd raken in het onderwerp van het onderzoek en hierdoor geprikkeld worden om hun behandelaanbod hiermee uit te breiden.

Het laatste onderdeel dat ook bijdraagt aan de kwaliteit van het onderzoek, is het deel authenticity. Dit wil volgens Smeijsters (2008) zeggen dat de respondenten van de interviews voldoende ruimte hebben gekregen om zijn of haar eigen visie in te brengen. Tijdens het afnemen van de interviews is er getracht om zo veel mogelijk ruimte te creëren zodat de respondenten de mogelijkheid hadden om hun eigen mening en visie te kunnen overdragen. Tijdens het afnemen van de interviews is er bewust voor gekozen om stiltes te laten vallen. Aan het einde van de interviews kregen de respondenten de mogelijkheid om zelf nog iets toe te voegen of om vragen te stellen. Door middel van het sturen van een samenvatting naar enkele respondenten werd het voor hen ook mogelijk om feedback te geven of om aanvullingen te maken. Dit wordt ook wel de zogeheten member check genoemd.

Hoofdstuk 3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Deze resultaten zijn tot stand gekomen uit de analyse van de interviews met de respondenten. De respondenten zijn allen beeldend therapeuten, of zijn werkzaam geweest als beeldend therapeut. In dit hoofdstuk wordt er gesproken van therapeuten, om het leesgemak te vergroten.

Dit onderzoek is inventariserend van aard zoals ook in het vorige hoofdstuk wordt beschreven. Er is gezocht naar de verscheidenheid van gedachten die Nederlandse therapeuten hebben over digitale technieken in de praktijk. Uit de verwerking en analyse van de data, komen vier categorieën naar voren: Digitale technieken, E-health, Ontwikkelingen in de zorg en Belangrijk in de behandeling. De eerste twee categorieën zijn de categorieën waarop de topiclijst en de uiteindelijke vragenlijst gedurende het onderzoek zijn aangepast. De twee laatste categorieën zijn ontstaan uit de antwoorden die de respondenten gaven. Naast het beantwoorden van de vragen die gesteld waren, is er voor de respondenten in de interviews ruimte geweest om andere topics aan te boren.

De resultaten van de categorieën worden hieronder beschreven. Binnen deze categorieën zijn er afzonderlijke thema's vanuit de analyse naar voren gekomen. Deze worden onder de categorieën benoemd op mate van hoe vaak ze genoemd zijn. Dit wil zeggen dat het thema wat door de meeste respondenten is aangehaald, als eerste wordt weergegeven. De overige thema's zijn op gelijke wijze gerangschikt.

Sommige uitspraken die therapeuten hebben gedaan, hebben andere therapeuten ook gegeven. In de tekst wordt dit verduidelijkt door in de zin tussen haakjes weer te geven hoeveel therapeuten dit hebben gezegd. Het voorste cijfer geeft aan hoeveel therapeuten het gezegd hebben, het achterste cijfer geeft het totaal weer van therapeuten aan die geïnterviewd zijn.

Sommige uitspraken die de therapeuten hebben gegeven in de interviews kwamen nauw overeen met elkaar. Voor de volledigheid van de resultaten zijn deze uitspraken apart vermeld en niet bij elkaar geclusterd. Dit omdat hoewel de uitspraken op elkaar leken, ze toch verschillend zijn van elkaar. Om aan iedere uitspraak voldoende recht te doen, is er besloten om deze apart onder elkaar te vermelden.

Na het vermelden van de resultaten wordt er in dit hoofdstuk nog een schema weergegeven. Dit schema toont de samenhang van de resultaten.

3.1 Digitale technieken

Digitale technieken bleek uit de analyse de grootste groep te zijn. Hieronder hebben de therapeuten verschillende doelgroepen genoemd. Ook argumenten omtrent het inzetten ervan, de behoeften van de therapeut en de randvoorwaarden en regels omtrent digitale technieken werden benoemd.

3.1.1 Definitie

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is het belangrijk om te inventariseren wat therapeuten verstaan onder digitale technieken. Sommige therapeuten (3/8) denken bij de begrippen 'digitale technieken' aan alles wat verbonden kan worden aan een computer. Er zijn door de therapeuten verschillende voorbeelden opgenoemd die zij zien als digitale technieken. Het gebruik van grafische technieken, zoals Paint, Photoshop, Houdini en tekenprogramma's worden vaak (6/8) genoemd. Het gebruik van het internet wordt ook veel genoemd (4/8). Verder worden het maken van foto's (4/8) en het bewerken van foto's (4/8) genoemd. Het gebruik van hardware, zoals een computer (3/8), een Ipad (3/8) en een laptop (2/8) wordt ook door de therapeuten benoemd bij de woorden digitale technieken. Het uitprinten wordt hierin meegenomen, evenals het maken van filmpjes. Bij het laatst genoemde komt de term 'stop motion' naar voren. Het wordt beschreven als iets maken van klei, dat opnemen met een camera of een app op de Ipad, zodat er uiteindelijk een bewegend filmpje ontstaat. Apps worden er ook genoemd, maar deze bewoording wordt in het algemeen gedaan, zonder een specifieke naam van een app te noemen. Over een app, die ontwikkeld zou zijn in Korea, wordt door een therapeut gesproken. Ze vertelt kort dat dit haar een zinloze app leek.

Een therapeut geeft aan dat ze bij de woorden digitale technieken ook denkt aan een robot arm of voet. Of aan mensen die gebruik maken van hulpmiddelen. Bijvoorbeeld mensen die in een scootmobiel zitten en omdat ze hun eigen handen niet meer kunnen gebruiken ze met een joystick die ze met hun mond moeten bedienen. Een andere therapeut, die door de onderzoeker op de hoogte is gesteld van deze gedachte, ziet hierin een onderscheid. Zij vertelt dat ze dergelijke technologie ziet als iets waar een therapeut mee geconfronteerd wordt en waar hij misschien iets mee moet doen. Ze ziet het niet zozeer als een stuk technologie wat men zelf aanbiedt en inzet in de therapie.

De eerste gedachten van een andere therapeut over digitale technieken waren dat het de tijd van nu is, en dat ze zich er meer op moet richten. Ze is opgevoed zonder dat die digitale mogelijkheden er waren, maar benadrukt dat ze nu niet meer kan ontkennen dat die mogelijkheid er ook is.

Nog een andere therapeut spreekt erover dat zij het meer voor zich zag dat men dan digitaal het hele werkstuk maakt. Ze is van mening dat het maken van foto's een digitale techniek is, maar zij gebruikt hem hetzelfde zoals ze een plaatje ter inspiratie zou gebruiken. De meeste therapeuten delen de mening dat er een grote verscheidenheid is aan digitale technieken die iedereen kan gebruiken.

Veel therapeuten (7/8) vermelden de toepassingen die zij zien met digitale technieken. Zo geeft een therapeut aan dat ze de computer gebruikt om voor haar cliënten, gedetineerden, een indeling van de Roos van Leary te maken. Dat is een cirkel met 8 interactie posities en het schetst een beeld van het gedrag van de persoon voor wie het wordt ingevuld. Er zit een groen gebied in, een rood gebied en zo voorts. Ze maakt dat soort afbeeldingen op basis van het gedrag van haar cliënten. Deze creëert ze in Paint. Vervolgens wordt de afbeelding uitgeprint zodat de cliënten het kunnen meenemen. Ze geeft tevens aan dat ze diverse situaties voor haar cliënten uittekent. Haar cliënten verliezen vaak het overzicht en dan tekent zij de situaties zoals de cliënten het ervaren. Of ze tekent oorzaak en gevolg, wat voor haar cliënten heel belangrijk is. Daarbij gaat het dan om vragen als 'hoe komt het nou dat je hier terecht bent gekomen?' of 'hoe zie je de toekomst?' Deze zet ze dan om in Paint, om nog even te verduidelijken en om het mee te geven.

Een andere toepassing die deze therapeut oppert, was het gebruiken van de computer om plaatjes te zoeken op Google. Deze toepassing wordt door meerdere therapeuten (4/8) aangegeven. Niet alleen plaatjes werden gezocht via Google, kleurplaten werden ook via deze zoekmachine gevonden. Soms worden de gevonden plaatjes gebruikt ter inspiratie, om ideeën op te doen en elementen eruit te halen, zoals de vorm of het kleurgebruik. Soms worden de plaatjes nog een beetje bewerkt qua kleur of qua grootte, maar het komt ook voor dat de gevonden plaatjes nagemaakt worden. Dat is dan vaak afhankelijk van de doelen van de cliënt. Als het de cliënten niet lukt om het na te tekenen, worden de betreffende plaatjes uitgeprint zodat men deze over kan trekken.

Een therapeut spreekt over een cliënt die graag een plaatje van zijn hond wilde namaken. Dat plaatje is gekopieerd, uitvergroet, waarna vervolgens de contouren van de hond zijn overgetrokken zodat de cliënt een mooie basis had van wat hij dan zelf ging inschilderen. Tijdens het schilderen is het werk ook gekopieerd, zodat hij op de kopie kon oefenen met bijvoorbeeld het mengen van kleuren, of het aanbrengen van details. De therapeut die de digitale technieken bij de cliënt heeft ingezet, noemt dat ze het op die manier echt een onderdeel van de beeldende therapie vindt. Omdat de digitale techniek dan een hulpmiddel is die men inzet in plaats van het doel op zich.

Een andere therapeut maakt voor haar cliënten, kinderen en jongeren, vaak plannetjes. Op deze plannetjes staan dan de materialen afgebeeld die ze gaan gebruiken in de therapie. Deze plaatjes worden soms door de cliënten zelf gemaakt. Maar soms haalt ze van het internet plaatjes van bijvoorbeeld een lijmstift of een schaar, zodat ze deze kan gebruiken in die plannetjes.

Een van de therapeuten vergelijkt het zoeken van plaatjes via de computer in met het maken van een collage met behulp van plaatjes uit tijdschriften. Wat in dit opzicht gezien kan worden als een traditionele techniek. De therapeut vertelt dat de cliënten in plaats van tijdschriften te gebruiken, ze vragen of ze op Google mogen zoeken naar plaatjes. Vervolgens maken ze een eigen map aan waar ze de gevonden plaatjes opslaan. De verzameling wordt vervolgens gepresenteerd, wat soms gebeurt in de vorm van een Power Point Presentatie. De therapeut benoemt dat dit een verschil is met vroeger op papier, het plakken en knippen van plaatjes. Ze geeft aan dat al bijna standaard is vervangen door een PowerPoint presentatie, op de computer of laptop.

Door een andere therapeut wordt aangegeven ze zelf niet werkt met een computer, maar dat haar collega dit wel doet. Deze collega heeft een computerhoekje gemaakt met vier computers. Zij en haar collega werken met kinderen. Deze kinderen, maken selfies, foto's van zichzelf, en werken hier vervolgens mee verder. Dat verder werken gebeurt in een beeldprogramma. Ze kunnen er dan hartjes bij tekenen, frames omheen zetten of de foto's vervormen. Dit doen ze dan vaak in een groepje, waar ze de grootste lol hebben.

Het maken van foto's wordt nog op andere manieren genoemd als zijnde een digitale techniek. Een therapeut gebruikt foto's in de therapie. Dit gebeurt dan vaak wanneer er een gezamenlijk werkstuk is gemaakt. De cliënten kunnen er dan een foto van maken en op die manier heeft toch iedereen die aan het werkstuk heeft meegewerkt, het resultaat. Dit kan dan worden meegenomen als men terug gaat kijken en het proces gaat bespreken. De therapeut spreekt ook over een positief boekje, of een logboek, waar de cliënt ook foto's van zijn werkstukken in kan doen. Ze benoemt dat men soms niet alles kan bewaren en dat men er dan een foto van kan maken, bijvoorbeeld als de werkstuk te groot is. Ze benoemt hierbij dat ze het maken van foto's meer ter ondersteuning vindt.

Een andere therapeut geeft meer informatie over een cliënt die een pixel poppetje had gemaakt. De cliënt had een superman genaaid met de kruisjessteek, waarbij een kruisje gelijk staat aan een pixel. De therapeut vertelt dat men dit ook op een computer kan 'dotten'. Men moet dan gewoon de pixels tellen en dit uitprinten, zodat men er vervolgens weer verder mee kan tekenen. Ze vertelt dat je dan allemaal verschillende soorten dingen kan maken met het idee om het vervolgens weer te verbinden. Ze benoemt dit als het rationele en het nieuwe verbinden. Ze benoemt dat men dat in principe doet met het maken van collages uit tijdschriften. Dit is volgens haar niets anders. Omdat men bij tijdschriften ook al iets gebruikt wat door een computer is gemaakt en vervolgens verder verwerkt. Er worden nog enkele toepassingen genoemd door de therapeuten. Zo spreekt een therapeut over een mogelijke toepassing met een 3D printer. Ze stelt zich voor dat de cliënt dan poppetjes maakt en die vervolgens kan gebruiken in een rollenspel.

Maar er is ook een therapeut die digitale technieken meer inzet voor het educatieve element. Ze is op het moment werkzaam in het onderwijs en gaf beeldende lessen. Ze merkt dat het schilderen bij haar studenten niet doorleefd is. Haar studenten tekenen met de kwast, dus ze maken lijntjes en gaan vervolgens in die lijntjes vlakken invullen. Ze laat met behulp van Youtube filmpjes het proces van schilderen zien aan de studenten. Dit zet bij de studenten aan tot schilderen en het helpt volgens haar ook bij de bewustwording. En daarnaast helpt het bij beeldvorming, wat ze benoemt als iets dat de beeldende studenten nodig hebben.

3.1.2 Doelgroepen

De therapeuten hebben naast het noemen van begrippen en toepassingen die de definiëring rondom digitale technieken helder maken, ook enkele doelgroepen genoemd waarbij ze van mening zijn dat digitale technieken goed zouden aansluiten.

De doelgroep jongeren wordt door meerdere therapeuten (5/8) benoemt als een doelgroep waarbij de digitale technieken goed zouden aansluiten. Een therapeut noemt deze groep omdat deze groep al meer digitaal georiënteerd is. Volgens een andere therapeut sluiten digitale technieken beter aan bij hun belevingswereld. Daardoor kan het een bruggetje vormen om ze te vangen om beeldende therapie te volgen. Ze geeft aan dat ze het wel belangrijk vindt om er een stukje eigenheid in aan te brengen, dat het meer van diegene zelf wordt.

Een therapeut benoemt dat de computer een prachtig middel is om de verbinding vanuit de therapie te maken met thuis. Ze geeft aan dat het ook goed te gebruiken is als communicatie middel. Soms laat ze de jongeren thuis wat doen, en dan mailen ze het naar haar toe. In de therapie gebruikt ze de computer soms gewoon als medium. Dan kan er iemand achter de computer zitten en daarop iets doen, zoals iemand anders in de ruimte zou kunnen kleien. Ze geeft aan dat de mogelijkheid tot groepsgericht werken met de computer niet aanwezig is, omdat ze maar een computer heeft.

Een therapeut kan zich indenken dat digitale technieken zouden aansluiten bij jongeren met autisme. Dit zijn dus ook jongeren, maar deze therapeut benoemt een hierbij ook een stoornis uit de DSM, wat staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Dit is het Amerikaanse handboek voor psychische stoornissen wat ook in Nederland gebruikt wordt om een psychische diagnose te stellen. Ze denkt dat digitale technieken aansluiten bij de belevingswereld van deze jongeren met Autisme, en dat men van daaruit ze kan triggeren om een beetje het onbekende te gaan exploreren.

Digitale technieken worden door een andere therapeut een aanvulling genoemd, en zeker bij cliënten die seksueel misbruikt zijn. Alles wat een appèl doet op de tast schrikt deze mensen af. De therapeut noemt het gebruik van digitale technieken een schone manier van werken en vindt het daarom passen bij deze doelgroep. Daarnaast geeft ze aan dat het ook goed kan aansluiten bij mensen met eetproblemen of een vertekend lichaamsbeeld. Ze vertelt dat ze niet veel ervaring heeft met deze doelgroep, maar dat ze wel weet dat de manier waarop dat vrouwen in de media worden afgebeeld een ideaal beeld is, dat vaak is bijgewerkt met Photoshop. Ze geeft als voorbeeld dat men op Youtube filmpjes kan bekijken van modellen en kunt zien hoe dat uiteindelijk allemaal in het werk gaat voordat de uiteindelijke foto af is.

Naast deze doelgroep geeft deze therapeut ook een andere doelgroep aan. Ze vertelt over cliënten die te maken hebben of hebben gehad met een verslaving. Het typerende wat zij benoemt aan deze cliënten die jarenlang drugs hebben gebruikt, is dat ze erg leeg zijn. Ze benoemt dat hun autonomie en hun identiteit erg vlak zijn. Ze merkt dat bij dergelijke cliënten er in de therapie weinig beweging in te krijgen is. Ze noemt het gebruik van Google op plaatjes op te zoeken, voor deze doelgroep laagdrempelig. Het geeft de cliënten een scala aan mogelijkheden van bestaand materiaal waar ze uit kunnen kiezen. Dat motiveert meer dan wanneer ze alles zelf moeten creëren. Deze cliënten haken namelijk af als ze te weinig positieve ervaringen opdoen. De therapeut geeft aan dat men dan toch de cliënten een succeservaring wil laten opdoen. Ze heeft het idee dat met het gebruik van een

programma waar je dan lagen zou kunnen toevoegen aan een gekozen afbeelding, een goede basis hebt waarop dat de cliënten vervolgens verder kunnen werken.

Tot slot vertelt deze therapeut dat ze de inzet van digitale technieken kan voorstellen bij cliënten die last hebben van faalangst. Ze is van mening dat beeldende werk lef hebben is, en durven. En ze heeft het idee dat de inzet van digitale technieken de cliënt de ruimte geeft om te experimenteren. Als het dan niet goed is, kan men met behulp van een simpele knop weer een stap terug maken. Ze geeft hierbij wel aan dat ze de cliënt wil uitdagen om de traditionele technieken ook te gebruiken. Dit omdat ze denkt dat dit toch meer appèl doet op het maken van eigen keuzes en het voelen en ervaren van het materiaal.

Er wordt ook over ouderen gesproken als doelgroep. Een therapeut geeft meer weer over reminiscentie. Ze legt uit dat het cliënten zijn die geconfronteerd worden met zingeving. Ze spreekt ook over het ophalen van herinneringen en het leven in perspectief plaatsen, wat ook wel wordt gedaan bij mensen die beginnend dementerend zijn. Ze stelt zich voor dat men bij dergelijke cliënten mooi gebruik kan maken van foto's en dergelijke om op die manieren te werken aan de doelen.

Nog een andere therapeut spreekt over ouderen als doelgroep, en dan in het bijzonder de doelgroep ouderen met tinnitus, de cliënten die last hebben van oorsuizen waar ze mee werkt. Ze geeft aan dat het veel mannen zijn die dit probleem hebben. Dat zijn dan mannen die niet eerder met de GGZ, geestelijke gezondheidszorg, in aanraking zijn geweest. Ze voelen zich vaak ongemakkelijk dat ze beeldende therapie krijgen en dat ze bij wijze van spreken gevraagd worden om iets te tekenen. De therapeut denkt dat het aanbieden van digitale technieken ze helpt om over de drempel heen te stappen en de therapie te volgen.

Therapeuten (3/8) benoemen ook cliënten waarbij de inzet van digitale technieken niet nodig of niet gewenst is. Zo benoemt een therapeut dat bij cliënten die vanuit zichzelf al expressief zijn en zich prima voelen met beeldend materiaal, zij niet zo snel met digitale technieken zal komen. Het kan dan wel zijn dat die cliënt een keer een afbeelding nodig heeft om na te tekenen of iets dergelijks. Maar de therapeut zou dan niet 3 keer met die cliënt achter een computer zitten om maar eens een foto te bewerken. Ze denkt in eerste instantie dat als iemand gewoon met zijn handen in het materiaal wil, ze het dan maar zo moet laten zijn.

Deze therapeut is werkzaam in een justitiële inrichting, maar ze benoemt dat ze ook werkt met straatjongeren, jong volwassenen. Ze schetst een beeld van een cliënt die jaren vast heeft gezeten, crimineel is, in het drugscircuit zit, een laag IQ en geen opleidingsniveau heeft, die zich ook zo kleed en die totaal een straatmentaliteit heeft. Ze benoemt dat als een dergelijke cliënt achter een computer gaat zitten, hij alleen op zoek zal gaan naar afbeeldingen die matchen met dat beeld en/ of dit beeld versterken. En het is volgens haar de vraag of men dat beeld wil versterken, of men daar de ruimte aan wil geven. Of dat men benoemt aan de cliënt dat er een gezamenlijk doel is. Dat de cliënt ook iets wil in het leven en dat de cultuur waar hij uit komt heeft geleid tot waar hij nu zit. Het is volgens haar belangrijk wat er uit die cliënt zelf komt. Ze geeft aan dat iemand heel erg kan blijven hangen in een bepaald onderwerp of thema, waarvan zij denkt dat het niet goed is voor die persoon. Ze vertelt dat internet dat onderwerp toch elke keer geeft, want het is heel snel. Als iemand laat zien dat hij er niet mee om kan gaan, zou ze het niet zo snel inzetten. De therapeut vertelt dat wanneer iemand alleen maar die kant op wil, het ook de vraag is of hij wel geïndiceerd is voor beeldende therapie. Dus wanneer iemand alleen maar foto's wil maken, of op internet plaatjes wil opzoeken, of op internet informatie wil opzoeken wat hij op de afdeling niet mag.

