

THEMA • HET BELANG VAN BEWEGEN - AUTOVOETBAL

Fotografie: Joris den Blaauwen



Boven van links naar rechts: Geert-Jan, Joas, Romain, Mark, Mark
Beneden van links naar rechts: Ezra, Mark, Slavic



Autivoetbal in Glimmen

**'ERBIJ HOREN,
DAAR GAAT HET
UITEINDELIJK OM'**



Thijs (12)
'Met elkaar een partijtje spelen en op het doel schieten. Da's mooi. En winnen ook, maar het hoeft niet'

Tanja, zijn moeder
'Thijs geniet van het spel, van het samenspelen met z'n vriendjes'

Toen initiatiefnemer en trainer Mark van Splunder in 2011 aan de lijn van het veld van voetbalvereniging Glimmen in gesprek raakte met een vertwijfelde moeder, werd het idee voor een autiteam geboren. “Het liep niet lekker met haar dochter met autisme in het reguliere team. Hoe konden we hieraan een positieve draai geven?” Nu, vijf jaar later, zijn er meerdere autiteams bij VV Glimmen-Groningen die scóren. Een gesprek met Mark over het ontstaan en de betekenis van autivoetbal.

Tekst: Anne van Hees
Fotografie: Joris den Blaauwen

Hoe kwam het dat je met deze moeder in gesprek raakte?

“Waarschijnlijk was het door mijn achtergrond dat deze moeder een gesprek met mij aanknoopte. Naast trainer binnen onze voetbalvereniging, werk ik als jeugdhulpverlener. Toevallig had ik in die tijd net een presentatie van de KNVB bijgewoond genaamd ‘Buitenbeentjes aan de bal’. Dit had mijn nieuwsgierigheid gewekt. Deze moeder vertelde me dat zij in haar wanhoop tegen haar dochter had gezegd dat ze *dan maar in het G-team moest*. Haar dochter protesteerde heftig, geheel terecht, want zij paste absoluut niet tussen de lichamelijke en verstandelijk beperkten waarvoor het G-team is bedoeld. Het werd me duidelijk dat er sprake was van een gat tussen het G-voetbal en het reguliere voetbal. Samen met twee andere leden, die al snel enthousiast werden van deze mogelijkheid, wilde ik juist die leemte opvullen.”

Waarom dan een autiteam?

“Het heet autivoetbal voor de herkenbaarheid tegenover de buitenwereld. De meeste kinderen in dit team hebben ook een vorm van autisme, maar er zijn ook kinderen zonder autisme voor wie de omstandigheden en intensieve begeleiding heel waardevol zijn. Denk bijvoorbeeld aan kinderen met ADHD, ODD en epilepsie.”

Wat bieden jullie?

“Wij houden veel meer rekening met de behoeften van deze kinderen door bijvoorbeeld een grote mate van voorspelbaarheid. Zo trainen wij nagevoel altijd op hetzelfde veld, met dezelfde ballen en is er een vaste opbouw van de training, waarvan we zelden afwijken. We bieden kleinere stapjes in het programma en door dit alles veiligheid. Ook geven we veel persoonlijke begeleiding. We staan met twee trainers op een groep van acht tot

maximaal tien kinderen. Als er iets gebeurt, kan één van ons gericht tijd besteden aan het kind dat op dat moment aandacht nodig heeft. Er kijkt niemand vreemd op als dit gebeurt, ook niet als we tijdens een wedstrijd even met een kind meelopen in het veld.”

En wat bereiken jullie daarmee?

“De kinderen maken een sterke ontwikkeling door op motorisch vlak, ondanks hun beperkte sociale vaardigheden. Uiteindelijk ontwikkelen hun sociale vaardigheden zich ook, onder meer doordat ze zich competentier voelen als voetballer en omdat we hen in de omgang met elkaar begeleiden. Dit zorgt ervoor dat een aantal kinderen op een zeker

‘KLEINERE STAPJES, MEER VEILIGHEID EN PERSOONLIJKE BEGELEIDING’

moment doorstroomt naar een regulier team. We bereiken bovenal dat de kinderen van