Een andere therapeut werkt met een oudere populatie, en veel van deze mensen zijn helemaal niet bekend met een computer en dergelijke dingen. Ze vertelt dat deze personen aan het begin en aan de einde van de behandeling, via een computer, vragenlijsten moeten invullen. Over hun psychisch functioneren, maar ook over kortademigheid, klachten en dergelijke. Er is hiervoor een speciaal toetsenbord gemaakt, met cijfertjes van 0 tot 9 erop, en een rode en een groene knop. Zo kunnen de cliënten de vragenlijsten invullen. De therapeut vertelt dat het merendeel van de cliënten niet met een gewone toetsenbord of muis overweg kan. Ze merkt op dat de computer voor het merendeel van haar cliënten helemaal hocus pocus is. Dat ze hen daarmee eerder nog verder zou weggagen dan dat ze hen over de drempel zou krijgen. Om ze met beeldend materiaal aan de slag te laten gaan is ook al een opgave, want dat hebben de cliënten nooit gedaan, nooit geleerd. Dat hebben ze dan alleen ooit in hun kleuterjaren gedaan, of met de kleinkinderen. Maar met het werken met beeldende materialen, de traditionele materialen, daar krijgt deze therapeut ze toch wel toe. Terwijl zo een computer, 'al helemaal een akelig ding', nog een stap verder is voor deze groep cliënten.

Door een andere therapeut wordt benoemd dat ze niet direct iets contra indicierend in haar hoofd heeft bij de inzet van digitale technieken. Ze geeft wel aan dat er patiënten zijn waarbij het minder geïndiceerd is. Zo denkt ze aan cliënten die sociaal terug getrokken zijn. Ze benoemde dat Social Media een manier was om met mensen in contact te raken. Maar ze benoemt ook dat een cliënt dan voor zichzelf is. Hij leert niet in het directe contact met anderen. Daar zegt ze niet van 'doe het maar alleen', maar in groepsverband. Daarnaast denkt zij ook aan mensen die problemen hebben om zoiets los te laten. Voor hen is het ook minder geïndiceerd. Cliënten die al heel veel gebruik maken van digitale media in het algemeen. Ze benoemt dat dergelijke mensen moeten leren om naar zichzelf te luisteren en vertrouwen te krijgen in hun eigen kunnen. Met een computer kan men altijd nog iets beter maken en pimpen. Maar wat iemand zelf kan, zo vertelt ze, dat is belangrijk. Men kan van alles bedenken maar er zijn limieten aan wat iemand kan doen.

Ze spreekt ook over meiden met een krappe lichaamswaarneming, die hun lichaam anders waarnemen dan dat het eigenlijk is. Als dergelijke cliënten een foto van zichzelf zouden maken, en deze bewerken zodat hij past bij het beeld wat ze van zichzelf hebben, dan ziet die foto er heel realistisch uit. Dat geeft deze cliënten een verkeerd zelfbeeld. Daarnaast kan het ook het beeld dat ze over zichzelf hebben bevestigen.

3.1.3 Argumentatie rondom de inzet van digitale technieken

Naast dat er doelgroepen zijn waarbij de therapeuten aangeven dat digitale technieken goed zouden aansluiten, hebben ze nog andere argumenten gegeven waarom de inzet van digitale technieken waardevol kan zijn. Zo benoemen meerdere therapeuten (3/8) dat het erg van deze tijd is om dat soort middelen in te zetten. Een van hen merkt op dat mensen het niet gewend zijn om beeldend, met de traditionele technieken, te werken. De cliënten hebben dat voor het laatst gedaan in de kleuterschool, als ze het al gedaan hebben. Het witte papier is voor deze cliënten afschrikwekkend. De stap naar het internet voor iedereen wel erg logisch volgens deze therapeut. Een ander voordeel dat ze noemt was dat het beeldend werk gemakkelijk opgeslagen kan worden. Het beeldend werk gaat nog wel eens stuk of het raakt zoek. Men kan er foto's van maken en deze bewaren in een map of een logboek ermee aanleggen. Het maken van foto's is volgens haar ook van deze tijd. Iedereen heeft tegenwoordig een camera op zijn telefoon en is gewend om dingen vast te leggen, dus dat is een hele laagdrempelige manier om te werken. Ze benoemt dat het voor de meeste mensen logischer is om een foto te maken dan om een fantasiedier te maken. Ze geeft daarbij ook aan dat er apps zijn waarmee men foto's kan bewerken, die een snel en mooi resultaat leveren.

Het gebruik van digitale technieken is volgens deze therapeut snel in vergelijking met de traditionele technieken. Ze vertelt dat ze haar cliënten individueel drie kwartier ziet in een week, en voordat de spullen zijn gepakt en alles is klaargezet, is men meestal enige tijd verder. Digitale technieken verkorten de tijd die het kost om op te starten zodat men sneller aan de slag kan.

Het medium beeldend kan volgens een andere therapeut aantrekkelijk gemaakt worden door de inzet van digitale technieken. Zeker voor jongeren die er eigenlijk niks mee willen. Zij kunnen via de digitale technieken als het ware worden verleid. Het werken met een computer kan bij sommige kinderen ook afstand geven en dat kan wellicht zorgen voor een bepaalde ingang. De therapeut geeft aan dat digitale technieken kunnen dienen als opstart. Het gelijk iets doen met de handen, wat bij de traditionele technieken het geval is, kan ook heel eng zijn voor sommigen. Digitale technieken kunnen dan een mooie brug vormen en afstand bieden.

Er wordt ook gesproken over cliënten die meer affiniteit hebben met de technische aspecten van digitale technieken. Een therapeut vertelt fotograferen, dat het ook wel stoers heeft, wat mannen kan aanspreken. Bij vrouwen kan het volgens die therapeut zijn dat ze voor zichzelf gaan opkomen. Dat ze eerst denken 'dat heb ik nooit gedaan, ik ben meer die keukenvrouw, ik bak koekjes en zorg voor de kinderen.' Maar dat ze dan iets nieuws leren, zoals fotograferen. En dat ze daarmee meer zelfvertrouwen krijgen. Omdat ze ermee om kunnen gaan en er iets mee kunnen creëren. Diezelfde therapeut benoemt dat fotograferen, met een grote camera, ook kan zorgen voor afstand. En dat men op die manier anders naar de wereld kijkt doordat men door een camera heen kijkt, en dus met afstand kijkt.

Er zijn hierboven al argumenten gegeven die laten zien welke positieve kenmerken en eigenschappen digitale technieken hebben. Maar de therapeuten vertellen in de interviews ook over de andere kant van digitale technieken. Er zijn meerdere therapeuten (3/8) die digitale technieken vergelijken met traditionele technieken. Ze benoemen dat digitale technieken de aspecten van de tastzin missen die de traditionele technieken wel bevatten. Een therapeut benoemde dat juist het gebruik van de tastzin en het stuk beleving wat men in het materiaal heeft, het makkelijker maakt om aan een eventuele verandering te werken. Dit omdat men dan kan zoeken naar de analogie, naar de belevingsaspecten die men heeft.

Een therapeut haalt het gebruik van een Ipad aan. Ze zegt dat wanneer men zich alleen daarop gaat focussen, dat men dan het hele werklokaal niet meer nodig heeft. Dit maakt het volgens haar afstandelijker. De touchscreen wordt ook nog eens apart genoemd door deze therapeut. Het roept volgens haar wel een gevoel op, maar een constant gevoel. Iets wat volgens haar weinig experimenteer mogelijkheden geeft, wat volgens haar ook afstand creëert. Daarnaast vertelt ze dat het weinig beleving oproept, of in elk geval niet de beleving die men wilt oproepen.

Het sensopatisch werken, werken met het voelen wordt nog aangehaald door een andere therapeut. Ze benoemt het als actie reactie, wat het materiaal met iemand doet en wat men dan ziet gebeuren. Dat gevoel mist ze wanneer ze aan een Ipad of een computer denkt. Ook zij is van mening dat het werken op een computer afstandelijker is. Tevens heeft ze ook het gevoel dat men er beeldschermogen van krijgt. Ze vertelt over de doelgroep kinderen, waar ze mee werkt. Ze zegt dat ze het lastig vindt om te zeggen of digitale technieken inzetbaar zijn bij deze kinderen. Dit omdat er ook kinderen zijn die zich erop vastpinnen. Kinderen die al heel erg in die wereld zitten en het lastig vinden om het spelen van computerspelletjes te laten. Ze is wel altijd van mening dat men moet aansluiten bij de cliënt, en een ingang moet proberen te vinden. Van daaruit kan men werken aan waar men naartoe wil. Maar of de inzet van digitale technieken de juiste manier is, vraagt zij zich af. Ze denkt dat sommige kinderen heel erg vast zitten aan de computer, de spelletjes erop en dat soort dingen. En dat men dan bij het maken van de stap naar het echt gaan doen en aan de slag gaan, heel lastig krijgt. Daarnaast benoemt ze de digitale wereld als een vluchtige wereld, waarbij ze ook benoemt dat er al zoveel kinderen al zo vluchtig zijn. Daarnaast vindt ze dat men met hun vak juist in het medium dingen moet doen dan digitaal.

Een andere therapeut maakt veel gebruik van het beeld, het werkstuk waar de cliënt aan werkt. Het is volgens haar de weerslag van hoe iemand gewerkt heeft. Men ziet er de sporen in hoe iemand gewerkt heeft. Dat maakt het volgens haar concreet om met de cliënt een nabespreking te houden en de vertaling naar de doelen te maken. En ze weet niet in hoeverre men dat terug kan zien als men een foto bewerkt met een foto bewerkingsprogramma. Ze mist dat een beetje bij de digitale aspecten. Daarnaast voelt zij ook niet de noodzaak om echt digitale technieken toe te passen, gezien zij werkt met een oudere doelgroep die niet gewend zijn om met een computer te werken en hiervoor zelfs weerstand hebben.

Deze therapeut denkt dat men bij de inzet van digitale technieken, de specifiek beeldende kracht kwijtraakt. Als men alleen digitaal heeft, is men volgens haar beperkt in de opties. Ze benoemt dat ze zoveel ter beschikking heeft, er zijn zoveel spullen in haar werklokaal. Ze benoemt dat als de kracht en de eigenheid van beeldende therapie en vermeld dat men die niet moet kwijtraken.

Een andere therapeut, die ook met kinderen werkt, geeft aan dat ze liever meer met de traditionele technieken werkt. Ze vindt het fijn dat de kinderen meteen met de handen erin kunnen zitten. Ze werkt met een klas waar de leeftijd rond 7 en 8 jaar ligt, en ze benoemt dat het belangrijk is dat de motorische aspecten zo meer kunnen werken.

Een therapeut denkt dat digitale technieken altijd met de traditionele technieken te combineren zijn, maar dat het niet altijd nodig is. Men kan voldoende met het beeldend materiaal. Het beeldende materiaal iets wat volgens haar veel meer in de beleving zit. De cliënten zitten thuis al aan de computer, dus ze vindt dat daar niet een stukje extra aangeboden hoeft te worden. En dan kiest ze ervoor om het niet te gebruiken.

3.1.4 Behoeften

Naast dat er gedachten zijn gedeeld over de definitie van digitale technieken, de doelgroepen die wel of niet passend zijn en de argumenten om het wel of niet in te zetten, hebben vrijwel alle therapeuten (7/8) gesproken over hun behoeften omtrent digitale technieken. Een therapeut heeft geen behoeften omtrent digitale technieken. Dit hangt samen met de doelgroep waar ze op het moment mee werkt. Ze geeft aan dat het op dit moment, met de doelgroep waarmee gewerkt wordt, de behoefte er gewoon niet is. Als ze te maken krijgt met een andere populatie zou dit kunnen veranderen, dan zou de behoefte mogelijk groter kunnen worden. Dit omdat het dan misschien nodig is om meer kennis te hebben over digitale technieken. Maar op dit moment was die behoefte niet aanwezig.

Een andere therapeut had een duidelijke wens om een fotocamera te hebben in haar therapiesetting, naast een computer en een kleurenprinter. Ze zou veel vaker beeldend werk willen vastleggen, op kunnen slaan, vermenigvuldigen en van daaruit verder willen werken.

Deze therapeut zou daarnaast persoonlijk een keer een cursus willen volgen. Het liefste in de ochtend, met een maximale duur van 2 à 3 uur. De cursus zou dan een tekenprogramma als onderwerp moeten hebben. Dit tekenprogramma moet betaalbaar zijn en het liefst in het Nederlands, met meer mogelijkheden dan het programma Paint. Het moet dan wel zo toegankelijk zijn dat haar doelgroep, gedetineerden, die weinig tijd en ervaring hebben ook ermee kunnen werken. Het moet daarom ook laagdrempelig zijn, en uitdagen om ermee te experimenteren.

Er was ook een therapeut die niet de behoefte had om zelf informatie op te zoeken. 'Anders had ik het wel al gedaan' vertelt ze. Ze vertelt dat dit deels ook te maken had met het feit dat ze er in de therapie met de traditionele materialen altijd wel uitkomt. Ze hangt als het ware niet vast waardoor digitale technieken niet gebruikt hoeven te worden.

Nog een therapeut geeft aan gebruik te willen maken van cursussen. Ze is niet opgegroeid met de digitale wereld. Volgens haar houdt die wereld in dat je iets probeert en dat men dan overal tegenaan botst en dat men op die manier leert. Zij is heel erg van het volgen van een cursus en het leren van verschillende stappen. Ze vermoedt echter dat deze nog niet bestaan, maar de behoefte heeft ze wel. Ze kan zich daarnaast ook een studiedag voorstellen, of intervisie, waar men informatie met elkaar kan uitwisselen.

Er is ook een therapeut die aangeeft dat ze zeker wensen heeft, en voornamelijk qua tijd. Het kost veel tijd zichzelf voor te bereiden, om zichzelf vaardig te maken. Ze vindt het zelf volgen van een cursus erg interessant, en het aanbieden is ook zeker een idee wat ze wil doen. Op haar werkplek hebben ze werkgroepjes waarin ze de mogelijkheid heeft om dit te doen. Daarnaast heeft ze daar ook de apparatuur om digitale technieken uit te voeren, zoals diaprojectors en fotocamera's. Ze geeft ook aan dat ze de kennis over digitale technieken nog niet erg groot is. Niet onder cliënten maar ook niet onder de behandelaars.

Een therapeut vindt digitale technieken een verrijking en wil hier verder mee. Ze wil niet alleen digitale technieken binnen beeldende therapie inzetten, maar ze wil ook als beeldend therapeut gebruik gaan maken van E-health. Ze benoemt ook een cursus rondom Story telling, het vertellen van verhalen via multimedia, als een mogelijke optie om te volgen. Ze geeft aan dat de cliënten dan iets kunnen maken rondom de therapie die ze gehad hebben, Maar ook over het stuk van hun leven wat ze in de periode van de therapie hebben. Of gewoon hun hele verhaal. Ze denkt dat deze vorm van digitale technieken op verschillende manieren in te zetten is. Ze geeft hierbij aan dat dit meer een wens op het persoonlijke vlak is. Het is niet alsof ze nu haar werk niet kan doen. Ze geeft aan dat het vooral gaat over de technische aspecten, over wat er nodig is om digitale technieken in te zetten. Ze denkt dat de inhoud, het geven van de therapie, wel lukt. Daar zou ze dan ook een cursus in willen hebben. Verder geeft ze aan dat ze wel wensen heeft, maar dat ze daarin reëel probeert te blijven. Ze probeert vooral te werken met de materialen die ze heeft. Ze haalt hierbij ook de tijd aan waarin we leven, met allerlei bezuinigingen.

Een andere therapeut geeft aan dat ze de behoefte heeft om onwetendheid om te zetten in wetendheid. Om dan vervolgens uit wetendheid een keuze te maken. Ze wil meer informatie over digitale technieken. Ze geeft aan dat het dan best kan zijn dat ze haar beeld over digitale technieken bijstelt.

3.1.5 Randvoorwaarden en regels

In de interviews zijn er ook vragen gesteld omtrent de randvoorwaarden en regels waar de therapeuten aan dachten bij de inzet van digitale technieken.

Een therapeut benoemt de noodzakelijkheid van goed materiaal. In haar geval betekent dit dat er een aparte laptop of Ipad gebruikt moet worden in plaats van de werklaptop. Ze staat op het punt om een Ipad aan te schaffen en deze is voor gebruik in de therapie. Deze gaat ze niet thuis gebruiken. Ze heeft zich laten informeren over de materialen. Haar mening is dat ze ophaar werkplek echt een Ipad nodig heeft, omdat deze het meest geschikt is voor de digitale technieken die zij in de therapie wil gebruiken. Het is ook een voorwaarde dat de apps, die op deze Ipad staan, goed werken. Deze moeten dan ook gekocht zijn, zodat men niet te maken krijgt met reclames. Alle mogelijkheden van de app moeten beschikbaar zijn.

Bij een therapeut is de toegang tot het internet op haar werkplek niet heel gemakkelijk. Ze werkt in een justitiële inrichting en ze geeft aan dat ze wel internet heeft, maar dat bepaalde dingen zijn afgeschermd. Haar werkplek is geen tbs kliniek. Dit wil zeggen dat men op haar werkplek er niet op gericht is om de mensen behandeling aan te bieden, maar om hen op te sluiten, daar waar een tbs kliniek wel gericht is op behandeling. Er is op een gegeven moment door haar werkplek wel besloten om de aanwezige kwetsbare groep hulp te geven, en om ze onder andere beeldende therapie aan te bieden. Als ze spreekt over regels, geeft ze aan dat ze denkt dat die regels voor elke instelling anders zijn. Bij haar bijvoorbeeld mogen de cliënt niet meer dan 20 foto's op cel hebben. Ze denkt niet dat

men er een richtlijn voor kan schrijven. Soms loopt men er al werkend tegenaan en moet men op dat moment een regel maken. Soms moet men zich erin verdiepen. Ze geeft wel aan dat ze erbij blijft op het moment dat iemand iets op de computer gaat opzoeken. Dit omdat op internet iemand alles kan vinden. Ze blijft erbij omdat men ook altijd goed moet nagaan wat de betekenis is van hetgeen wat wordt opgezocht.

Een andere therapeut geeft aan dat er nog geen richtlijnen zijn omtrent digitale technieken. 'Dat ontglipt ons nog,' vermeldt ze. Ze vertelt dat als er dingen misgaan dat er dan wel gesproken zal worden over richtlijnen, maar dat die er op dit moment niet zijn. Ze benoemt ook dat het nog al eens voorkomt dat een cliënt meer weet dan zichzelf over digitale technieken. Dit vindt ze lastig. Ze is niet met digitale technieken opgeleid en moet zich daarin nog scholen. Ze benoemt dat als ze de techniek een beetje beheerst, dat ze het dan ook weer op de juiste manier kan aanbieden. En dan kan zeggen 'deze app wel of niet' of 'dat filmpje wel of niet'. Ze heeft nog te weinig zelfgereedenschappen in handen om te weten hoe ze het aan zal bieden. Ze benoemt dat het beheersen van een digitale techniek een noodzakelijke randvoorwaarde is voor het gebruik ervan. Ze benoemt daarnaast dat er een verschil is tussen een schriftelijke aanwijzing, zoals een mail, en een mondeling gegeven aanwijzing. Ze vindt dat therapeuten zich bewust moeten zijn dat een schriftelijke aanwijzing anders over komt dan een mondeling gegeven aanwijzing. Dit speciale van digitale technieken moet eigen gemaakt worden door de therapeuten.

Volgens een andere therapeut wordt het delen van werk gemakkelijker als dat werk al op een computer staat, omdat het dan al digitaal is. De link om het te delen is dan snel gelegd. Dit is, volgens de therapeut, een persoonlijke beslissing. Maar als iemand dat doet, dan stelt diegene zich erg kwetsbaar op voor feedback wat er dan kan komen. De therapeut benoemt dat de psychosomatische doelgroep, waar ze ervaring mee heeft, niet weet hoe ze zichzelf dan kunnen beschermen. Ook zij benoemt dat bij het opzoeken op internet dit moet gebeuren in een beperkte radius. Omdat er anders ook de kans bestaat dat er rare plaatjes opduiken. Het is volgens haar ook belangrijk om de cliënten bewust te maken van de hoeveelheid informatie die iemand geeft op het internet. Ze zegt dat anderen, onbekenden, daarop kunnen toegrijpen. Ze geeft aan dat kinderen, waar ze nu mee werkt, zich daar niet bewust van zijn. Ook sommige volwassenen zijn zich daar nog niet bewust van. Ze vindt dat als je met dergelijke dingen bezig bent, je dat stukje educatie ook moet meenemen bij de inzet van digitale technieken.

Een andere therapeut vindt dat je bij het inzetten van digitale technieken goede afspraken moet maken. Ze werkt met jongeren, en soms dan krijgen zij een opdracht mee om iets met foto's te doen of foto's te maken. Ze geeft aan dat iemand kwetsbaar is op het gebied van foto's maken, maar ook op het gebied van geluidsopnames en filmen. In dat opzicht vindt ze dat er goede afspraken gemaakt moeten worden. Ze vertelt dat er nog geen richtlijnen zijn. Wel is het zo dat de cliënten niet mogen werken op de computer als zij, de therapeut, is ingelogd. Ze moet dan anders inloggen waardoor de cliënten er wel achter mogen. De therapeut blijft in principe verantwoordelijk voor wat de cliënten doen. Dat is na te checken, maar ook de reden dat het beeldscherm naar de ruimte is gericht. De therapeut benoemt dat jongeren vaak snel zijn op de computer. Ze gaat er niet bijstaan als ze erop aan het werken zijn, maar ze wil wel de transparantie houden als ze aan het werken zijn. Ze weet niet of er al richtlijnen zijn, maar benoemt dat sommige sites zijn afgeschermd, wat mogelijk wel een richtlijn is.

Wat deze therapeut verder noemt onder randvoorwaarden voor de inzet van digitale technieken, is dat een goede kwaliteit van het materiaal van belang is. Ze had op haar werkplek eerst een computer staan die zo traag was dat het niet werkte in de therapie. De cliënten zijn thuis iets meer gewend. Nu heeft ze een snellere computer, wat beter werkt. De tragere computer die ze eerst had was een belemmering. Op het moment heeft ze een snellere computer.

Deze therapeut noemt naast een trage computer nog een belemmering die er speelt op haar werkplek. Als de cliënten een foto hebben, of een ander plaatje, die ze willen uitprinten, dan moeten ze dat eerst naar het email adres van de therapeut sturen. Vervolgens moeten ze uitgelogd worden, met de therapeut inloggen onder haar account waarna vervolgens de foto kan worden uitgeprint. Op die manier kan er worden geprint. Het is nog niet ideaal, maar ze is blij dat ze dat stukje al heeft.

Een andere therapeut, die nu werkzaam is in het onderwijs, maakt in haar lessen gebruik van filmpjes van youtube, van beamers en van schermen. De bediening hiervan is eenvoudig. De laptop wordt door middel van een kabel aangesloten, men drukt op een knopje en dan doet de beamer het werk. Ze benoemt dat het eerder niet zo luxe was. Dan stonden haar studenten achter haar terwijl ze het filmpje op haarlaptop aanzette. Ze zegt dat hoe groter het geprojecteerd kan worden, hoe duidelijker het overkomt.

3.2 E-health

Uit de interviews met de therapeuten kwam naar voren dat de therapeuten E-health op een bepaalde manier definiëren. Hierbij hebben ze ook doelgroepen en argumenten genoemd.

3.2.1 Definitie E-health

Tijdens de interviews kom ook de term E-health aan bod. Een therapeut vertelt dat het iets is wat in opkomst is. Dat het een redelijke goedkope manier is om mensen te helpen in de thuissituatie. Volgens haar kan het in sommige gevallen zelfs anoniem. Ze heeft een forensische polikliniek gewerkt, waar E-health echt een thema was. Ze weet niet hoe het uiteindelijk in de praktijk heeft uitgezien, maar weet wel dat het een onderdeel van de behandeling was. Het beeld dat zij heeft is dat het behandeling op afstand is. Waarbij men niet bij elkaar in een ruimte zit.

Een andere therapeut vertelt dat E-health haar bekend klinkt en dat het haar doet denken aan dat iemand via de email hulp verlening krijgt. Ze denkt dat het ingezet kan worden in de vorm van nazorg. Een therapeut vertelt dat ze wel eens een artikel heeft gelezen over E-health. Het heeft volgens haar te maken met het gebruik van internet binnen de gezondheidszorg. Ze heeft gehoord over telemonitoring. Ze geeft een voorbeeld over dat mensen met hartklachten een programmaatje thuis hebben. Die mensen meten dan fysieke dingen, zoals bloeddruk en dergelijke. Vervolgens kunnen ze dat dan ingeven. Die gegeven worden op afstand uitgelezen en gecontroleerd.

Voor een andere therapeut omvat de term E-health dat men op internet, met behulp van een programma, geholpen kan worden met de problemen die iemand heeft. Ze is ermee bekend geraakt door het Trimbos instituut, die ontwikkeld die dergelijke programma's ontwikkeld. Een daarvan heet volgens haar mentaal fit. Dat is een relatief eenvoudig programmaatje. Men moet zich volgens haar wel ervoor inschrijven, maar hoeft niet te betalen ervoor. Ze vertelt dat men eerst bepaald hoe depressief iemand is, en dat aan de hand waarvan iemand allerlei oefeningen moet doen. Men moet ook een soort dagboekje bijhouden. Dit moet men een aantal keer doen en dan moet men een vragenlijst invullen. Er komt dan een cijfer uit hoe depressief diegene is en hoe dat is verbeterd. Weer een andere therapeut bestempelt E-health als digitale hulp. Voorbeelden die zij noemt zijn digitale patiënten dossiers en selfhelp groups die men digitaal kan bereiken. Ook vertelt ze dat men een behandelaar digitaal bereiken, vragen aan hem stellen of verder begeleidt worden. Ze haalt hierbij de groep met eetstoornissen aan, waar ze in het verleden mee heeft gewerkt. Bij deze groep krijgt de cliënt een follow-up chat. Op deze manier blijft de cliënt met de behandelaar in contact. Iedere week moet de cliënt daarop inloggen. De therapeut vertelt daarnaast over programma's die zijn ontwikkeld ter preventie voor depressie. Dat zijn modules die men online kan volgen. Dit alles is wat zij ziet als E-health.

E-health wordt door een andere therapeut benoemt als psychische hulp via de computer. Ze vertelt dat de computer op verschillende manieren te gebruiken is als communicatie middel. Er zijn volgens haar echt gestandaardiseerde programma's, waar de cliënt zich op inschrijft en waar men mee aan de slag kan. Hoe zij het zelf inzet is meer als digitale technieken. Zij ziet een cliënt en afhankelijk van wat ze met de cliënt gaat doen kiest ze ervoor om een computer in te zetten. Ze zegt dat het contact via E-health automatisch gaat via de computer. Ze vertelt ook meer over gestandaardiseerde programma's, die cliënten thuis kunnen afwerken. Ze geeft aan zelf nog niet zo thuis erin te zijn. Ze is wel geïnformeerd, maar op haar werkplek is dat nog beginnende. Op de vraag of zij de inzet van digitale technieken vindt vallen onder E-health, antwoordt ze dat het dat wel zou kunnen worden. Ze denkt dat het inzetten van digitale technieken puur vanuit de beeldende therapie kan worden gezien. Maar dat het E-health wordt op het moment dat er werkelijk vanuit thuis, via de computer, of via de Iphone, telefoon of een tablet, hulp wordt verleend. Ze benoemt dit als een grijs overgangsgebied. Ze vertelt dat als ze er echt in zou zitten en meer kennis zou hebben, dat ze het dan iets beter zou kunnen nuanceren. Maar het zou ook kunnen dat ze dan juist meer het overgangsgebied gaat zien. Ze vertelt dat ze er een bepaald beeld bij heeft omdat ze beperkt is in hoe ze het gebruikt en hoe ze erin geïnformeerd is.

Een andere therapeut kent succesvolle verhalen over E-health. Vooral depressie heeft een goed E-health programma heeft dat zinvol is. Van dit programma is het bewezen dat het succesvol is. Misschien wel succesvoller dan face-to-face contact. Ze heeft zich daarin verdiept en denkt dat het wel goede elementen heeft. Iemand kan thuis blijven en kan daar zeker wat aan hebben. Het beeld wat ze daarbij heeft, is dat het alleen via internet gaat. Ze stelt zich voor dat er een programma is, waarin allemaal aanwijzingen worden gegeven hoe men met depressie om moet gaan.

Naast dit vertelt ze dat de vaktherapie daar ook mee bezig is. Ze zit bij KenVak en vertelt dat daar ook een project gaande is met E-health. Ze vindt dat vaktherapie een vorm van behandelen is, meer dan begeleiden. Ze ziet niet direct voor zich hoe dat met E-health zou kunnen. Als zij aan E-health denkt, dan ligt de focus voor haar echt op het digitale stuk. En de therapie, wat dan meer coachen wordt volgens haar, vindt dan plaats in het digitale netwerk.

3.2.2 Doelgroepen bij E-health

Ook bij de inzet van E-health hebben verschillende therapeuten gesproken over doelgroepen waarbij de inzet ervan waardevol wordt geacht of juist niet.

Een therapeut ziet de inzet van E-health bij ouderen niet zo direct voor zich. Ze weet niet of de cliënten een computer thuis hebben die ze daarvoor kunnen gebruiken. Daarbij vertelt ze ook dat oudere mensen naar haar weten hier niet zo een inzicht in hebben. Het kan dan zijn dat deze cliënten zich al snel overvraagt voelen. De therapeut vertelt dat het dan patiëntvriendelijk moet zijn en gemakkelijk hanteerbaar moet zijn. Ze geeft aan dat het voor cliënten die doof zijn misschien een uitkomst kan zijn. Juist omdat ze dan niet via een telefoon hulp krijgen, maar via het internet. Dan hoeven ze niet aan een telefoon met iemand te spreken, maar kunnen ze iemand 'spreken' via de mail.

De doelgroep doven en slechthorende wordt door een andere therapeut ook benoemd. Dit is de doelgroep waar ze op haar werkplek mee werkt. Ze vertelt dat de programma's van E-health als eigenschap hebben dat ze erg gebaseerd zijn op taal. Ze geeft aan dat haar doelgroep, de Nederlandse taal niet als moedertaal heeft. De moedertaal bij deze doelgroep is gebarentaal. Voor deze doelgroep is het Nederlands heel lastig. De programma's sluiten daarom niet aan. Er is gekeken of de programma's niet visueel gemaakt konden worden, wat het doof vriendelijker zou maken. De therapeut vertelt dat hetzelfde speelt bij de doelgroep verstandelijk gehandicapten. Daar moet men ook meer met smileys werken, een gezicht wat lacht, een gezicht wat huilt en dat men daaruit kan kiezen.

De inzet van E-health wordt door een therapeut als niet geschikt genoemd bij personen met een sociale fobie. Ze stelt zich iemand voor die niet goed in contact kan met mensen, heel teruggetrokken is, of angstig is. Als een dergelijk iemand alleen achter zijn computer zou leren om niet meer angstig te zijn voor anderen, zou ze het heel gek vinden. Ze vertelt dat dit te maken heeft met het direct contact. Een computer geeft niet en spiegelt niet de emoties zoals een therapeut dit wel kan doen. Ze ziet het als een tussenstukje en vergelijkt het met digitale technieken. Daar ziet ze het ook als een instapmogelijkheid. In het geval van E-health begint dat dan met chat, die dan overgaat met het werken met de telefoon en dan naar video chat. Dus er zit een opbouw in. Ze benoemt dat ze het als ondersteuning wel goed vindt.

3.2.3 Argumenten rondom de inzet van E-health

Verschillende therapeuten (6/8) hebben in de interviews aangegeven waarom zij E-health wel of niet zouden inzetten in combinatie met beeldende therapie. Een therapeut geeft aan dat het ingezet kan worden in het kader van efficiëntie, of in het kader van nazorg. Op haar werkplaats komen mensen om te revalideren en in dat geval kan er door middel van E-health worden gekeken of de revalidatie na 6 weken ook nog een effect heeft. Het kan volgens haar ook worden ingezet in het kader van het maken van contact, het onderhouden van contact om de lijntjes tussen de therapeut en de cliënt kort te houden.

Een therapeut haalt als voordeel van E-health aan dat de behandeling kan worden voortgezet nadat een cliënt weg is. Er is de mogelijkheid om contact te houden met de cliënt. Een therapeut geeft aan dat het fijn kan zijn als de E-health wordt aangeboden als nazorg van de beeldende therapie. Als een persoon er veel aan heeft, aan het beeldende werken op een bepaalde manier, zoals symbolisch werken om of dingen van gevoel erin kwijt te kunnen. Ze stelde zich voor dat ze dan wel een gevoelsboekje hebben waar ze lekker tekeningen in kunnen maken. Of dingen hoe dat bij zo een persoon voelt, en of die persoon daar dan sturing in wil.

Volgens een andere therapeut sluit E-health aan bij de ontwikkelingen die er gaande zijn. Alles wordt volgens haar zakelijker en veel meer op afstand. Tevens wordt het meer gericht op het benadrukken van de kracht van mensen, in plaats van de afhankelijkheid van de mensen. Ook speelt het mee dat het financieel veel goedkoper is. Het is een verschil of iemand elke week langskomt, of dat men via E-health een aanbod kan doen. Deze therapeut benoemt dat we nu eenmaal in een tijd zitten waarin de zorg duurder en duurder wordt. Het is dus goedkoper en het spreekt de kracht van de mensen meer aan.

Een therapeut vertelt dat de meeste cliënten die bij haar worden aangemeld, juist verbaal niet zo sterk in hun schoenen staan. Dus als het gaat over evalueren op papier, als iemand moet vertellen via de mail hoe iets is verlopen, dan staan zij hier niet zo stevig in. Dat staat volgens haar ook ver van het beeldende medium af. Er wordt dan eigenlijk verwacht dat de mensen vaardigheden bezitten, die ze juist niet bezitten en waarom ze worden aangemeld voor de beeldende therapie.

Een therapeut denkt dat bij de inzet van E-health de driehoek van therapeut-cliënt-medium vreemd wordt. Ze denkt dat men dan het hele proces matige mist, oftewel hoe een beeld tot stand komt. Ze vertelt dat men als therapeut dan niet tijdens het werken interventies kan doen. Dat kan dan misschien wel als het werkstuk online wordt gepost. Maar dan kan men nog niet zien hoeveel tijd het heeft gekost of hoe het precies is gemaakt. Men weet dan niet hoe het werk tot stand is gekomen. Ze is van mening dat men dan net zo goed een schilderles kan gaan doen of iets dergelijks.

Een therapeut benoemt dat zij E-health kent als digitale dossiers. Ze vertelt dat het handig is als deze digitaal zijn, want dan kan men de dossiers digitaal doorsturen als een cliënt doorverwezen wordt. Dit in plaats van het dossier uit te printen, of te kopiëren en vervolgens op te sturen via de post. Ze vertelt ook dat de dossiers compleet zijn, allemaal hetzelfde programma gebruiken en dat iedere behandelaar dit ook gebruikt. Ze vertelt hier ook bij dat er een minpunt aan zit. Ze vertelt dat een echte hacker, die in het systeem wil komen, daar ook vast wel in kan komen. Ook vertelt ze dat er bij het doorsturen van de dossiers ook veel kan misgaan. Een dossier kan naar de verkeerde persoon worden gestuurd of er wordt een verkeerd dossier opgestuurd. Daar denkt ze ook aan.

3.3 Ontwikkelingen in de zorg

De therapeuten geven aan dat er verschillende ontwikkelingen in de zorg gaande zijn. De ontwikkelingen hebben te maken met de inzet van digitale technieken, en de gevolgen die deze zouden kunnen hebben en zijn om die reden belangrijk om te worden weergegeven.

3.3.1 Ontwikkelingen in de beeldende therapie

Er zijn enkele therapeuten (2/8) die spreken over onderzoek in verband met beeldende therapie. Een therapeut is bang is dat beeldende therapie het in de toekomst niet gaat redden. Ze vertelt dat dit samenhangt met te weinig wetenschappelijk onderzoek. En dat is, volgens haar, waar de zorgverzekeraar alleen nog maar naar gaat kijken. Zorgverzekeraar gaan, volgens haar, niet kijken naar wat de cliënt zelf heel plezierig vindt, iets waar beeldende therapie hoog op scoort. Zij houdt er rekening mee dat beeldende therapie van het toneel gaat verdwijnen. Ze geeft aan dat men in het onderwijs, de HBO opleiding, het doen van onderzoek niet leert. Ze heeft zelf recentelijk de Master opleiding gedaan en daar heeft ze voor het eerst geleerd om echt onderzoek te doen. Maar ze vertelt hierbij ook dat ze er niet de gelegenheid voor krijgt om onderzoek te doen. Er is geen tijd en onderzoek doen is enorm intensief. Ze is samen met 14 anderen personen afgestudeerd aan de Master opleiding en ze zegt dat als er van de 15 personen, 2 een artikel plaatsen over hun onderzoek dat het dan veel is. Het echte werk, zo zegt ze, is dan nog ver weg.

Een andere therapeut vertelt dat beeldende therapeuten niet gericht zijn op het doen van onderzoek. En ze vraagt zich af wat er werkelijk gebeurt in de hersenen van een cliënt op het moment dat hij op een computer iets aan het doen is. Ze vraagt zich af ook of het bekijken van een filmpje werkelijk een effect op de cliënt heeft. Ze benoemt dat dit hetzelfde onderzoek is als wanneer een cliënt een tekening maakt en wat er dan gebeurt. Ze vertelt dat men wel weet dat het een effect heeft, maar dat men er nog niet zoveel zicht op heeft. Dat benoemt ze als dingen waar zij wel nieuwsgierig naar is om te onderzoeken bij het gebruik van digitale technieken.

3.3.2 Ontwikkelingen in de therapie

Een therapeut heeft in het bijzonder nog veel verteld over verschillende ontwikkelingen bij haar in de therapie. Vanwege de nadruk waarmee ze het heeft verteld wordt hieronder hetgeen wat ze heeft besproken apart vermeld.

Zo vertelt een therapeut dat cliënten vroeger bij haar een keer in de week naar therapie kwamen. Meestal kwamen ze dan op een vast tijdstip van de dag. Op deze manier, door het geregeld contact, wordt er een band gecreëerd. Nu komen de mensen gemiddeld eens in de maand, eens in de vier weken. Hierdoor bouwt men minder contact op. Ook vertelt ze dat het hierdoor een veel zakelijker is geworden. Men moet echt doelen stellen en dergelijke. Dit benoemt ze als positieve ontwikkelingen. De doelen die men opstelt worden een maand later weer herhaald. Dat wordt er bij elkaar gezeten,

therapeut en cliënt, en wordt er gekeken waar eraan gewerkt wordt. Ze geeft een voorbeeld over een cliënt die ze een opdracht heeft gegeven om elke dag een oefening te doen. De therapeut vertelt dat waar ze vroeger veel meer cliënten in de therapie kennis liet maken met verschillende oefeningen, ze de cliënten nu meteen naar huis met 'ga dat maar doen elke dag'. Ze vertelt ook over een cliënt, een jongen, die zei dat hij wat hij leert wil opschrijven in een schriftje. De therapeut vertelt dat dit ook heel goed via de mail zou kunnen.

Deze therapeut geeft weer dat de zorg tegenwoordig meer gericht is op de kracht van de mensen zelf. Ze haalt hierbij ook de ontwikkeling in de GGZ aan. Ze beschrijft dat vroeger bij de GGZ sprake was van pathogenese, wat stond voor het de ziekte. Ze beschrijft dat nu sprake is van saluto genese, van herstel. Ze vertelt dat daarmee niet herstel zozeer wordt bedoeld. Als verduidelijking haalt ze het voorbeeld aan van schizofrenie. Niemand geneest van schizofrenie, maar men kan wel leren om er mee om te gaan. Men kan wel leren een zinvol leven te hebben, een goed kwalitatief leven met schizofrenie. En dat is wat tegenwoordig centraal staat. Ze vertelt ook over de verschuiving van werk en privé. Waar men vroeger om half 9 begon en om 5 uur klaar was met werken, is dat nu al veel minder. De laptop wordt mee naar huis genomen, op de telefoon is iemand thuis nog bereikbaar. Daar moeten nieuwe vormen voor worden verzonden om dat onderscheid te maken, om 's avonds ook echt vrij te zijn, zo stelt ze. Dat is zoeken, en volgens haar is dat met digitale technieken hetzelfde.

De therapie is volgens deze therapeut ook minder privé. Vroeger was therapie is iets wat men niet zomaar met iedereen deelde. De therapeut vertelt dat dit veel minder is, zoals het in het gewone leven ook veel minder is. In het gewone leven wordt ook veel meer gedeeld. Ze benoemt dat dit misschien een soort buitenkant is, met mooie verhalen, wat misschien voor de therapie ook geldt. Dat de cliënten de mooie dingen die ze gemaakt hebben plaatsen, maar dat de mislukkingen er wel niet op zullen zetten. Maar de cliënten nemen een foto van hun beeldende werk en posten dit bijvoorbeeld op Facebook. Volgens de therapeut was het vroeger zo dat de therapeut zei dat ze er zorgvuldig mee omging, het netjes bewaren en dergelijke. De cliënt krijgt het dan later allemaal mee. Nu heeft ze dat niet in de hand. Mensen maken nu een foto, of er wordt een foto van het werk gemaakt en naar hun email adres gestuurd. Daar is volgens haar al heel veel verandert. Het ligt veel meer bij de cliënt dan het bij de therapeut ligt.

3.3.3 Overlapping tussen de verschillende therapieën

Er zijn (3/8) therapeuten die vertellen dat de inzet van digitale technieken voor een overlapping kan zorgen tussen verschillende therapieën, dat het niet specifiek voor beeldende therapie is. Een therapeut denkt dat bij de inzet van digitale technieken de beeldende therapie niet meer zuiver beeldende therapie is. Dat vindt ze lastig, want ze is beeldende opgeleidt en ze vindt dat het ook goed beeldend moet blijven. Ze wil zich onderscheiden en sterk houden. Het is niet erg als het gaat overlopen, maar ze denkt dat men zich ook moet profileren in het vak.

Een andere therapeut vertelt dat ze de inzet van digitale technieken wel bij beeldend vindt passen, maar dat het ook heel goed bij een andere therapie zou kunnen. Maar dat benoemt ze ook in de traditionele technieken. Zo kan zij met een cliënt een ik-doos maken, maar een praattherapeut zou dat ook kunnen doen. Ze vertelt dat zij dan toch op een andere manier naar dezelfde opdracht kijkt, veel meer inhoudelijk met het medium, maar dat het toch om dezelfde opdracht kan gaan. Soms vindt ze dit lastig en vraagt ze zich af bij wie wat thuis hoort. Ze kijkt ook naar het verschil tussen activiteiten begeleiding en beeldende therapie. Daar kan men ook hetzelfde doen, maar de interventies en de manier waarop men werkt en dingen terugkoppelt is anders. Het procesmatige hierin is ook anders benoemt ze.

Een therapeut vertelt over ouderen, en dan specifiek over reminiscentie, cliënten die geconfronteerd worden met zingeving. Ze spreekt ook over het ophalen van herinneringen en het leven in perspectief plaatsen, wat ook wel wordt gedaan bij mensen die beginnend dementerend zijn.

Ze kon zich bij deze cliënten het gebruik van foto's en dergelijke goed voorstellen. Ze vertelde hierbij echter dat het niet per se een beeldend therapeut moet zijn die dit begeleidt. Iemand anders zoals een sociotherapeut dit ook zou kunnen doen, zou ook met foto materiaal met deze cliënten kunnen werken. Ze is wel van mening dat er iets van therapeutische begeleiding in moet zitten.

3.4 Belangrijk in behandeling

Deze categorie gaat over de onderwerpen die volgens de respondenten belangrijk zijn in de therapie. Deze onderwerpen hangen ook nauw samen met de beslissingen om wel of niet digitale technieken in te zetten. Het is opgesplitst als een aparte categorie omdat vanuit de codering naar voren kwam dat meerdere therapeuten dezelfde gedachten hierover delen. Het is opgesplitst in twee thema's, de beeldende therapie en de behandeling in het algemeen.

3.4.1 Belangrijk in beeldende therapie

En zijn meerdere therapeuten (3/8) die spreken over wat zij zien als de kracht van beeldende therapie. Een therapeut benoemt dat de kracht van beeldende therapeuten en vaktherapeuten is dat ze heel erg goed kunnen laten zien wat er in het hier en nu met iemand, de cliënt, gebeurt. Ze kunnen goed zien wat iemand nodig heeft en daarop anticiperen. Ze benoemt hierbij ook dat dit het moeilijk maakt om vaktherapie op te schrijven in modules en in producten. Vaktherapeuten kunnen heel goed op de cliënt anticiperen en reageren. Er wordt daarin niet gepraat over wat er buiten de therapie gebeurt en waar men buiten tegenaan loopt. Het gaat volgens deze therapeut over wat er nu gebeurt en waar de cliënt op dat moment tegen aan loopt. Therapeuten kunnen dan als een spiegel iets terug geven, of iets toevoegen of een interventie plegen. Deze therapeut denkt dat dit gedeelte wordt weg gehaald op het moment dat men op afstand werkt, met E-health.

Een andere therapeut vertelt dat het gaat om het contact met het materiaal. Ze benoemt dat er bij beeldende therapie niet voor niets de driehoek van therapeut- medium en cliënt is. Die de eigenschappen en appèlwaarden van de materialen bevat. Ze vindt dat men de kracht van het medium moet laten gelden. Ze is van mening dat zij niet kan invallen voor bijvoorbeeld een muziektherapeut. Ze vindt dat iedere vaktherapeut zijn eigen medium heeft waar hij in gespecialiseerd is. Ze weet van begin tot eind wat ze met haar medium kan doen en hoe ze het inzet. Ze vertelt dat vaktherapie op zich een kracht heeft en dat elk specifiek medium een eigen specifieke kracht heeft. Ze benoemt dat vaktherapeuten allemaal hetzelfde kunnen, of heel veel hetzelfde kunnen, maar dat er toch verschil zit in de media. En dat verschil wil ze sterk maken.

Een therapeut vindt het persoonlijk van belang om bij de inzet van digitale technieken altijd beeldende materialen bij te gebruiken. Ze vertelt dat men hierin veel ziet, zoals de analogie van hoe iemand thuis werkt en in het medium. De manier waarop mensen de materialen hanteren, of iemand weinig of veel kracht gebruikt, of iemand weinig of veel ruimte inneemt en dergelijke. Ze vertelt dat ze voelen blijkbaar heel belangrijk vindt, net zoals ze het creëren heel belangrijk vindt. Dat men aan de ene kant iets maakt en er trots op is, maar aan de andere kant dat men ook iets van henzelf erin kan leggen. Iets van hun gevoel of van hun belevingswereld. Dat is voor haar gevoel anders wanneer men het met de handen maakt dan met digitale technieken. Ze benoemt wel dat het heel doelgroep afhankelijk is. Het is afhankelijk van de doelen die men met iemand wil bereiken en wat zijn daar de geschikte materialen voor zijn.

Een therapeut vertelt dat men reageert op de ervaring die iemand dan wel of niet heeft. Als iemand de hele tijd achter een computer zit en verder niks doet, moet die persoon daar vandaan. Bij dergelijke dingen kan ze zich voorstellen dat digitale technieken dan niet worden aangeboden. Ze benoemt dat ze dit op dezelfde manier aanpakt als bij de traditionele technieken. Als ze bijvoorbeeld een kunstenaar in de therapie krijgt, dan gaat ze een gesprek aan met diegene. Ze vertelt dan wat de therapie inhoudt en wat haar aanbod is. In het interview vertelt ze dat het dan kan voorkomen dat er dan geen therapie plaats vindt. Maar er volgt in elk geval een gesprek.

3.4.2 Belangrijk in de therapie

Een therapeut vertelt dat er onderzoeken zijn gedaan naar de werkzame bestanddelen van therapieën. Ze vertelt dat 60 tot 70% van de werkzame bestanddelen van de therapie bestaan uit de relatie die een therapeut heeft met de cliënt. Het vertrouwen dat gegeven wordt en het contact dat er is. Dat staat volgens haar nog los van welke methode er wordt gebruikt of welke werkvormen er worden toegepast. Volgens haar is de nabijheid hierin ook belangrijk. Het is bij de inzet van bijvoorbeeld E-health, dat door de meeste therapeuten wordt gezien als hulp of afstand, een stuk moeilijker om af te stemmen wat er gedaan moet worden. Zeker betreft het eerste contact. Zij noemt de relatie met de cliënt en de nabijheid van de therapeut als belangrijk in de therapie.

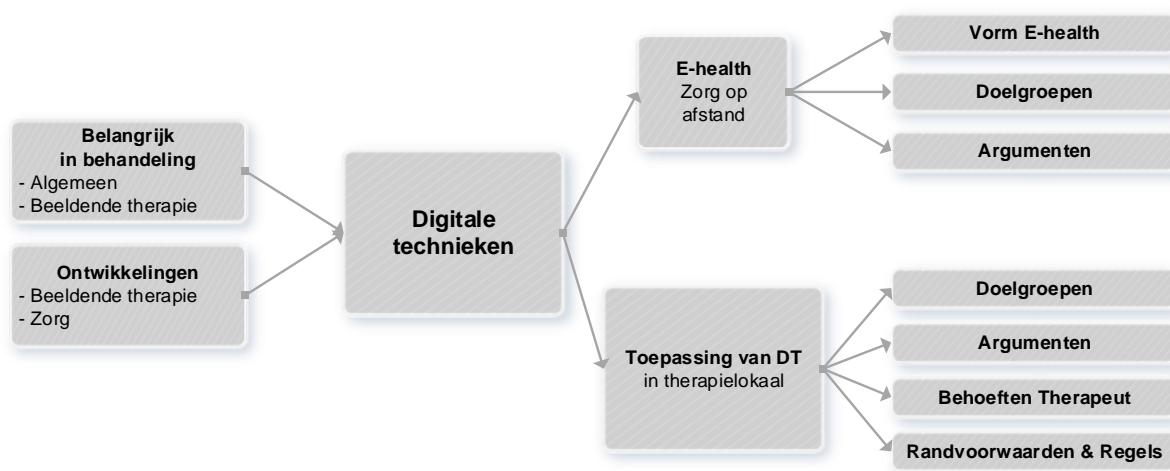
Een andere therapeut vindt het belangrijk dat wat er in de therapie gedaan wordt, gedaan wordt met een doel. Dat men ergens naartoe werkt. Ook moet men goed verklaren en verantwoorden hoe het binnen de therapie past. Ze vertelt ook dat ze het voor haar doelgroep, kinderen, juist goed is als ze zelf dingen ontdekken, leren en verzinnen. Dat ze bedenken hoe het gedaan kan worden, en dan samen met haar op zoek gaan om het voor elkaar te krijgen. Ze heeft het idee dat het met digitale technieken veel minder zo is.

Er wordt door een andere therapeut meer informatie gegeven over wat ze doet als een cliënt meer kennis heeft van een digitale techniek dan zij heeft. Ze vertelt dat zij diegene is die deskundig is op het therapeutische stuk. Zij is diegene die weet wanneer er begrenst dient te worden, wanneer er gestabiliseerd moet worden, wanneer er een leermoment is in wat de cliënt doet. Soms zijn er bij haar in de therapie cliënten zijn die veel beter kunnen tekenen dan dat zij kan. Ze denkt dat het niet van belang is. Dit kan de cliënt volgens haar ook goed doen. En anders kan men ook ooit ervoor kiezen om die cliënt een nieuw software programma aan te leren. Het ligt volgens haar aan het therapie doel. Ze benoemt dat het niet vaststaand is en dat men moet overleggen met de cliënt. Men moet continue afstemmen op de cliënt.

Voor de cliënten van een andere therapeut was het face-to-face contact heel belangrijk. Het fysieke stuk, zo vertelt ze, was voor haar cliënten heel belangrijk. In vergelijking met de E-health programma's die er zijn, zou dat een gemis zijn.

3.5 Samenhang van de resultaten

De bovenstaande resultaten zijn verkregen door uitgetypte interviews eerst open te coderen en vervolgens axiaal te coderen. Hieruit zijn labels gemaakt, die zijn geclusterd, waardoor categorieën zijn gevormd. Deze categorieën zijn hierboven beschreven, samen met het hetgeen wat de therapeuten erover verteld hebben. Tijdens het coderen is het duidelijk geworden dat er verbanden liggen tussen de categorieën. Deze samenhang is in figuur 3.1, Samenhang van de resultaten, weergegeven.



Figuur 3.1 Samenhang van de resultaten

De vraagstelling van dit onderzoek heeft als onderwerp Digitale technieken. Dit is figuur 3.1 het vak in centraal in het midden, dat met de andere categorieën verbonden is. Aan de rechteronderkant is te zien dat de toepassingen van DT, oftewel de toepassingen van digitale technieken, door de therapeuten wordt begrepen als een toepassing in het therapielokaal. Hierachter zijn de 'Doelgroepen', 'Argumenten', 'Behoeften van de therapeut' en de 'Randvoorwaarden & Regels' verbonden. Hieronder valt alles wat de therapeuten hebben verteld in de categorie 'Digitale technieken'.

Aan de rechter bovenzijde in figuur 3.1, is het vak 'Digitale technieken' verbonden met 'E-health'. Dit wordt door de therapeuten anders gezien als Digitale technieken en heeft om die reden een kleiner vak. E-health wordt door de therapeuten gezien als zorg op afstand, vaak via een computer. Achter dit vak staan er drie kleinere vakken. Deze geven de 'Vorm E-health', 'Doelgroepen' en 'Argumenten' weer die de therapeuten in de interviews hebben verteld.

In figuur 3.1 is er aan de linkerkant te zien dat er ook een vak is met de benaming 'Belangrijk in behandeling'. Dit staat voor wat de therapeuten in de interviews benoemen als belangrijk in hun behandeling. Er is hier een tweedeling te zien. Therapeuten vertellen wat er algemeen belangrijk is in een behandeling, maar ze vertellen ook over wat er specifiek in de beeldende therapie belangrijk is. Dit is ook verbonden met het vak Digitale technieken, omdat het ter sprake kwam in de interviews en er aangegeven was dat het van belang was.

In figuur 3.1 is er te zien dat er links onder nog een vak verbonden is met Digitale technieken, namelijk Ontwikkelingen. De therapeuten noemen in de interviews enkele ontwikkelingen die belangrijk zijn voor de therapie en de zorg. Deze ontwikkelingen zijn gesplitst in die voor de beeldende therapie en voor de zorg in het algemeen.

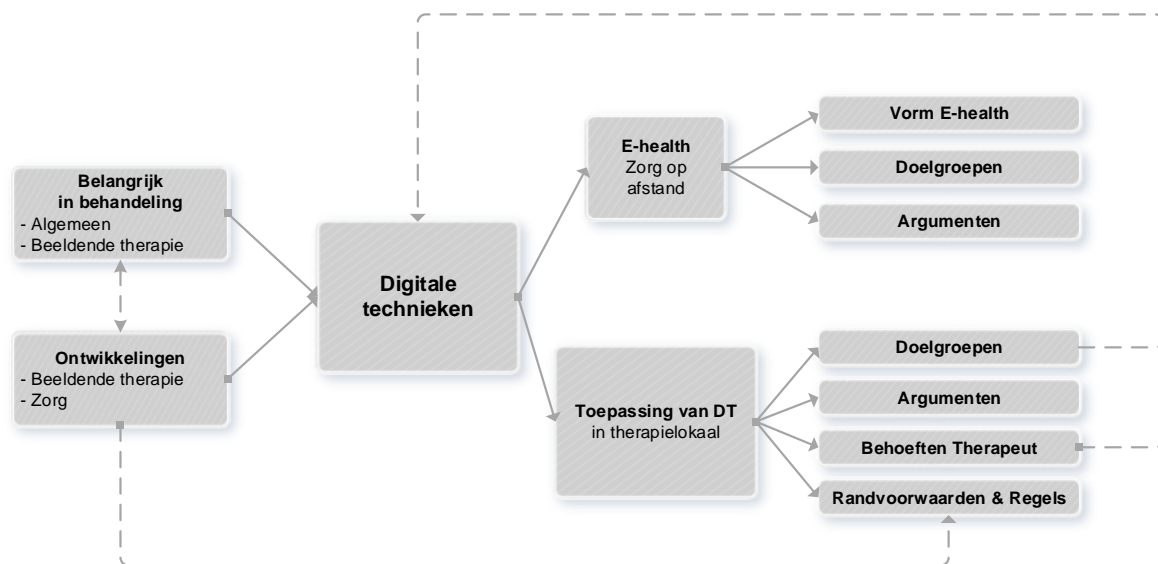
Hoofdstuk 4 Discussie

4.1 Verklaring en interpretatie van de resultaten

De vraagstelling van dit onderzoek was een brede vraagstelling. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het antwoord een breed gevormd antwoord is. Voordat hier verder op wordt ingegaan, is het belangrijk om duidelijk te stellen hoe de resultaten tot stand zijn gekomen. De resultaten uit dit onderzoek zijn voortgekomen uit de interviews die zijn gehouden met 8 verschillende therapeuten. Een van hen is op het moment niet meer werkzaam als therapeut, maar werkt als een leraar. Een andere is niet werkzaam in Nederland, maar heeft wel in Nederland de opleiding gevolgd tot beeldend therapeut. De interviews zijn uitgetypt en gecodeerd, wat labels en categorieën heeft opgeleverd. Er zijn uiteindelijk vier categorieën gevormd, welke weer thema's bevatten. De categorieën zijn als volgt: Digitale technieken, E-health, Ontwikkelingen in de zorg en Belangrijk in de therapie. Deze categorieën worden hieronder overstegen en geanalyseerd. De grootste categorieën, Digitale technieken en E-health, waren te verwachten, gezien de topic lijst en de uiteindelijke vragenlijst die op voorhand zijn opgesteld. De overige twee waren op voorhand niet verwacht, maar gezien het aandeel dat ze hebben zijn ze zeker niet verwaarloosbaar.

Bij het hoofdstuk 3, Resultaten, zal het zeker zijn opgevallen dat hoewel de informatie verdeeld is in verschillende thema's, ze uiteindelijk allemaal met elkaar verweven zijn. Dit is in het vorige hoofdstuk geïllustreerd met behulp van figuur 3.1, Samenhang van de resultaten. In dit hoofdstuk wordt er aan de hand van onderstaand figuur 4.1, Samenhang van de resultaten met linken, duidelijk gemaakt hoe de resultaten zijn geanalyseerd. Eerst wordt hetgeen wat de therapeuten hebben verteld, naast de literatuur gelegd die er in Hoofdstuk 1, Probleemstelling, is gebruikt. Hierbij wordt dezelfde volgorde aangehouden als in Hoofdstuk 3, Resultaten.

Vervolgens wordt er op een overstijgend niveau gekeken naar de resultaten. Dit wordt in figuur 4.1 geïllustreerd door middel van de stippellijnen die er getrokken zijn tussen de vakken 'Belangrijk in therapie' en 'Ontwikkelingen', de vakken 'Digitale technieken', 'Doelgroepen' en 'Behoeften therapeut' en de vakken 'Ontwikkelingen' en 'Randvoorwaarden & Regels'.



Figuur 4.1 Samenhang van de resultaten met linken

4.1.1 Definitie digitale technieken

In figuur 4.1, wordt er gestart vanuit het vak 'Digitale technieken' dat centraal in het middel staat. Dit is verbonden met 'Toepassing van DT', waarbij DT de afkorting is van digitale technieken. Dit vak staat voor de definitie van digitale technieken en omvat de woorden waar therapeuten aan denken bij het horen van 'digitale technieken'. De therapeuten noemen grafische technieken, het gebruik van internet, het maken van foto's, het bewerken van foto's, het gebruik van de computer, het gebruik van de Ipad, het gebruik van de laptop, het uitprinten van plaatjes en dergelijke en het maken van filmpjes.

In de verkenning van het probleemgebied wordt de definitie van digitale technieken vanuit de literatuur gevormd. Hierin is terug te vinden dat Malchiodi vertelt dat Austing en Thong (Austing; Thong, zoals geciteerd in Malchiodi, 2012) computerapplicaties hebben uitgebreid tot wat nu heet 'digital art therapy', in het Nederlands 'digitale beeldende therapie'. Dit begrip omvat alle vormen van op technologie gebaseerde media, waaronder digitale collage, illustraties, films en foto's die door vaktherapeuten worden ingezet in de therapie. Enkele van de voorbeelden die door Austing en Thong genoemd worden, worden ook door de therapeuten genoemd. Hieruit kan men concluderen dat er een overeenkomst is tussen de literatuur en de resultaten uit het onderzoek.

Van den Berg (2012) heeft ook een onderzoek uitgevoerd naar digitale technieken. Uit dat onderzoek komt naar voren dat het voor de meeste therapeuten niet duidelijk is wat er wordt verstaan onder digitale technieken. Het gebruik van de digitale camera wordt door zijn respondenten het meeste genoemd, en volgens van den Berg kan men van daaruit verwachten dat de camera wordt gezien als zijnde een digitale techniek. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat deze definitie nu meerdere technieken te omvatten, zoals het gebruik van een computer en software programma's. Dit kan zijn doordat er andere therapeuten zijn geïnterviewd of doordat er een andere onderzoeksmethode is gebruikt. Ook kan het verschil te verklaren zijn doordat het onderzoek van, van den Berg enkele jaren geleden is uitgevoerd. Van Hooren (2012) en E. Wouters (persoonlijke communicatie, 28 november 2013) vertellen dat er een digitale revolutie gaande is, waardoor men meer ICT in de zorg inzet. Door deze revolutie is het mogelijk dat meerdere therapeuten op de hoogte zijn van de mogelijkheden van de inzet van ICT, zonder dat dit meteen wil zeggen dat ze er gebruik van maken.

4.1.2 Doelgroepen bij digitale technieken

Vanuit de toepassing van digitale technieken, waarin de definitie van digitale technieken onder is geplaatst, is verbonden met doelgroepen, zie figuur 4.1. De therapeuten hebben zowel doelgroepen genoemd waarbij digitale technieken passend zijn, als doelgroepen waarbij de digitale techniek niet aansluiten. Uit de resultaten blijkt dat enkele therapeuten denken dat digitale technieken goed aansluiten bij cliënten die seksueel misbruikt zijn, cliënten met een vertekend lichaamsbeeld, cliënten die te maken hebben gehad met een jarenlange verslaving, cliënten die te maken hebben met faalangst, jongeren en ouderen. Uit de resultaten blijkt ook dat er doelgroepen zijn waarbij de digitale technieken volgens de therapeuten niet goed aansluiten. De therapeuten benoemen dat ze geen digitale technieken zouden inzetten bij cliënten die vanuit zichzelf al expressief zijn, jongeren met een straatbeeld, ouderen, cliënten die sociale angst hebben en cliënten met een krappe lichaamswaarneming.

Uit de resultaten valt het op dat de therapeuten doelgroepen hebben genoemd waarbij de inzet van digitale technieken zowel passend als niet passend is. Dit zijn de cliënten met een vertekend lichaamsbeeld of een verkeerde lichaamswaarneming, ouderen en jongeren. Er zijn hiervoor wel verschillende argumenten voor gegeven.

Bij de cliënten met een krappe lichaamswaarneming of een vertekend lichaamsbeeld vertellen de therapeuten dat digitale technieken in te zetten zijn. Dit kan men dan doen door de cliënten naar filmpjes te laten kijken over de dagelijkse gang van een model. Dit zou dan voor meer inzicht kunnen zorgen. Zodat de cliënten weten dat een model niet altijd mooi uitziet. En dat de uiteindelijke foto van een model vrijwel altijd bijgewerkt is. Een andere therapeut vertelt dat wanneer een dergelijke cliënt een foto van zichzelf zou maken en deze zou bewerken, dat dit er heel erg realistisch uitziet. Dit kan het beeld wat de cliënt heeft bevestigen en dat zou nadelig werken in de therapie. In de literatuur die is geraadpleegd bij Hoofdstuk 1, Probleemstelling, wordt deze doelgroep niet specifiek genoemd. Het is goed mogelijk dat hiervoor eerst meer onderzoek moet worden uitgevoerd alvorens men een uitspraak kan doen. De resultaten lijken er wel naar te wijzen dat men op verschillende manieren kan kijken naar de inzet van digitale technieken. Er zijn verschillende technieken die ook vaak op verschillende manieren ingezet kunnen worden in de therapie. Men kan er bijvoorbeeld ook voor kiezen om de cliënten uit deze doelgroep geen foto's te laten maken, maar inderdaad filmpjes te laten bekijken. Het is afhankelijk van wat de therapeut ziet als digitale techniek en welke methodische keuze

hij maakt. Het bekijken van een filmpje kan ook te confronterend zijn. Het is wijs om dit verder te onderzoeken bij meerdere therapeuten die werken met deze doelgroep. Dit om te zien welke methode er ontwikkeld kan worden om zo beter aan te sluiten bij de doelgroep.

De doelgroep jongeren komt ook aan bod. Therapeuten noemen dat digitale technieken goed kan aansluiten bij deze doelgroep, omdat ze al meer digitaal georiënteerd zijn, hier interesse in hebben en er dus vaak al kennis over hebben. Uit de casus van Austing (2010) blijkt dat het aansluiten bij de interesses bij een 15-jarige cliënt zorgde ervoor dat deze cliënt zijn gevoelens kon tonen in het proces. Volgens de therapeuten kan het inzetten van digitale technieken ook een bruggetje vormen en hen als het ware verleiden om beeldende therapie te volgen. Uit een onderzoek van Orr (2010) blijkt dat deze mening gedeeld wordt. De therapeuten die hebben meegewerkt aan het onderzoek van Orr, gaven aan dat het inzetten van digitale technieken goed past bij cliënten die bekend zijn met technologie en hier al ervaring mee hebben.

Bij de doelgroep ouderen worden er ook verschillende argumenten gegeven. Er zijn therapeuten die benoemen dat ouderen het niet gewend zijn om met de computer te werken en dat dit hen kan afschrikken. Het onbekende aan deze techniek zou dan de drempel om beeldende therapie te volgen voor deze cliënten verhogen. Een andere therapeut geeft aan dat ouderen, en bij haar vooral oudere mannen, zich vaak ongemakkelijk voelen wanneer ze beeldende therapie krijgen. Zij denkt dat de inzet van digitale technieken de drempel voor beeldende therapie voor deze cliënten kan verlagen. Van den Berg (2009) sluit hierbij aan. Hij vertelt dat de computer, een digitale techniek, een steeds meer bekend beeld is in de huizen in Nederland. Deze vertrouwdheid kan volgens hem drempelverlagend werken, voor iedereen die niet bekend is met beeldende therapie. Hij vertelt dat de inzet van een computer ook specifiek voor oudere personen geschikt kan zijn. Dit omdat ze zich in een levensfase bevinden waarin zij vaak veel eigen mogelijkheden verliezen. Met het gebruik van een computer kunnen zij dan toch eigen mogelijkheden ervaren.

In dit onderzoek spreekt een therapeut ook over jongeren met Autisme. Zij kan zich voorstellen dat digitale technieken bij hen worden ingezet omdat het aansluit bij hun belevingswereld. Malchiodi (2012) gaf ook aan dat digitale technieken bij cliënten met Autisme inzetbaar is, zij noemde hierbij app sketch Up 2-D modeling software programma (Project Spectrum, zoals geciteerd in Malchiodi, 2012). Het werken met het software programma was voor deze cliënten minder frustrerend en was voor hen visueel logischer dan het werken met pen en papier.

Een andere therapeut schetst een specifiek beeld rondom een jong volwassene, die is opgegroeid met een bepaald straatbeeld en dit ook uitdraagt. Bij deze cliënten zou zij het gebruik van een computer net snel inzetten. Omdat deze cliënten dan snel beelden zoeken die aansluiten bij dat straatbeeld, wat belemmerend kan zijn in de therapie. Vanuit de literatuur is hier geen voorbeeld van wat hiermee overeenkomt of verschilt. Hieruit kan men veronderstellen dat dit een gebied is waar nog meer onderzoek over gedaan kan worden.

4.1.3 Argumenten omtrent digitale technieken

In figuur 4.1 wordt er vanuit het vak Toepassing van DT een lijn getrokken naar de argumenten omtrent de inzet van digitale technieken. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt, dat therapeuten argumenten noemen voor de inzet van digitale technieken, maar ook argumenten noemen om deze juist niet in te zetten. Zo benoemen therapeuten dat het erg van deze tijd is. Dit sluit aan met wat van Hooren (2012) en E. Wouters (persoonlijke communicatie, 28 november 2013) aangeven. Zij vertellen over de digitale revolutie, dat er veel ontwikkelingen gaande zijn op het gebied van technologie en dat dit ook invloed zal hebben op de zorg. Maar uit de resultaten van het onderzoek komt ook naar voren dat sommige cliënten niet gewend zijn om beeldend te werken en dat daarom de inzet van digitale technieken helpend kan zijn. Een therapeut benoemt dat het witte papier afschrikwekkend kan zijn. Dit sluit aan bij wat van den Berg (2009) benoemt. Hij vertelt dat het betreden van een beeldende therapie ruimte blokkerend kan werken, omdat het vaak een onbekende ruimte is. Het gebruik van de computer kan dan drempelverlagend werken omdat dit wel een vertrouwd beeld is. De therapeuten benoemen ook dat digitale technieken snel zijn in vergelijking met de traditionele technieken. Het kost minder tijd om met de cliënt aan de slag te gaan. Tevens kan het medium aantrekkelijk gemaakt worden. Dit geldt dan voor cliënten die ongeïnteresseerd zijn in het beeldende medium hebben en er tegenop zien om beeldend te werken. Het inzetten van een digitale techniek, zoals een computer, kan hen dan prikkelen. Verder vertellen therapeuten dat het inzetten van digitale technieken zelfvertrouwen kan geven aan de cliënt, doordat ze leren te werken met een ingewikkeld apparaat. Ook kan het inzetten van digitale technieken voor afstand zorgen. Dit is dan geschikt wanneer andere materialen te dichtbij komen en de cliënten veel in de beleving laten.

Zoals al eerder is benoemd, zijn er ook argumenten naar voren gekomen die aangeven waarom de inzet van digitale technieken niet passend is. De meeste therapeuten vertellen hierbij over het missen van het gebruik van de tastzin bij digitale technieken. Bij de traditionele materialen, zo wordt er door de therapeuten aangehaald, kan men zoeken naar de analogie tussen het werken in het materiaal en het gedrag van de cliënt in zijn thuissituatie. Men kan in de traditionele technieken kijken naar de belevingsaspecten die de cliënt op dat moment heeft. De therapeuten vertellen dat zij dit niet terug zien in de digitale technieken. Uit de resultaten blijkt dat een therapeut denkt dat de touchscreen wel een gevoel op, maar dit is een constant gevoel. Dat geeft volgens haar weinig experimenteer mogelijkheden. Orr (2010) merkte dit ook op in het onderzoek dat zij heeft uitgevoerd. Therapeuten die hebben geparticipeerd in haar onderzoek gaven aan dat zij digitale technieken niet inzetten, omdat deze technieken geen tastbare kwaliteiten bevatten. Traditionele technieken bevatten deze wel, klei bijvoorbeeld kan warm of koud aanvoelen. Orr vertelt dat therapeuten zich moeten realiseren dat digitale technieken slechts gereedschappen zijn, net zoals penselen gereedschappen zijn. Een therapeut gaf in dit onderzoek aan dat ze digitale technieken wel ziet als gereedschappen. Ze vindt dat ze het verplicht is om deze aan te bieden en dat ze niet kan ontkennen dat er op dat gebied ook iets is wat de cliënt kan gebruiken. Dit sluit aan bij het gedachtegoed van Orr, dat therapeuten de digitale technieken moeten zien als gereedschappen.

Therapeuten vinden dat er in de digitale technieken nog een verschil zit ten opzichte van de traditionele technieken. Een therapeut geeft aan dat ze in de therapie ook gebruik maakt van het uiteindelijke beeld dat ontstaat. Ze vertelt dat het de weerslag is van hoe iemand heeft gewerkt. De sporen hiervan zijn nog zichtbaar in het werk en dat maakt het volgens haar concreet om met een cliënt een nabespreking te houden en de vertaling naar de doelen te maken. Ze weet niet in hoeverre dat men dat terug kan zien als men een digitale techniek toepast. Van den Berg (2009) geeft aan dat een computer een aantal specifieke kenmerken en mogelijkheden heeft, die andere materialen in de beeldende therapie niet hebben. Een van deze kenmerken is dat het mogelijk is om alle stappen die op een computer zijn gemaakt, op te slaan en deze op een later moment nog een keer terug te halen. Op deze manier kan er gekeken worden wat de cliënt als eerder heeft gedaan en welke stappen hij erna heeft gezet. H. van den Berg (persoonlijke communicatie, 21 februari 2014) liet in een lezing alle stappen die hij had gezet in een tekenprogramma, zien met behulp van een filmpje. Dit is bij verschillende programma's mogelijk en kan dus een uitkomst zijn om de stappen die een cliënt heeft gemaakt te tonen en te betrekken in een nabespreking.

Een andere therapeut vertelt in dit onderzoek dat ze digitale technieken niet inzet voldoende vooruit komt met de traditionele technieken. Ze kan met de traditionele technieken het doel dat ze opstelt bereiken. Daarnaast geeft ze aan dat de meeste cliënten thuis een computer hebben en dat daarin niet een stukje extra aangeboden hoeft te worden. Van den Berg (2009) bekijkt het juist andersom. Hij geeft aan dat men het bekend beeld van de computer die er nu ontstaat, kan gebruiken om digitale technieken in de therapie in te zetten.

4.1.4 Behoeften van de therapeut omtrent digitale technieken

Vanuit de resultaten van het onderzoek bleek ook dat de therapeuten verschillende behoeften hadden omtrent digitale technieken. In figuur 4.1 wordt dit geïllustreerd het vak 'behoeften van de therapeut, dat verbonden is met het vak 'Toepassing van DT. Deze behoeften verschillen van het hebben van geen behoefte, tot het concreet omschrijven van een cursus. Van Hooren (2012) benoemt dat het bij de inzet van E-health, belangrijk is dat er wordt gekeken naar de behoeften van vaktherapeuten en de cliënten. Volgens van Hooren zorgt het verduidelijken van deze behoeften ervoor dat er technologische mogelijkheden kunnen worden gezocht of ontwikkeld om de processen binnen de zorg te ondersteunen of te verbeteren. Technologie wordt dan een middel om een doel te bereiken en niet een doel op zich. De behoeften die uit de resultaten van dit onderzoek naar voren komen, worden dan ook meegenomen in de aanbevelingen voor de praktijk, beroepsontwikkelingen en verder onderzoek.

4.1.5 Randvoorwaarden en regels

In figuur 4.1 wordt ook duidelijk dat er in de resultaten opmerkingen zijn geuit omtrent randvoorwaarden en regels bij digitale technieken. Therapeuten vertellen dat men goede materialen moet hebben. Een computer mag niet traag zijn en een app moet vrij zijn van reclame om het goed in te kunnen zetten in de therapie. Als men een trage computer gebruikt om bijvoorbeeld filmpjes te laten zien, dan duurt het lang voordat een filmpje geladen is en men het af kan spelen. Dit kost meer tijd, terwijl een van de voordelen zou zijn dat digitale technieken sneller zijn. En reclame bij een app kan afleidend werken, wat niet ten goede komt voor de therapie.

De therapeuten benoemen dat het noodzakelijk is om digitale technieken goed te beheersen. Orr (2010) benoemt dat de therapeut in de huidige ontwikkelingen net zoveel moet leren over digitale technieken als de cliënt moet leren over zijn relaties, zijn zelf en zijn mentale gezondheid. Zij geeft aan dat de kennis die aanwezig is bij therapeuten in de praktijk vaak beperkt is. Uit ander onderzoek van Orr (Orr, zoals geciteerd in Orr, 2010) bleek dat therapeuten vaak de keuze maken om digitale technieken wel of niet in te zetten. Volgens Orr zou de therapeut vanuit deze hiërarchische benadering dan ook meer kennis moeten hebben over de digitale technieken dan de cliënt. Zij geeft aan dat dit met digitale technieken vaak niet het geval is. Dit blijkt ook uit de resultaten van dit onderzoek. Het blijkt dat het soms kan het voorkomen dat een cliënt meer kennis heeft over digitale technieken. Dat kan soms lastig zijn, zegt een therapeut. Een therapeut geeft aan dat dit ook juist goed kan zijn voor het zelfvertrouwen van die cliënt. Een andere therapeut vertelt dat men dan een gesprek kan aangaan met deze cliënt, om te kijken of de inzet van digitale technieken op dat moment een goede aanpak is om de doelen van de cliënt te bereiken. Maar ze vertelt ook dat het speciale van de digitale technieken eigen gemaakt moeten worden door de therapeuten, zodat ze weten wat ze het beste kunnen aanbieden.

Er zijn ook therapeuten die aangeven dat wanneer een werkstuk digitaal is gemaakt, men het ook sneller kan delen met andere personen. Dit geldt ook voor cliënten. Een therapeut vertelt dat er cliënten zijn, zoals de psychosomatische doelgroep waar zij ervaring mee heeft, die zichzelf hier niet tegen kunnen beschermen. Bij het online plaatsen van werkstukken, stelt diegene zich erg kwetsbaar op. Hij of zij kan dan kritiek krijgen van anderen, en sommige personen weten niet goed hoe ze hier mee om moeten gaan. Hetzelfde geldt voor het opzoeken van plaatjes. Uit de resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat het opzoeken van plaatjes moet gebeuren in een beperkte radius. Dit omdat er anders de kans bestaat dat er rare plaatjes opduiken die niet geschikt zijn voor de cliënten. Bij bepaalde groepen moet de therapeut een aantal beslissingen maken zodat de cliënten beschermt zijn. Niet alleen tegen de informatie die er gevonden kan worden door middel van zoekopdrachten, maar ook op het moment als een cliënt iets wil delen. Wanneer de cliënt zich in een instelling bevindt, moet hij zich houden aan de regels binnen die instelling. Wanneer er een regel is dat men niet iets online mag plaatsen, dan moet de cliënt zich aan deze regel houden. Wanneer de cliënt niet is opgenomen in een instelling, en hij thuis is, dan is het moeilijker om zulke regels op te stellen. Hetgeen wat hij thuis doet valt niet onder de instelling. Het is daarom belangrijk dat een dergelijke cliënt gewezen wordt op de risico's die hij loopt als hij iets van zichzelf online plaatst of wanneer hij een zoekopdracht uitvoert op de computer. Een therapeut gaf in de resultaten al aan dat dit moet worden meegenomen behandeling als een soort van educatie. Het is dan wellicht niet mogelijk om regels omtrent dit fenomeen op te stellen, maar de cliënt kan door middel van educatie op dit gebied, bewust gemaakt worden van de risico's die er zijn en de gevolgen die er kunnen komen.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat er nog geen richtlijnen zijn omtrent het inzetten van digitale technieken. Er wordt aangegeven dat men hierop achterloopt. Een therapeut vermoedt dat men tijdens het werken met digitale technieken tegen situaties aan zal lopen en dat die momenten de oorsprong zijn van toekomstige richtlijnen. Op sommige werkplekken zijn wel al enkele regels, zo mogen cliënten bijvoorbeeld niet inloggen op het account van een therapeut. Maar vanuit de resultaten komt niet naar voren dat er echt regels zijn die in het algemeen, voor iedere instelling gelden. Op het moment worden digitale technieken in de praktijk nog niet op grote schaal ingezet. Het is goed mogelijk dat dit in de nabije toekomst wel gaat gebeuren. Van Hooren (2012) en E. Wouters (persoonlijke communicatie, 28 november 2013) geven aan dat er een digitale revolutie gaande is, en dat men in de zorg steeds meer de keuze maakt om digitaal te werken. Het is mogelijk dat dit ook voor de beeldende therapie geldt. Als er meer digitale technieken worden ingezet in de praktijk, zullen er zich vast situaties voordoen waarbij men tegen zaken aanloopt waarvoor men graag een richtlijn had. Hierdoor zullen er verschillende richtlijnen ontstaan waardoor het aanbod van richtlijnen heel divers kan zijn. Vanuit deze gedachte zijn er een aantal aanbevelingen die er worden gedaan. Deze zijn verderop in dit hoofdstuk geplaatst/ terug te vinden.

4.1.5 E-health

In figuur 4.1 is het centrale vak met de naam 'Digitale technieken' ook verbonden met E-health. Uit de resultaten is duidelijk geworden dat men bij de dit begrip niet direct denkt aan het inzetten van digitale technieken. Therapeuten verstaan onder dit begrip hulp op afstand, via bijvoorbeeld een computer. Men kan dan vaak met behulp van een programma geholpen worden met de problemen die hij heeft. Er worden door de therapeuten voorbeelden genoemd programma's voor depressie, die goed zouden werken. Van Hooren (2012) vertelt dat onder E-health alle inzet van ICT in de zorg behoort. Vanuit deze redenatie kan men denken dat de inzet van digitale technieken hier onder valt. De therapeuten zien het inzetten van digitale technieken anders dan de term E-health. Onder digitale technieken verstaan ze het inzetten van een digitale techniek, zoals bijvoorbeeld een computer, in hun therapielokaal. Bij de term E-health hebben ze het beeld van zorg op afstand, een behandeling waar de cliënt thuis achter zijn computer zit waarbij hij via het internet contact heeft met zijn behandelaar.

4.1.6 Doelgroepen bij E-health

Door de therapeuten werden ook doelgroepen genoemd rondom E-health. Zo vertelt een therapeut dat ze het gebruik van E-health niet zo snel zou inzetten bij ouderen. Dit omdat ze niet weet of ouderen wel een computer thuis hebben die ze ervoor kunnen gebruiken. Maar ook omdat ouderen bij haar weten niet zo veel inzicht hebben in het gebruik van een computer. Bij de bovenstaande paragraaf 'Doelgroepen bij digitale technieken' wordt er aangehaald dat van den Berg (2009) vertelt dat ouderen door middel van het inzetten van digitale technieken een uitbreiding van de eigen mogelijkheden ervaren. Het is goed mogelijk dat dit ook een gevolg is wanneer men E-health bij deze doelgroep inzet.

Het is misschien zo dat de meeste ouderen geen kennis hebben over hoe een computer of andere hardware werkt. Als men E-health zou gaan inzetten bij dergelijke cliënten moet er gekeken worden naar de mogelijkheden die de cliënten hebben en welke er uitgebreid kunnen worden door middel van digitale technieken. Het kan zijn dat een oudere hier weerstand tegen heeft en dat er om die reden een andere keuze gemaakt moet worden. Het kan ook zijn dat het werken met bijvoorbeeld een computer ook uitnodigend kan zijn, omdat het zoals van den Berg (2009) aangeeft, een steeds bekender beeld is in de huiskamers van Nederland. Door middel van het aanbieden van E-health is het volgens de onderzoeker mogelijk dat een cliënt thuis kan blijven. Men heeft dan met zijn behandelaar contact op afstand en hoeft dan niet naar een instelling te reizen. Als een persoon minder mobiel is, wat gezien kan worden als een verlies van de eigen mogelijkheden, kan E-health dus een uitkomst zijn. Zo kan een persoon toch de zorg krijgen die er nodig is, zonder dat hij hiervoor uit zijn bekende omgeving wordt gehaald.

Een therapeut geeft aan dat E-health voor doven wellicht wel een uitkomst kan zijn, omdat ze dan niet iemand via een telefoon hoeven te spreken, maar via de mail kunnen contact op kunnen nemen. Een andere therapeut, die werkzaam is met de doelgroep doven en slechthorende, geeft aan dat het voor deze groep juist niet geschikt was om E-health aan te bieden. Dit omdat bij de meeste programma's van E-health de nadruk ligt op de geschreven taal. Doven en slechthorenden, zo vertelt de therapeut, hebben het Nederlands niet als moedertaal, maar hebben vaak gebarentaal als moedertaal. Dat maakt het gebruik van de programma's voor deze doelgroep moeizaam.

E-health is op dit moment dus niet direct geschikt voor alle cliënten. Per doelgroep moet er worden gekeken welke aanpassingen er nodig zijn om het programma cliënt vriendelijk te maken. Voor de doelgroep doven en slechthorende, en ook voor de doelgroep met verstandelijke handicap of beperking, is het mogelijk dat er een aangepast programma moet komen die visueler van aard is. Dit wil zeggen dat het programma dan werkt met plaatmateriaal in plaats van geschreven taal. Men kan hierbij denken aan bijvoorbeeld gezichtjes die emoties laten zien. De therapeut die ervaring had met doven en slechthorende gaf dit aan als een mogelijke oplossing.

Een therapeut vertelt over cliënten die sociaal angstig zijn. Zij geeft aan dat ze het gek zou vinden als een dergelijke cliënt alleen maar E-health zou krijgen. Ze kon het zich moeilijk voorstellen dat wanneer een cliënt sociaal angstig is hij via een computer zou leren om niet meer sociaal angstig te zijn. Dit heeft volgens haar te maken met direct contact. Een computer spiegelt niet de emoties weer zoals een therapeut dat wel zou kunnen doen. Er wordt wel benoemd dat E-health een goede ondersteuning zou zijn. Het kan dan dienen als een soort opstart. Als de cliënt teveel last ervaart of te angstig is om direct in contact met een behandelaar te leren met zijn angsten om te gaan, is het mogelijk om met behulp van E-health kleinere stappen te zetten. Vervolgens kan men dan de stap zetten naar het werkelijke contact met anderen.

Het is goed mogelijk dat dit niet alleen voor deze doelgroep geldt, maar voor meerdere. Wellicht merken sommige personen dat zij zich psychisch niet geheel in orde voelen en kunnen zij via internet, thuis achter hun eigen computer, een test doen waaruit blijkt dat ze een risico lopen om een stoornis te ontwikkelen. Dit kan voor sommige personen minder beangstigend zijn dan bijvoorbeeld de directe stap naar de huisarts. Op deze manier kan E-health ook worden ingezet als een onderdeel van een diagnose. Maar het is ook goed mogelijk dat het op deze manier ook ingezet kan worden als een soort van preventie.

4.1.7 Argumenten bij E-health

In figuur 4.1 is te zien dat het vak E-health ook verbonden is met het vak argumenten. Hieronder zijn dan alle argumenten geplaatst die de therapeuten in het onderzoek hebben genoemd omtrent E-health. Het gaat dan over argumenten die voor het inzetten zijn van E-health, maar ook over argumenten die de andere zijde belichten en dus tegen spreken. Uit de resultaten komt naar voren dat het kan dienen als een vorm van nazorg. De behandeling kan dan worden voortgezet en er zijn meerdere mogelijkheden om in contact te blijven.

Er komt ook uit de resultaten naar voren dat E-health past in de tijd waarin we nu leven. Een therapeut vertelt dat de zorg duurder wordt. E-health is goedkoper, omdat de cliënt dan niet elke week hoeft langs te komen. De cliënt kan dan een keer in de 3 weken komen, en tussendoor via de email contact houden met de behandelaar. E. Wouters (persoonlijke communicatie, 28 november 2013) haalt ook aan dat de bezuinigingen ervoor zorgen dat er meer gekeken wordt naar de inzet van E-health in de zorg. Ook van Hooren (2012) benadrukt dat er binnen de geestelijke gezondheidszorg steeds meer de nadruk wordt gelegd op de inzet van E-health.

4.1.8 Ontwikkelingen in behandeling

In figuur 4.1 is aan de linkerkant te zien dat het vak 'Digitale technieken' ook verbonden is met het vak 'Ontwikkelingen'. Uit de resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat de therapeuten vertellen over ontwikkelingen in de therapie en in het algemeen in de zorg. Zo benoemt een therapeut dat er ontwikkelingen in de zorg hebben plaatsgevonden, waardoor men meer een beroep doet op de zelfstandigheid van de cliënt. Tegenwoordig is de zorg ook meer gericht op het leren leven met een bepaalde ziekte, in plaats van herstellen ervan. Ze geeft tevens aan dat de zorg een stuk zakelijker is geworden. Men moet doelen opstellen en hier naar toe werken. Dit wordt door de therapeut benoemt als een positieve ontwikkeling.

De ontwikkelingen die plaats vinden in de behandeling, zijn belangrijk omtrent digitale technieken. Ontwikkelingen als bezuinigingen in de zorg, kunnen als gevolg hebben dat men meer digitale technieken in gaat zetten. Dit omdat het bijvoorbeeld sneller is en dus minder tijd kost. Als men spreekt over het aanspreken van de zelfstandigheid van de cliënt, lijkt het een logische stap om meer E-health in te zetten. Op deze manier kan de cliënt contact op nemen met de therapeut, of andere behandelaar, wanneer hij dit nodig acht of wanneer hij dit met de therapeut heeft afgesproken. De werkelijke contacttijd op eenzelfde locatie wordt dan minder en dit kost uiteindelijk minder geld. Maar er zit ook een keerzijde aan deze ontwikkeling. Deze keerzijde heeft te maken met wat de therapeuten belangrijk vinden in de therapie. Tussen 'ontwikkelingen in behandeling' en 'belangrijk in de behandeling' zit een link. Hieronder wordt eerst de resultaten omtrent 'Belangrijk in behandeling' geanalyseerd en verklaard, verderop in dit hoofdstuk komt de link naar voren tussen 'Ontwikkelingen in behandeling' en 'Belangrijk in behandeling'.

4.1.9 Belangrijk in behandeling

Als laatste komt in het figuur 4.1 het vak 'Belangrijk in de therapie' aan bod. Ook dit vak is verbonden met het centrale vak 'Digitale technieken'. Uit de resultaten blijkt dat de therapeuten een aantal dingen belangrijk vinden in de therapie. Een therapeut vertelt dat zij een onderzoek heeft gelezen over de werkzame bestanddelen van therapieën. Hieruit komt naar voren dat 60 tot 70% van de werkzame bestanddelen bestaan uit de relatie die een therapeut heeft met de cliënt. Dit zou met de inzet van E-health volgens haar verdwijnen. E-health is volgens de therapeuten immers behandeling op afstand, via een computer. Dit heeft volgens de therapeut invloed op de relatie tussen de cliënt en de therapeut. Door de afstand die er dan is, is het niet meer mogelijk om een soortgelijke band op te bouwen. Een andere therapeut vertelt dat het face-to-face contact voor haar cliënten heel belangrijk is. Het fysieke stuk is daarin voor de cliënten heel belangrijk. Bij E-health zou dat een gemis zijn.

Uit de resultaten blijkt dat er nog andere dingen in de beeldende therapie zijn die therapeuten belangrijk vinden. Een van hen benoemt dat de kracht van vaktherapeuten is dat ze heel goed laten zien wat er in het hier en nu gebeurt met een cliënt. Dat ze daarbij heel goed kunnen zien wat iemand nodig heeft en hoe ze daarop moeten anticiperen. Het gaat er dan over wat er in de therapie gebeurt. Therapeuten kunnen als een spiegel iets terug geven, iets toevoegen of een interventie plegen. Er wordt door meerder therapeuten benoemd dat men de kracht van beeldende therapie niet wil verliezen.

4.1.10 Link tussen ‘Digitale technieken’, ‘Doelgroep’ en ‘Behoeften therapeut’

In figuur 4.1 wordt er door middel van een stippelijijn geïllustreerd dat er vanuit de analyse van de resultaten een link naar voren komt. In de interviews geven de therapeuten aan dat er verschillende redenen zijn waarom ze wel of niet digitale technieken in zetten. Er worden voor beide kanten argumenten gegeven en doelgroepen genoemd. Therapeuten geven ook hun behoeften aan omtrent digitale technieken. Ze vertellen dat ze bijvoorbeeld een cursus willen, of dat ze geïnteresseerd zijn in een studiedag. Dit wijst er op dat deze therapeuten meer kennis willen opdoen over digitale technieken. Het beheersen van een digitale techniek wordt ook gezien als een randvoorwaarde bij het inzetten ervan. Men is van mening dat men eerst de digitale technieken moet beheersen alvorens men deze in kan zetten in de therapie.

Maar men moet bij het inzetten van digitale technieken niet alleen kijken naar de behoeften die therapeuten hebben. Men moet ook de behoeften van de cliënt in beeld hebben. Van Hooren (2012) vertelt dat het van belang is om de behoeften van vaktherapeuten maar ook van hun cliënten nauwkeurig na te gaan. Het verduidelijken van deze behoeften zorgt volgens van Hooren ervoor dat er technologische mogelijkheden kunnen worden gezocht of ontwikkeld om de processen binnen de zorg te ondersteunen en te verbeteren. Hiermee wordt de inzet van technologie niet een doel op zich, maar een middel waarmee de zorg bevorderd kan worden.

De behoeften van de therapeut zijn dus belangrijk, maar de behoeften van de cliënt dienen ook te worden meegenomen. Dit is ook een item dat wordt meegenomen bij de aanbevelingen.

4.1.11 Link tussen ‘Ontwikkelingen’ en ‘Belangrijk’

Door de therapeuten worden verschillende dingen genoemd die zij als belangrijk ervaren in de therapie, zowel in algemene therapie als in de beeldende therapie. Het inzetten van digitale technieken is nog in ontwikkeling. Het is mogelijk dat hetgeen wat de therapeuten belangrijk vinden, minder aan bod komt. Als er in de therapie meer de focus wordt gelegd op E-health, oftewel de hulp op afstand via bijvoorbeeld een computer, dan is het mogelijk dat de relatie tussen de cliënt en de therapeut minder snel groeit dan wanneer de therapie in een ruimte zou plaatsvinden.

Een therapeut vertelt dat de nadruk in de zorg nu vooral ligt op de zelfstandigheid van de cliënt. De cliënt wordt nu als het ware niet meer afhankelijk gemaakt van de therapeut. Het inzetten van E-health is een manier om aan deze ontwikkeling te voldoen. Het is hier echter de vraag op welke manier men dit kan doen, zonder dat de cliënt hieronder leidt. Een therapeut vertelt dat ze vanuit onderzoek weet dat 60 tot 70% van de werkzame bestanddelen van de therapie bestaat uit de relatie tussen de cliënt en de therapeut. Hiermee moet dus rekening worden gehouden wanneer men E-health gaat inzetten.

Bij ontwikkelingen vertellen de therapeuten dat ze ook vrezen dat met de inzet van digitale technieken de lijnen tussen de beeldende therapie en andere therapieën vervagen of overlappen met elkaar. Ze benoemen dat andere therapeuten ook digitale technieken kunnen gebruiken. Therapeuten benoemen in dit onderzoek wel dat zij een andere kijk hebben op het aanbieden van de technieken en dat dit het verschil maakt. Dit is wat tussen de ‘Ontwikkelingen’ en ‘Belangrijk’ in zit. Deze situatie bestaat ook tussen de verschillende therapeuten zonder dat er digitale technieken zijn ingezet.

4.1.12 Link tussen ‘Ontwikkelingen’ en ‘Randvoorwaarden en regels’

De therapeuten geven weer dat er nog geen richtlijnen zijn omtrent de inzet van digitale technieken. Er is geen kant-en-klaar boek beschikbaar waarin alles staat beschreven omtrent de randvoorwaarden en de regels. De therapeuten vertellen dat men tijdens het werken met digitale technieken waarschijnlijk tegen zaken aan zal lopen en dat van hieruit richtlijnen worden ontwikkeld. De kennis over randvoorwaarden en regels ontbreekt grotendeels nog. Er worden wel enkele randvoorwaarden gegeven waar therapeuten ervaring mee hebben, bijvoorbeeld omtrent het inloggen. Maar het is dus iets wat nog ontwikkeld moet worden.

4.2 Beantwoording vraagstelling

De vraagstelling van het onderzoek was als volgt:

Welke beeld hebben de Nederlandse beeldend therapeuten over digitale technieken in de beeldend therapeutische praktijk?

Het beeld dat de geïnterviewde therapeuten hebben is enerzijds divers en anderzijds zijn er overeenkomstigheden. Wat duidelijk uit de resultaten naar voren komt, is dat therapeuten het inzetten van digitale technieken niet zien onder de definitie E-health. Volgens van Hooren (2012) behoort alle inzet van ICT in de praktijk tot E-health, en dat zou betekenen dat digitale technieken hier ook onder vallen. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de therapeuten hierbij een andere gedachte hebben. Zij benoemen E-health als hulp op afstand, bijvoorbeeld door middel van e-mail via de computer. De hulpverlener is in hun beeld niet aanwezig in dezelfde ruimte als de cliënt. Het beeld wat de therapeuten hebben zorgt voor een tweedeling tussen E-health en Digitale technieken. Zij zien digitale technieken als gereedschappen die men in de therapieruimte in kan zetten. E-health wordt dan gezien als een vorm van behandeling die op afstand plaats vindt, waar de cliënt als het ware thuis achter zijn computer zit en hulp ontvangt.

De definitie van digitale technieken is voor sommige therapeuten ook nog een vraag. Andere therapeuten benoemen dat zij daaronder alles zien wat er digitaal kan gebeuren. Hierbij benoemen ze niet specifiek iets digitaals waarmee iemand een beeld kan maken of een beeld kan zien. Dit wordt door de onderzoeker wel zo geïnterpreteerd omdat alle therapeuten, beeldende therapeuten zijn. De therapeuten vertelden in het onderzoek niet alleen iets over digitale technieken en E-health, maar zij vertelden ook over ontwikkelingen in de zorg. De ontwikkelingen die er nu op het moment gaande zijn, maar ook over ontwikkelingen die mogelijk eraan zitten te komen, komen in de interviews aan bod. Het zijn allemaal ontwikkelingen waar men als vaktherapeut rekening mee moet houden, omdat het kan zorgen voor veranderingen in het beroep van vaktherapeut.

Wat hierbij ook belangrijk is om te melden, is hetgeen wat de therapeuten belangrijk vinden in hun therapie. Dit moet ook worden meegenomen in de beslissing over digitale technieken, want ook hierin zitten elementen die botsen met de kenmerken en eigenschappen van digitale technieken. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat een therapeut de voorkeur heeft voor traditionele technieken, omdat hier meer een beroep wordt gedaan op de tastzin van de cliënt. Deze is bij de digitale technieken niet aanwezig. Maar men moet meer kijken naar voor welke cliënt deze technieken wel of niet geschikt zijn. Sommige therapeuten benoemen dat digitale technieken goed aansluiten bij cliënten die een weerstand hebben voor materialen die een appèl doen op het testzintuig. Cliënten die bijvoorbeeld te maken hebben gehad met seksuele mishandeling. Voor dergelijke cliënten zijn digitale technieken de uitkomst. Ook voor cliënten die te snel doorslaan in het voelen, is het mogelijk dat digitale technieken beter aansluiten dan traditionele technieken.

De vraagstelling van dit onderzoek is een brede vraagstelling. Het antwoord dat verkregen is, is eveneens breed en het geeft stof tot nadenken. Het is hierbij wel iets opvallends te merken. De therapeuten hebben allen een beeld dat verschillend was met die van de anderen. Een van de therapeuten vertelde na afloop van het interview dat haar beeld omtrent digitale technieken waarschijnlijk samenhang met haar leeftijd. Ze vertelt dat ze al wat ouder is en dat dit de reden kon zijn voor haar beperkte kennis. Therapeuten die jonger zijn dan haar zouden volgens haar meer kennis over digitale technieken hebben. Bij het onderzoek is er echter ook een therapeut geïnterviewd die zich in dezelfde leeftijdscategorie bevindt als de voorgaande therapeut. Zij heeft een ander beeld omtrent digitale technieken. En de therapeuten die jonger waren, hadden ook een ander beeld. Hieruit blijkt dat het beeld omtrent digitale technieken niet alleen afhangt van de leeftijd van de therapeuten. Er zijn ook andere aspecten die een rol spelen bij de beeldvorming. Zo is het goed mogelijk dat de werkplek van de therapeut een rol speelt, evenals de doelgroep waarmee de betreffende therapeut werkt.

Er is geen eenduidig antwoord verkregen op de vraagstelling, maar een verscheidenheid aan gedachten over digitale technieken. Het is duidelijk dat men bij het inzetten van digitale technieken aan verschillende dingen moet denken. Dit leidt dan ook tot verschillende aanbevelingen voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en voor vervolgonderzoek, wat hieronder wordt besproken.

4.3 Aanbevelingen

Vanuit de verscheidenheid van ideeën en gedachten die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen, zijn er een aantal aanbevelingen die er gedaan kunnen worden voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en voor eventueel vervolgonderzoek.

4.3.1 Aanbeveling voor de praktijk

Er zijn een paar zaken op te noemen waarmee men in de praktijk bij de inzet van digitale technieken rekening moet houden. Zo is het duidelijk geworden dat hierbij moet worden gedacht aan een goede kwaliteit en de beschikbaarheid van de materialen. Dit is dus niet alleen zo bij de traditionele technieken. Ook bij digitale technieken moeten er goede materialen aanwezig zijn waar de cliënt mee uit de voeten kan. Dit is iets waar men in de praktijk, wanneer men digitale technieken wil toepassen, rekening mee moet houden. Het is daarbij ook belangrijk dat de therapeut op de hoogte is van de digitale technieken die ingezet worden.

Daarnaast zijn er een aantal doelgroepen genoemd waarbij de inzet van digitale technieken juist passend of niet passend zou zijn. De doelgroep jongeren wordt vaak genoemd als doelgroep waarbij de inzet van digitale technieken passend zou zijn. Dit omdat deze doelgroep ook al meer digitaal georiënteerd is. Enkele therapeuten geven daarbij ook aan dat het dan ook teveel kan worden, juist omdat ze al digitaal georiënteerd zijn.

Een andere doelgroep die wordt genoemd zijn de ouderen. Aan de ene kant wordt het genoemd als een doelgroep waarbij de inzet van digitale technieken niet aan te raden is. Dit omdat ze niet digitaal georiënteerd zijn en er grote moeite mee hebben om ermee te werken. Het kan voor hen de drempel verhogen. Maar er zijn therapeuten die dit tegenspreken en die juist zeggen dat het goed kan zijn voor deze doelgroep om te werken met digitale technieken, omdat het technische aspecten heeft, toch ook ergens stoer is en het ook kan zorgen voor een verhoging in het zelfvertrouwen. Juist omdat het werken met digitale technieken voor hen het gevoel kan geven dat ze er toch iets mee kunnen creëren.

Wat hier allemaal genoemd is, is belangrijk voor de praktijk. In de praktijk moet men zien welke cliënt men voor zich heeft en op dat moment bekijken welke technieken geschikt zijn. De aanbeveling is dat men niet digitale technieken inzet omdat er op dit moment een digitale revolutie gaande is en het hierdoor 'hip' is. Men moet digitale technieken inzetten op het moment dat de cliënt hiermee zijn doel(en) kan bereiken. Maar men moet dit doen op het moment dat men als therapeut zelf de digitale technieken ook beheerst en weet hoe deze therapeutisch in te zetten zijn.

Wat voor de digitale technieken geldt, dat men deze in moet zetten wanneer de cliënt ermee zijn doelen kan bereiken, geldt ook voor het inzetten van E-health. In onderzoek benadrukken therapeuten dat het contact tussen de cliënt en de therapeut een groot deel uitmaakt van de werkzame bestanddelen in de behandeling. E-health wordt door hen gezien als zorg op afstand. Hierdoor wordt het contact tussen de cliënt en de therapeut anders dan wanneer de therapeut de cliënt ontvangt in zijn therapielokaal. Het beste is wanneer men per individuele cliënt bekijkt welke optie het beste geschikt is. Men moet hierbij dan ook de aankomende ontwikkelingen, zoals de bezuinigingen en dergelijke, niet uit het oog verliezen. Voor sommige cliënten is het beter wanneer de behandeling plaatsvindt in een lokaal. Daar hebben zij directe feedback op het moment van de therapeut, tevens heeft de therapeut dan de mogelijkheid om op het moment interventies te plegen. Maar voor sommige cliënten is het beter als er met behulp van E-health een soort van opstart wordt gemaakt. Dat hij al enkele dingen leert met behulp van een computer bijvoorbeeld. Het is dan mogelijk dat hij vervolgens toch nog een behandeling in een therapielokaal nodig heeft. Maar het kan dan ook zo zijn dat hij genoeg heeft aan een behandeling via E-health. De aanbeveling hiervoor geldt dat als behandelaars hiervoor kiezen, men goed naar de cliënt moet kijken voor wie de behandeling bedoelt is.

Een andere aanbeveling die gevormd wordt vanuit dit onderzoek is het opstellen van richtlijnen omtrent de inzet van digitale technieken. Door middel van het opstellen van richtlijnen wordt het inzetten van digitale technieken eenduidiger. Daarbij kunnen zich in de praktijk situaties voordoen waarin de cliënt beschermt moet worden tegen de mogelijkheden die men allemaal heeft met digitale technieken. Als men werkt met digitale technieken, is het vaak gemakkelijker om iets online te delen met andere personen. Dit kan op de instelling beperkt of onder controle gehouden worden door het opstellen van richtlijnen. Buiten de instelling is dit niet mogelijk. Dus wanneer de cliënt niet in de instelling verblijft. Dan is het wel mogelijk om de cliënt door middel van educatie duidelijk te maken wat de gevolgen kunnen zijn als hij wat deelt op het internet. Men moet dus niet alleen nadenken over richtlijnen, maar ook om de cliënt te leren over de gevolgen van digitale technieken zoals het internet.

4.3.2 Aanbeveling voor de beroepsontwikkeling

Bij de resultaten is er ook een categorie ontstaan met de naam 'ontwikkelingen in de zorg'. Onder deze categorie staan verschillende uitspraken die de therapeuten tijdens de interviews hebben geuit die gaan over ontwikkelingen. Dat zijn ontwikkelingen die nu al bezig zijn, maar ook ontwikkelingen die er misschien aan zitten te komen. Zo noemde men dat we in een tijd zitten waar de meeste dingen digitaal worden, en dat het goed mogelijk is dat we er steeds meer te maken krijgen. Maar men noemde ook de veranderingen in het GGZ. De cliënt wordt steeds meer zelfstandiger, er wordt van hem meer zelfstandigheid verwacht. Daar waar vroeger de therapeut de cliënt meer hielp, is het nu de cliënt die zichzelf helpt en zelf stappen moet zetten, waarin hij begeleid wordt door een therapeut. Hierbij zou de inzet van digitale technieken passend zijn. Men zou dan op afstand met elkaar, therapeut met cliënt en visa versa, contact kunnen houden en op die manier de behandeling in het oog houden. Er moet dan worden gekeken op welke manieren de inzet van digitale technieken helpend zou zijn voor de cliënt. Dit kan op bij elke cliënt en elke instelling weer anders zijn.

In de verkenning van het probleemgebied, Hoofdstuk 1 Probleemstelling, is er door de onderzoeker duidelijk gemaakt dat er in de opleiding weinig tot geen aandacht was voor digitale technieken. Er werd wel online plaatmateriaal opgezocht, maar het gebruiken van een softwareprogramma zoals Photoshop kan niet aan bod. Van Hooren (2012) stelt dat er een digitale revolutie gaande is. E. Wouters (persoonlijke communicatie, 28 november 2013) sluit zich hierbij aan. Dit wil zeggen dat er steeds meer gebruik zal worden gemaakt van digitale en technische aspecten. Er zijn verschillende ontwikkelingen gaande die ervoor zorgen dat er steeds meer E-health wordt ingezet. Een aanbeveling is om dit ook meer in de opleidingen van vaktherapeuten op te pakken en om de toekomstige vaktherapeuten hierop voor te bereiden. Dit kan door middel van gastdocenten, wat dan therapeuten kunnen zijn die in de praktijk digitale technieken inzetten. Zij kunnen dan langskomen en laten zien hoe zij met digitale technieken werken en bij welke cliënten inzetten.

Een andere mogelijkheid is door de technische opleidingen en de vaktherapie opleidingen meer met elkaar te laten samenwerken. Dit kan bijvoorbeeld door een minor op te stellen die draait om de inzet van E-health. Studenten uit zowel de technische opleidingen als de vaktherapie opleidingen werken dan samen aan diverse projecten waarbij het de bedoeling is dat de cliënt zo optimaal mogelijk geholpen worden.

Men kan echter ook denken aan het organiseren van bedrijfsorganisaties die werken met E-health. Hierdoor kan er een goed beeld worden geschetst over de huidige ontwikkelingen op het gebied van de digitale technieken en de E-health. Deze presentatie hoeft dan niet alleen voor beeldend vaktherapeuten te zijn, maar kan worden gegeven aan een hele jaargroep studenten. Ook is het dan mogelijk dat studenten van de technische opleidingen deze presentatie kunnen bijwonen.

Wat ook een mogelijkheid is, is om een keuzevak toe te voegen aan de opleiding. In dit keuzevak kunnen dan de digitale technieken en de ontwikkelingen hierom heen aan bod komen. Het aanbieden van een keuzevak zou wel betekenen dat er meerdere dingen in het onderwijs verandert moeten worden omdat er nu nog geen ruimte vrij is voor het aanbieden van keuze vakken. Als deze ruimte er niet is, is het misschien mogelijk om een masterclass op te stellen die de studenten in de gelegenheid stelt om meer informatie te vergaren over het onderwerp digitale technieken.

4.3.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Er zijn ook ideeën uitgewisseld over wat de inzet van digitale technieken nu betekenen voor het beroep van beeldende therapeut. Sommige therapeuten vrezen dat de inzet van digitale technieken ervoor kan zorgen dat wat er wordt gedaan in de beeldende therapie, ook door andere zorgprofessionals verricht kan worden. Het werken met foto's kan dan net zo goed door een groepsbegeleider worden gedaan. De vraag die er dan gesteld kan worden: 'Waarom is er dan een beeldend therapeut nodig?' Er zijn therapeuten die hierbij het belang van onderzoek onderstrepen. Het is volgens hen belangrijk dat er onderzoek wordt verricht naar de werking van beeldende therapie. Er moet duidelijk in kaart worden gebracht welke doelen men bereikt met beeldende therapie. Niet alleen dat, er werd ook gesproken over het uitvoeren van neurologisch onderzoek, zodat het meetbaar is wat er gebeurt in de hersenen wanneer iemand beeldende therapie krijgt. Op die manier kan de beeldende therapie zich onderscheiden van andere therapieën en in de kracht blijven zitten. Dit geldt dan niet alleen wanneer men digitale technieken inzet, maar het geldt ook wanneer met de traditionele technieken inzet. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is om digitale technieken in te zetten en tegelijkertijd te meten welke effecten dit heeft op het brein.

Wat ook belangrijk is om mee te nemen, zijn de behoeften die de therapeuten hebben geuit over digitale technieken. Er waren therapeuten die aangaven dat ze geen behoeften hadden, maar er waren ook therapeuten die wel behoeften hadden. Zij geven hiervan concrete voorbeelden. Het volgen van een cursus werd genoemd. In die cursus zou dan een programma aan bod moeten komen die dan wordt uitgelegd en waar de therapeut mee zou kunnen oefenen. Dat programma moet dan Nederlands talig zijn. Vervolgonderzoek naar de behoeften van de therapeuten kan een beter beeld vormen omtrent de mogelijkheden die er zijn om deze behoeften te vervullen.

Een andere aanbeveling voor vervolgonderzoek, is om te onderzoeken hoe andere therapeuten het methodisch werken met digitale technieken bij cliënten voor zich zien. Het is duidelijk geworden dan men bij de inzet van digitale technieken rekening moet houden met de doelen waar men met de cliënt naar toe wil werken. Men moet echter ook kijken welke digitale technieken geschikt zijn voor de cliënt en hoe men deze het beste kan aanbieden. Om hier meer informatie hierover te verkrijgen is het uitvoeren van onderzoek bij verschillende therapeuten een goede methode. Dit onderzoek moet dan verricht worden bij therapeuten die ervaring hebben met het inzetten van digitale technieken. Er kan dan gekozen worden voor therapeuten die werken met dezelfde doelgroep, of juist voor therapeuten die werken met verschillende doelgroepen. De eerste vorm geeft een beeld weer over een enkele doelgroep. Het tweede vorm geeft een breder beeld bij verschillende doelgroepen.

Nog een aanbeveling voor vervolgonderzoek, is om te onderzoeken welke digitale technieken er allemaal zijn, welke hiervan geschikt zijn om in te zetten in de praktijk en welke hiervan al worden ingezet. Het is duidelijk geworden dat er verschillende dingen gezien worden als een digitale techniek. Fotografie en het gebruik van het internet worden in dit onderzoek door de meeste therapeuten benoemd als een digitale techniek. Maar in de verkenning van het probleemgebied zijn ook verschillende apps genoemd die onder de noemer digitale technieken vallen. Er zijn meerdere apps te vinden die in de praktijk ingezet kunnen worden. Deze zijn echter niet zo bekend. Om ze goed in te kunnen zetten wordt er meer onderzoek hiernaar vereist. De bekendheid wordt dan meer, maar men ziet het ook eerder wanneer er tekortkomingen in zijn. Dit geldt niet alleen voor de apps, maar ook voor andere digitale technieken zoals een softwareprogramma op de computer en het gebruik van fotografie.

4.4 Sterkten en tekortkomingen van het onderzoek

In dit onderzoek zijn zowel sterkten als tekortkomingen op te merken. Er hebben zich tijdens de looptijd van het onderzoek enkele situaties en veranderingen plaatsgevonden, waarmee op voorhand geen rekening gehouden kon worden. Zo was er eerst het plan om focusgroepen te organiseren, groepsinterviews, waarbij de respondenten de mogelijkheid kregen om op elkaar te reageren. De gedachten hierachter was dat er op deze manier meerdere resultaten naar voren kwamen. Er zou ook meer verduidelijking komen, omdat de respondenten zich ook moesten verduidelijken naar de anderen in de groep toe. Helaas bleek dat het uitvoeren van focusgroepen in de praktijk ingewikkelder lag dan in theorie. Het was moeilijk om de therapeuten op één tijdstip op dezelfde plek te krijgen. Iedere respondent heeft een eigen schema waarmee men rekening dient te houden, omdat het simpelweg niet omgegooid kan worden. Dit is een tekortkoming tijdens het onderzoek geweest, maar hieruit blijkt ook een sterkte uit het onderzoek. Het onderzoek kon worden afgenomen door middel van individuele interviews. De kans bestond dat er met individuele interviews minder informatie werd verkregen, maar doordat er in de individuele interviews informatie van de vorige interviews meegenomen werd en gepresenteerd werd aan de respondent, werden de respondenten in de gelegenheid gesteld om op ideeën van andere respondenten te reageren. Op die manier kregen de interviews meer inhoud.

In de interviews komt er nog een tekortkoming naar voren. Hoewel er op voorhand een workshop interviewen was gevolgd, was het tijdens het afnemen van de interviews niet altijd helder wanneer hetgeen wat door de therapeuten vermeldt werd een mening was, kennis was of een gedachte. Bij het coderen van de resultaten is getracht om zo dicht mogelijk bij de woorden te blijven die de therapeuten hebben weergegeven in de interviews. Maar het is mogelijk dat de gedachten, ideeën en meningen in de resultaten door elkaar lopen. Daar waar het duidelijk was is dit weergegeven door er letterlijk het juiste woord in de zin te plaatsen.

Een andere tekortkoming was dat in de looptijd van het onderzoek de term E-health niet goed begrepen was. Deze term was wel vanaf het begin van het afnemen van de interviews meegenomen in de topic lijst en de uiteindelijke vragenlijst. De term E-health omvat volgens van Hooren (2012) alle inzet van ICT in de praktijk. Dit kan op verschillende manieren worden geïnterpreteerd. Zoals de inzet van digitale technieken in de praktijk, of hulp of afstand. Tijdens de interviews werd er eerst aan de therapeuten gevraagd welk beeld zij hadden bij het woord E-health. Soms werd door de onderzoeker de term verklaard als 'behandeling op afstand, middels het gebruik van een computer'. Deze term is in het begin beperkt geïnterpreteerd en is pas bij de laatste twee interviews aangepast. Doordat deze pas later is aangepast, is het mogelijk dat de antwoorden rondom dit thema niet dezelfde mate van kwaliteit bevatten wanneer de definitie wel breed was uitgelegd.

Een tekortkoming van het onderzoek is ook terug te vinden in de tijdsbeperking en het omvang van het onderzoek, wat met elkaar samenhangt. Als er meer tijd beschikbaar was, had het onderzoek een grotere vorm kunnen aannemen, wat de kwaliteit had verhoogd en had geleid tot een grotere inventarisatie. Er is getracht om zoveel mogelijk respondenten te bereiken en te interviewen in de tijd dat het onderzoek moest plaatsvinden. Er werd voor het onderzoek een minimum ingesteld van 4 respondenten. Het is echter gelukt om het dubbele aantal, namelijk 8, te interviewen en de gegevens uit deze interviews te verwerken.

De beperking in tijd hangt ook samen met een andere tekortkoming van dit onderzoek. Er is bij dit onderzoek bij verschillende therapeuten een member check uitgevoerd. Door het gebrek aan tijd is deze niet bij alle therapeuten uitgevoerd. Hierdoor is het mogelijk dat relevante informatie niet is opgenomen in de resultaten van dit onderzoek. Er is echter wel getracht om zo veel mogelijk therapeuten te laten participeren in een member check.

Maar naast tekortkomingen is er in dit onderzoek ook sprake geweest van sterkten. Een daarvan is dat tijdens het afnemen van de interviews en het coderen van de verkregen informatie, duidelijk wordt dat de therapeuten niet alleen antwoorden hebben gegeven op de vragen die er waren gesteld. Ze benoemen ook thema's die niet direct digitale technieken als onderwerp hadden, maar die hier wel mee te maken hadden. Er was voor hen genoeg ruimte in de interviews om ook over deze kant van digitale technieken te spreken. Het onderzoek werd daardoor breder en dat maakte het beeld completer.

Een sterkte van het onderzoek is dat de resultaten bruikbaar zijn voor de praktijk in Nederland. In het buitenland is al veel bekend over digitale technieken, de kenmerken en de inzet ervan. Daar is al veel meer onderzoek gedaan over digitale technieken. Hier in Nederland er nog niet veel mee gewerkt wordt en er nog niet zoveel bekend is. Vanuit dit onderzoek zijn er aanbevelingen gedaan voor de praktijk, voor het onderwijs van beeldende therapeuten en voor verder onderzoek.

4.5 Vertaling van de resultaten naar het eigen methodisch handelen.

Voordat ik begon aan dit onderzoek had ik al kennis over digitale technieken. Deze kennis had ik vooral in mijn vrije tijd en in mijn vorige studie opgedaan. Het was vooral kennis over hoe ik digitale technieken zelf kan gebruiken om digitale beelden te maken. Ik had het ook gezien bij enkele van mijn cliënten in mijn stagejaar, waar ik gewerkt heb met kinderen en jongeren met Autisme. Het was echter voor het uitvoeren van dit onderzoek niet bij me opgekomen dat digitale technieken ook in te zetten zijn als gereedschappen in de beeldende therapie. Na het uitvoeren van dit onderzoek zie ik digitale technieken als een uitbreiding van het beeldend medium. Iets wat men in kan zetten naast de traditionele technieken zoals verf, krijt, steen, hout en metaal. Ik vind dat digitale technieken voordelen bevatten die men in de therapie kan gebruiken. Van den Berg (2009) spreekt bijvoorbeeld over het opslaan van de stappen die men tijdens het werken maakt. De beeldend therapeuten die in dit onderzoek hebben geparticipeerd, noemen ook voordelen. Zo zijn digitale technieken van deze tijd, kan het beeldend medium door middel van digitale technieken aantrekkelijk gemaakt worden en is het gebruik van digitale technieken snel in vergelijking met de traditionele technieken. Als men de voordelen van de digitale technieken kan koppelen aan de specifieke eigenschappen van de doelgroep waar men mee werkt is het mogelijk om een methode te ontwikkelen. Volgens Schweizer (2001) gaat het bij een methode om het bewust, systematisch en doelgericht handelen. Het wordt in de praktijk ontwikkeld, waarbij de kennis van psychopathologie, ortho (ped) agogiek, kunststromingen, speltheorieën, psychologie en technische toepassingen van materialen en gereedschappen gebruikt wordt. De kennis die ik heb opgedaan door dit onderzoek uit te voeren, draagt bij aan mijn methodisch handelen.

Schweizer (2001) geeft aan dat therapeuten op verschillende gebieden methodisch handelen. Volgens haar maken therapeuten op verschillende gebieden, doelbewust of intuïtief, keuzes. Deze leiden tot het wel of niet uitvoeren van interventies. De gebieden waarop de therapeuten doen zijn bij vormgeving, thema's en symbolen in het werk, materiaalcontact en bij interacties met anderen. Uit de resultaten van dit onderzoek kan ik stellen dat men kan deze keuzes ook maken bij het inzetten van digitale technieken. Cole (2010) geeft aan dat hoewel men met een computer werkt, men toch een aantal beslissingen zelf moet maken. Zo werkt men met een digitale tekenpen waarbij men aanpassingen maakt in het werkstuk. Ook moet men volgens hem creatieve beslissingen nemen. Als ik een cliënt digitale technieken zou aanbieden, zoals een softwareprogramma op de computer waar men in kan tekenen, krijg ik ook te maken met het gebied van vormgeving. Er moeten keuzes in gemaakt worden omtrent het beeld wat er dan gecreëerd wordt, net zoals met de traditionele materialen. Het materiaalcontact speelt hierin ook mee, als is dat in een mindere mate als de traditionele technieken. Dit omdat het materiaal, zoals een tekenpen, een constante beleving geeft, net zoals een touchscreen wat een therapeut in het onderzoek vermeldt. Een digitale tekenpen raakt niet op zoals een krijtje dat zou doen. Hij dient ook niet te worden geslepen zoals een potlood. Maar juist doordat het zo anders is als het traditionele beeldend materiaal kan het waardevolle informatie opleveren.

Als ik terugkijk naar de cliënten waar ik mee gewerkt heb, kan ik me voorstellen dat het inzetten van digitale technieken juist goed aansluiten. Zoals ik al eerder in deze scriptie heb vermeld, heb ik in mijn stagejaar gewerkt met kinderen en jongeren met autisme. Volgens Vandereycken en van Deth (2004) is de reacties die deze cliënten op prikkels van buitenaf geven onvoorspelbaar. Het ene moment lijkt het alsof ze nergens op reageren, terwijl het volgende moment een kleine verandering hen al kan raken. Zelf had ik met het werken met deze cliënten gemerkt dat de inzet van traditionele materialen niet altijd het gewenste effect hadden. Zo bleef een cliënt alleen smeren met de verf. Deze prikkel ervoer hij als prettig, waardoor hij in het handelen bleef zitten en niet tot vormgeving kwam. Door het inzetten van digitale technieken verandert deze prikkel. De beleving blijft dan hetzelfde en dit kan voor een dergelijke cliënt juist de stap zijn om tot vormgeving te komen. Van den Berg (2009) benoemt dat er in een computer ook een zekere structuur aanwezig is die constant is. Dit biedt volgens hem veiligheid, omdat de cliënt keuzes kan maken terwijl het kader hetzelfde blijft. Dit is bij cliënten met Autisme van belang. Doordat het een constante structuur is, kan er vanuit het systeem niet een onverwachte prikkel komen die de cliënt overstuur maakt. Van den Berg geeft hierbij ook aan dat het voorspelbare karakter van de computer ook kan leiden tot flexibiliteit. De cliënt kan vormen herhalen, maar ook doorwerken op de vormen. Hierdoor kan volgens van den Berg een beeldend proces op gang komen. En dat is vaak weer van belang in de beeldende therapie.

Op het gebied van de interacties met anderen zijn er ook nog wat opmerkingen te maken. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat er therapeuten zijn die bij de inzet van digitale technieken denken dat het afstandelijker wordt. Een therapeut benoemt dat men dan het hele werklokaal niet meer nodig zou hebben. Een andere therapeut geeft echter aan dat haar collega werkt met computers en kinderen. De kinderen werken in groepjes samen aan de computer, waar ze foto's van zichzelf maken en deze bewerken. Men kan dus ook samenwerken aan een computer. In dit samenwerken zit dat het gebied van interactie met anderen. Ik heb in mijn stagejaar ook gezien dat een cliënt apart kan werken aan een computer, in dezelfde ruimte, en toch met anderen kan communiceren. Vaak lieten ze dan het werk zien aan anderen, die er dan ook vragen over stelden. Ik vertel hier wel bij dat deze cliënten al enige tijd met de andere in contact waren en al een band hadden opgebouwd. Ik stel me voor dat het aan het begin van de behandeling met deze cliënten moeizamer verloopt, juist ook omdat Autisme zich kenmerkt door ernstige tekortkomingen op het gebied van sociale interacties.

Aan de andere kant kan het starten met digitale technieken juist ook een middel zijn om de interactie op gang te brengen. Ik stel me voor dat meerdere cliënten in een ruimte beeldend werken. Enkele van hen maken beelden met behulp van een software programma op een computer, andere werken met de traditionele materialen. Dit is afhankelijk van het doel waar zij naar toe werken. Als een van hen het doel heeft om contact te leggen met anderen, is het mogelijk dat zij een werkstuk maken op de computer en deze vervolgens via de mail versturen naar een andere cliënt die ook werkzaam is op de computer. Bij het versturen van het werkstuk, kan deze begeleid worden met een aantal zinnen. Dat kunnen dan zinnen zijn als 'hallo, ik werk met het programma Photoshop, ik zag dat jij daar ook mee werkt, wil je eens naar mijn werkstuk kijken'. Omdat dit dan plaatsvindt via de mail is het minder direct. Via de mail kunnen er dan kleine stapjes worden genomen die er uiteindelijk toe leiden dat het contact buiten de computer om plaats vindt. Dat de ene cliënt letterlijk bij het scherm van de andere cliënt gaat staan om mee te kijken en dat zich dan een gesprek ontstaat. Het is echter zo dat in de praktijk de digitale technieken nog niet zoveel worden ingezet. Het is ook onwaarschijnlijk dat er een instelling is waar er meerdere computers zijn die de cliënten kunnen gebruiken. De therapeut die in dit onderzoek gebruik maakten van een computer, hadden er ook maar een in de therapie ruimte staan. Maar het bovenstaande beeld kan ook buiten de therapieruimte worden uitgevoerd. De cliënt krijgt in dat geval als huiswerk opdracht mee om met andere cliënten te overleggen. Op deze manier wordt het meer een vorm van E-health, zoals de therapeuten in dit onderzoek E-health zien. Dan gebeurt het minder in de therapie ruimte, maar juist thuis bij de cliënt.

Mijn verdere gedachten bij de inzet van digitale technieken gaan over de werkwijze waarmee ik als therapeut zou werken. Een beeldend therapeut gaf in dit onderzoek aan dat zij zelf de digitale technieken inzet voor het educatieve elementen die digitale technieken bevatten. De woorden educatief roepen bij mij het beeld op van iets leren. Die gedachte bracht me bij de ortho(ped)agogische werkwijze. Smeijsters (2008) geeft aan de algemene doelstelling bij deze werkwijze draait om het ondersteunen van de ontwikkeling bij mensen met beperkingen. De ontwikkelingen kunnen dan gaan over het psychomotorische gebied en het sensorimotorische gebied. Maar het kan ook gaan over de spraak- en taalvaardigheden. Ook de perceptuele, cognitieve, sociale en emotionele vaardigheden zijn hier een onderdeel van. Smeijsters geeft aan dat de therapeut bij deze werkwijze directief is en dus bepaald wat er gebeurt. De werkvormen zijn in meerdere of mindere mate gestructureerd, wat wil zeggen dat het verloop hiervan vastligt. Omdat de digitale technieken een zekere mate van gestructureerdheid (van den Berg, 2009) bevatten, sluiten ze op dit gebied aan bij de ortho(ped)agogische werkwijze. Smeijsters geeft daarnaast aan dat deze werkwijze vaak wordt ingezet in het speciaal onderwijs, bij cliënten uit de ambulante psychiatrie, de verblijfspsychiatrie, de psychogeriatric, de zorg voor mensen met beperkingen, de jeugdhulpverlening en de tbs klinieken. Men ziet in deze opsomming terug dat het dus wordt toegepast in het speciaal onderwijs en de jeugdhulpverlening. Vanuit de resultaten uit dit onderzoek blijkt dat de therapeuten de inzet van digitale technieken voor zich zien bij jongeren. Kinderen worden ook wel genoemd, hoewel dit in mindere mate voorkomt. De combinatie van digitale technieken en de ortho(ped)agogische werkwijze is mogelijk een goede combinatie.

Het afstemmen van de cliënt is echter iets wat ik nog wil onderstrepen. Vanuit bovenstaande informatie lijkt de match tussen digitale technieken en kinderen en jongeren met Autisme een goede match. Ook de ortho(ped)agogische werkwijze zou hier goed inzetbaar bij zijn. Ik zou het echter niet inzetten bij cliënten die deze diagnose hebben en die al heel erg in dat wereldje zitten. Autisme kenmerkt zich ook door het vasthouden aan structureren. Vandereycken en van Deth (2004) geven aan dat iemand met autisme heftig kan reageren op kleine veranderingen in de omgeving. Als een cliënt veel bezig is met de digitale wereld, en vanuit de therapie gestimuleerd wordt om met digitale technieken te werken, is het goed mogelijk dat de uiteindelijke overstap naar ander materiaal heel moeizaam zal verlopen. Dit is voor deze cliënten echter ook van belang om te leren. Ook omdat niet

altijd alles volgens de structuur kan verlopen die de cliënt gewend is. Bij deze cliënten zou ik eerder geneigd zijn om een traditionele techniek aan te bieden omdat zij anders alleen maar ervaringen opdoen in de digitale wereld.

Bij cliënten met een laag zelfbeeld zou ik het dan eerder wel weer toepassen. Hoewel we volgens van Hooren (2012) en E. Wouters (persoonlijke communicatie, 28 november 2013) ons in een digitale revolutie bevinden, is de kennis over de digitale wereld en de mogelijkheden niet bij iedereen hetzelfde. Het blijft, hoewel het een bekend beeld is in de huiskamers (Van den Berg, 2009), een apparaat dat voor velen ingewikkeld is. Dat merkte ik in mijn stagejaar. Een cliënt werkte met digitale technieken en was hier ook al wat gevorderd in. Andere cliënten vonden het verbazingwekkend wat ze allemaal kon creëren en waren erg onder de indruk. Als een iemand met een laag zelfbeeld zou leren om te werken met digitale technieken, zou dit invloed hebben op hun zelfvertrouwen. Een van de therapeuten benoemde dit in de resultaten van dit onderzoek.

Ik heb veel geleerd over digitale technieken en hoe deze in de praktijk op het moment worden ingezet. Ook is mijn eigen beeld over digitale technieken genuanceerd. Ik stond er eerst niet bij stil dat deze ook in de therapie ingezet kunnen worden. Nu ik er meer over weet zie ik het als een uitbreiding van het medium. Maar ik heb nog meer geleerd bij het uitvoeren van dit onderzoek. Het was mijn eerste kennismaking met doen van onderzoek en ik heb ook veel geleerd omtrent het uitvoeren ervan. Ik was niet eerder in aanraking gekomen met het voorbereiden voor interviews en het uitvoeren van interviews. Ik vond dit spannend om te doen, maar uiteindelijk bleek het veel gemakkelijker te zijn dan dat ik had verwacht. Het leggen van het eerste contact, het vragen naar een moment om te interviewen en het uiteindelijke interview. Dit waren allemaal dingen waar ik op voorhand geen ervaring mee had. Door dit onderzoek uit te voeren heb ik gemerkt dat hoewel ik het spannend vond, ik het ook een waardevolle ervaring blijkt te vinden.

Ik heb zo ook geleerd dat men de dingen die men op het eerste moment voorneemt, niet altijd kan uitvoeren. Het eerste plan om aan informatie te komen voor dit onderzoek was om focusgroepen te houden. Hierover is eerst informatie gezocht hoe dit kon plaatsvinden. Welk gedrag de onderzoeker als groepsleider van de focusgroep dan moest tonen om aan informatie te komen. Het bleek in de praktijk echter een stuk lastiger om het uit te voeren. De therapeuten hadden allen een eigen schema en waren bereid om ruimte in hun planning vrij te maken. Alleen viel de tijd die zij konden vrij maken niet samen op een dag. Om toch aan voldoende gegevens te komen om het onderzoek voort te kunnen zetten, heb ik mij flexibel op moeten stellen. Ik heb er vervolgens voor gekozen om individuele interviews af te nemen. De therapeuten hadden zo wel minder ruimte om op de antwoorden van elkaar te reageren. Dit loste ik op door de antwoorden van de therapeuten die ik al had geïnterviewd, mee te nemen naar de therapeuten die ik nog moest interviewen. Ik ben in de afgelopen 4 leerjaren al meerdere keren situaties tegengekomen waarop er een beroep werd gedaan op een flexibele houding. Dit komt ook terug in dit onderzoek en laat maar weer eens zien dat het belangrijk is om flexibel te kunnen reageren. Hierbij heb ik wel in het oog gehouden dat ik het doel in het oog hield, namelijk genoeg informatie verzamelen om de vraagstelling van dit onderzoek te kunnen beantwoorden.

Met het opzoeken van literatuur had ik wel al ervaring. Ik had ook al ervaring met het zoeken in verschillende databanken. Dit was dan ook vertrouwd terrein, wat ik niet spannend ervaren hebt. Het coderen, zowel open als axiaal, was voor mij onbekend terrein. Ik had het ingeschat als een uitdaging. Dit bleek uiteindelijk hetzelfde effect op me te hebben als een puzzel, en ik ben gek op puzzels. Het is iets waar ik meer op zou willen richten.

Door middel van dit onderzoek heb ik contact kunnen leggen met professionals die mij veel informatie hebben gegeven voor het uitvoeren van dit onderzoek. De uiteindelijke conclusie die ik hieruit kan trekken is dat ik dit onderzoek met plezier ten uitvoer heb gebracht en dat ik hier graag verder mee zou willen. Het heeft persoonlijke kanten van mij naar boven gebracht waar ik niet eerder rekening mee had gehouden. Tijdens de opleiding voelde ik soms een verschil met mijn klasgenoten. Ik kon er niet eerder de vinger op leggen wat het was. Maar nu, na afronding van dit onderzoek, is het mij duidelijk geworden dat ik niet zuiver een beeldend therapeut ben. Ik ben een persoon die niet alleen anderen wil helpen, mijn interesse ligt ook in de technische wereld. Door dit onderzoek uit te voeren heb ik de twee werelden, de technische en de zorgende, in mij weten te verenigen. Hierdoor is het beeld dat ik over mijzelf heb duidelijker geworden. En door dit beeld acht ik mijzelf ook beter in staat om anderen te helpen.

Hoofdstuk 5 Samenvatting

In deze scriptie wordt het inventariserende onderzoek naar het beeld dat Nederlandse beeldend therapeuten hebben over digitale technieken besproken. In het eerste hoofdstuk is er gekeken naar de literatuur die er al beschikbaar was voordat het onderzoek van start ging. Uit de gegevens blijkt dat er nog niet zoveel informatie en kennis beschikbaar is over de digitale technieken in Nederland. Vanuit deze kennis is de beslissing genomen om een kwalitatieve survey te gebruiken als onderzoekstype en methode voor dit onderzoek, zoals ook te lezen is in hoofdstuk 2. Deze methode wordt vaker gebruikt wanneer er nog weinig kennis beschikbaar is over het onderwerp dat onderzocht wordt. Door middel van interviews zijn de uiteindelijke gegevens verzameld. Deze interviews werden geheel uitgetypt. Hierna werden ze open en axiaal gecodeerd. Uit deze codes zijn er vier hoofdcategorieën gefilterd. De vier hoofdcategorieën zijn Digitale technieken, E-health, Ontwikkelingen in de Zorg en Belangrijk in behandeling.

Deze categorieën leiden uiteindelijk tot de resultaten, die in hoofdstuk 3 zijn beschreven. De volgorde van deze categorieën werd bepaald door hoe vaak de therapeuten ze in de interviews hadden benoemd. De categorie die het meeste door de therapeuten was benoemd, zijn hoger geplaatst dan een categorie die enkele therapeuten benoemden. Hetzelfde geldt voor de thema's onder de categorieën. De grootste categorie was 'Digitale technieken', gevolgd door 'E-health', 'Ontwikkelingen in de zorg' en 'Belangrijk in behandeling'. Onder 'Digitale technieken' vallen de volgende thema's: 'Definitie', 'Doelgroepen', 'Argumenten', 'Behoeften' en 'Randvoorwaarden en regels'. Bij de categorie 'E-health' horen deze thema's: 'Definitie', 'Doelgroep' en 'Argumenten'. Bij 'Ontwikkelingen in de zorg' kwamen de thema's 'beeldende therapie', 'algemene therapie' en 'overlapping' naar voren. Bij de categorie 'Belangrijk in behandeling' kwamen 'beeldende therapie' en 'therapie' als thema's naar voren.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten geïnterpreteerd en verklaard. Er wordt duidelijk dat er een link is tussen de Digitale technieken, de doelgroepen die er genoemd zijn en de Behoeften van de therapeut. Niet alleen de therapeut heeft behoeften die belangrijk zijn. De behoeften van de cliënt moeten ook in het oog worden gehouden. Er is ook een link tussen de ontwikkelingen die er gaande zijn en wat men belangrijk vindt in therapie. Doordat deze ontwikkelingen vragen om meer inzet van bijvoorbeeld E-health, is het mogelijk dat wat therapeuten belangrijk vinden niet meer op de voorgrond staat. Zoals het contact met de cliënt. De ontwikkelingen en de randvoorwaarden en regels omtrent digitale technieken delen ook een link. Uit de resultaten wordt duidelijk dat er weinig tot geen randvoorwaarden en regels zijn opgesteld. Deze moeten nog ontwikkeld worden.

In dit hoofdstuk wordt ook de onderzoeksvraag beantwoord. Er wordt duidelijk dat het een brede vraag is en dat er een breed antwoord is gekomen. Vooral duidelijk is dat de therapeut de definitie van E-health anders zien dan wat de informatie in hoofdstuk 1 weergeeft. Zij scheiden dit van digitale technieken en benoemen E-health als behandeling op afstand. Digitale technieken worden gezien als een soort van gereedschappen die in te zetten zijn in de therapie ruimte. Het werd ook duidelijk dat de definitie van digitale technieken niet voor iedere therapeut duidelijk is. De ontwikkelingen in de zorg en hetgeen wat therapeuten belangrijk vinden in de therapie is ook bij de beantwoording van de vraagstelling in acht genomen. Opvallend is dat de leeftijd van de geïnterviewde therapeuten niet allesbepalend is voor hun beeld omtrent digitale technieken.

Na de beantwoording van de vraagstelling, wordt er de overstap gemaakt naar de aanbevelingen voor de praktijk, de beroepsontwikkelingen en voor vervolgonderzoek. Wat hierin vooral duidelijk wordt is dat er weinig kennis beschikbaar is over digitale technieken. Om meer kennis te vergaren en beschikbaar te stellen zijn er verschillende mogelijkheden. Zo kan er in de praktijk aanpassingen worden gedaan, maar er zijn ook mogelijkheden om het meer naar voren te laten komen in de ontwikkeling van het beroep. Daarnaast zijn er nog verschillende gebieden welke onderzocht kunnen worden.

Tot slotte wordt er de overgang gemaakt naar de vertaling van de resultaten vanuit het onderzoek naar het methodisch handelen van de onderzoeker. Hierin is de informatie vanuit de verkenning van het probleemgebied en de resultaten van dit onderzoek in meegenomen. Het wordt duidelijk dat de mening van de onderzoeker omtrent digitale technieken genuanceerder is geworden. Er zijn meer ideeën verkregen omtrent de inzet van digitale technieken. Er worden enkele ideeën in gegeven hoe digitale technieken kunnen worden ingezet bij de doelgroep waar de onderzoeker mee gewerkt heeft. Ook heeft het onderzoek zelf leermomenten opgeleverd die heel waardevol zijn gebleken. Het uitvoeren van het onderzoek heeft uiteindelijk ook ervoor gevolgen gehad voor het beeld wat het beeld dat de onderzoeker over zichzelf heeft.

Literatuuropgave

- Austin, B. (2010). Technology, Art Therapy, and Psychodynamic Theory, *Computer Animation With an Adolescent in Foster Care*. In C.H. Moon (red.), *Materials in Art Therapy* (pp. 89-100). London: Routledge.
- Baarda, D.B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, T. van der & Goede, M. de (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/ Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M., de & Teunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/ Houten: Wolters-Noordhoff.
- Berg, H. van den (2009). Computergebruik in Beeldende therapie, een innovatieve ontwikkeling: Gigabytes en therapie. In C. Scheizer, J. de Bryun, S. Haeyen, B. Henskens, M. Rutten-Saris & H. Visser (red.), *Handboek beeldende Therapie, uit de verf* (pp. 378- 385). Houten/ Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Berg, H. van den (2012). *Een digitale bak vol mogelijkheden* (masterthesis ArtEz hogeschool voor de kunsten). Arnhem: ArtEz hogeschool voor de kunsten.
- Beurghs, J. (2005). *Handboek Objectgeoriënteerd programmeren*. Culemborg: Van Duuren Media.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom.
- Cole, D. (2010). *Digitale schildertechnieken: Een complete gids om te leren tekenen en schilderen op de computer*. Kerkdriel: Librero.
- Eussen, M.L.J.M. (1995). Autisme en aan Autisme verwante contactstoornissen. In D.N. Oudshoorn, H.C.M. Brans, J.H.M. Duyx & M.L.J.M. Eussen (red.) *Kinder- en Adolescentenpsychiatrie: een praktisch leerboek* (pp.260-274). Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Evers, J. (2007). *Kwalitatief interviewen: kunst en kunde*. Den Haag: Lemma.
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB, 2013). Geraadpleegd op 10 december 2013 op http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/over_vaktherapie/info_vaktherapie_en_creatieve_therapie/beeldende_therapie
- Groenland, J.M. van (2010). *De virtuele wereld als belevingswereld van jongeren met een licht verstandelijke handicap* (ontwikkelingsverslag Hogeschool van Arnhem en Nijmegen). Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Hooren, S. van (2012). # DeDigitalerevolutie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2013(2), 26-27.
- Jong, A. de, Vandenbroele, H., Glorieux, M., De Maesschalck, L. & Visser, M. (2012). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Amsterdam: Reed Business.
- Malchiodi, C. (2012). Art Therapy Materials, Media and Methods. In C.H. Moon (red.), *Materials in Art Therapy* (pp. 89-100). London: Routledge.
- Orr, P. (2010). Social Remixing, *Art Therapy Media in the Digital Age*. In C.H. Moon (red.), *Materials in Art Therapy* (pp. 89-100). London: Routledge.
- Orr, P. (2012). Technology use in art therapy practice: 2004 and 2011 comparison. *The Arts in Psychotherapy*, 2012 (39), 234-238.
- Schweizer, C. (red.). (2001). *In beeld: Doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Vandereycken, W. & Deth, R. van (2004). *Psychiatrie: van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bijlagen

Bijlage 1 Topiclijst

Onderstaande lijst is de lijst met topics die is gebruikt om de eerste twee interviews af te nemen.

Nieuwe thema's na aanleiding van tweede analyse.

- Soorten digitale technieken.
- Afkomst van de digitale technieken.
- Functie van de digitale technieken.
- Gebruik digitale technieken.
- Redenen om zich te verdiepen in digitale technieken.
- Doelgroep voor digitale technieken.
 - Welke doelen kunnen aan de orde komen? Welke manier aangepakt?
 - Cliënten meer gemotiveerd? Buiten therapie verder werken? Aansluiting bij interesses?
- Doelgroep waarvoor digitale technieken niet passend zijn.
- Inschatting
 - Hoe digitale technieken worden gebruikt.
 - Denken-voelen-handelen
 - Randvoorwaarden bij digitale technieken
- Behoeftte omtrent digitale technieken.
- Wensen t.o.v. digitale technieken.
- Meerwaarde van digitale technieken.
- Verschil tussen digitale technieken en het traditionele medium.
- Rol therapeut t.o.v. digitale technieken.
- Kostenplaatje omtrent digitale technieken.
- Digitale technieken: aanvulling of veranderen?
- Combineren van traditionele technieken en digitale technieken.
- Richtlijnen bij digitale technieken
- Veiligheid in digitale technieken.

Thema's bij Ehealth

- Is dit ook een digitale techniek?
- Soorten van Ehealth.
- Reden voor/ tegen Ehealth.
- Doelgroep passen bij Ehealth.
- Doelgroep niet passend bij Ehealth.

Bijlage 2 Vragenlijst

Onderstaande vragenlijst is de uiteindelijke vragenlijst die is gebruikt bij het afnemen van de interviews

- Wat roepen de woorden ‘digitale technieken’ bij u op?
 - Waar kent u deze van?
 - Weet u de functie hiervan?
- Heeft u op uw huidige werkplek de mogelijkheid om digitale technieken te gebruiken/ toe te passen?
 - Zo ja, welke gebruikt u?
 - Zo nee, wat is de reden dat u deze niet gebruikt/ toepast?
- Gebruikt u op het moment zelf digitale technieken in uw persoonlijke leven?
 - Zo ja, welke gebruikt u?
 - Zo nee, wat is de reden dat u deze niet gebruikt/ toepast?
- Bevatten digitale technieken een meerwaarde?
 - Zo ja, welke dan?
 - Zo nee, waarop baseert u dan uw antwoord?
- Kunt u een doelgroep noemen waarvoor digitale technieken passend zouden zijn?
 - Zo ja, welke dan?
 - Welke doelen kunnen dan aan de orde komen?
 - Op welke manier kunnen deze dan worden aangepakt?
 - Zo nee, waarop baseert u dan uw antwoord?
- Kunt u een doelgroep noemen waarvoor digitale technieken niet passend zouden zijn?
 - Zo ja, welke dan en waarop baseert u dan uw antwoord?
 - Zo nee, waarop baseert u dan uw antwoord?
- Kunt u een inschatting maken van hoe u digitale technieken zou toepassen? (als u dat nu nog niet doet?)
- Hoe zit u de toepassing van de driehoek van Cliënt-Therapeut-Medium in het werken met digitale technieken?
- Hoe ziet u de randvoorwaarden bij digitale technieken?
- Hoe denkt u over ethiek ten opzichte van digitale technieken?
- Zijn er richtlijnen bekend rondom digitale technieken op uw instelling?
 - Zo ja, welke zijn dat dan?
 - Hoe zijn deze tot stand gekomen?
 - Zo nee, wat is dan de reden dat deze er niet zijn?
- Is er volgens u een verschil tussen digitale technieken en het traditionele medium?
 - Zo ja, welk verschil/ welke verschillen zijn er dan?
 - Zo nee, waarop baseert u dit antwoord?
- Is er volgens u een mogelijkheid om het traditionele medium en digitale technieken te combineren?
 - Hoe ziet u dit dan?
- Hoe ziet u de rol van de therapeut ten opzichte van digitale technieken?
- Hoe denkt u over de kosten van digitale technieken in uw praktijk?
- Heeft u nog wensen of behoeften omtrent digitale technieken?
- Bent u bekend met de term e-mental health?
 - Van Hooren benoemt dat e-mental health gaat over het inzetten van alle ICT (informatie en Communicatie technologie) in de therapie. Heeft u hier een ander beeld van?
- Is er nog iets wat u wilt benoemen wat nog niet aan de orde is geweest in dit interview?

Bijlage 3 PICO vragen

Ik heb voor de PICO vragen de onderdelen van de PICO opgesplitst en in trefwoorden omgezet. Deze trefwoorden heb ik ook vertaald naar het Engels, om zo mijn zoekgebied te vergroten. In het onderstaande schema zijn mijn zoektermen terug te vinden.

Uiteenzetting PICO	Nederlandse trefwoorden	Engelse trefwoorden
P(atients)		
I(ntervention)	Beeldende therapie, Creatieve therapie, Technologie, Virtuele wereld, Digitaal, digitalisering	Art therapy, technology, Virtual World
C(omparisson)		
O(utcome)		

Van Anja Cilissen en Ingrid Penzes heb ik ook nog een aantal namen gekregen die zouden kunnen bijdragen aan mijn onderzoek. Op hun aanraden heb ik in de databanken en in de site van de bieb van Hogeschool Zuyd gezocht op de volgende namen:

- Malchiodi
- Moon

Bijlage 4 Zoekgeschiedenis

Ik heb in verschillende databanken gezocht met de trefwoorden die ik hierboven heb geplaatst. Dit zorgde voor verschillende resultaten. Hieronder is per databank de zoekgeschiedenis van deze databank geplaatst. Ik heb niet alleen in de bekende databanken gezocht, zoals Pubmed, ik heb ook gebruik gemaakt van Google Scholar en van HBO Kennisbank.

Daarnaast heb ik ook gebruik gemaakt van een groep op Facebook. In deze groep kwam Sven Bruijgom, een student van Hogeschool Arnhem en Nijmegen, met een vraag die te maken had met zijn afstudeer onderzoek. Hij vertelde dat zijn onderzoeksvraag te maken zou hebben met het gebruik van software en apps binnen de creatieve therapie. Hij kreeg hierbij hulp van Henk van de Berg die een master heeft gedaan omtrent dit onderwerp. S. Bruijgom plaatste in dit online bericht ook de link naar het onderzoek van H. van de Berg. Dit onderzoek heb ik ook gebruikt om tot mijn uiteindelijke vraagstelling te komen.

Kennisbank

Stappen	Resultaat in de databank
Ik heb eerst het thema 'gezondheid' geselecteerd	<p>The screenshot shows the HBO Kennisbank website interface. At the top, there is a search bar with the text 'Zoeken' and a 'ZOEKEN' button. Below the search bar, there are two statistics: 'ALLE 25.582 PUBLICATIES' and '21.184 OPEN ACCESS PUBLICATIES'. A list of categories is displayed, each with a count in brackets and a list of sub-topics. The 'Gezondheid' category is highlighted in orange and has a count of [2.617]. Other categories include Algemeen [31], Bouw & Logistiek [1.000], Economie & Management [2.231], Filosofie & Religie [434], ICT & Medi [Beijk alle publicaties onder 'Gezondheid'], Mens & Maatschappij [3.016], Natuur & Landbouw [691], Opvoeding & Onderwijs [4.049], Recht [762], Recreatie & Sport [256], Ruimtelijke ordening & planning [231], Taal, Cultuur & Kunsten [430], and Techniek [845]. At the bottom, there is a section for 'Laatste toevoeging' dated 12 oktober 2013 and a news item titled 'HBO Kennisbank - Een kapitaal aan kennis'.</p>

In het zoekscherm heb ik 'Beeldende therapie' ingevuld

The screenshot shows the HBO Kennisbank search results page for the query 'Beeldende therapie'. The page displays two search results. The first result is 'Towards improving non-technical staff competences in addressing HIV/AIDS related stigma in the workplace : a case of Ministry of Livestock Development, Central Province, Kenya' by Kitheka, M.M., a Master thesis from 2010. The second result is 'Adaptation of development organisations to the changing needs of new clientele in the context of HIV and AIDS pandemic : a case study of Heifer Project International, Cameroon support to people living with HIV and AIDS support groups' by Agwa, T.C., a Master thesis from 2009. The left sidebar contains filters for 'Rubriek: Gezondheid', 'ROL', 'SOORT OBJECT', and 'DATUM'.

Vervolgens heb ik enkele woorden toegevoegd, zoals technologie, digitaal en uiteindelijk virtuele. Bij het laatste woord kreeg ik 1 resultaat.

The screenshot shows the HBO Kennisbank search results page for the query 'Beeldende therapie virtuele'. The page displays one search result: 'De virtuele wereld als belevingswereld van jongeren met een licht verstandelijke handicap' by Groenland, Jitske Marja van (student), a Bachelor thesis from 2010-06-10. The left sidebar contains filters for 'ROL', 'SOORT OBJECT', 'DATUM', 'ORGANISATIE', 'AUTEUR', and 'TAAL'. The bottom of the page features a 'SURF' logo and navigation links for 'DE KENNISBANK' and 'DOELGROEPEN'.

Science direct

Bij Science direct heb ik eerst gezocht op de term: "Art Therapy"

Vervolgens heb ik "technology" ingevuld bij 'Search within results'. Hier kreeg ik vervolgens 522 gevonden artikelen. Ik heb dit aantal verkleind door aan de linkerkant enkele Journal/ Book titles eruit te halen door deze aan te vinken en op 'exclude' te klikken.

De journals die ik eruit heb gehaald zijn:

- Fertility and Sterility
- Radiotherapy and Oncology
- European Neuropsychopharmacology
- Seminars in Oncology

De reden dat ik deze heb verwijderd, is dat de kans groot is dat de technologie die in deze artikelen wordt beschreven gaat over radiologie en chemotherapie.

Ik hield hierbij 482 artikelen over.

Vervolgens heb ik artikelen van 1999 en eerder ook eruit gehaald. Dit omdat de technologie steeds veranderd en elk jaar vernieuwd. Ik heb gekozen om artikelen van de laatste dertien jaar mee te tellen, om zo artikels te lezen die up to date zijn. Hierbij hield ik 394 artikelen over.

Ik heb er vervolgens voor gekozen om het aantal topics ook uit te dunnen en heb de topic gelimiteerd tot de volgende: Art therapy

Hiermee hield ik uiteindelijk 40 artikelen over waar de titels van heb bekeken. Ik heb hier uiteindelijk de volgende literatuur van gehaald:

- Technology use in art therapy practice: 2004 and 2011 comparison
- Distance supervision; research, findings and considerations for art therapy
- Issues in computerized art therapy assessment
- Computer-based art therapy with inpatients: Acute and chronic schizophrenics and borderline cases
- Technology media: an exploration for "inherent qualities"
- Advances in phototherapy training

De literatuur die ik hiervan heb gebruikt, is terug te vinden in de literatuurlijst.

De zoekgeschiedenis die ik van ScienceDirect hebt gehaald is als volgt:

40 articles found for: (ALL("Art therapy")) and technology AND EXCLUDE(cids, "271326,271320,271078,273459", "Fertility and Sterility,Radiotherapy and Oncology,European Neuropsychopharmacology,Seminars in Oncology") AND EXCLUDE-BEF(yearnav, "1994") AND LIMIT-TO(topics, "art therapy")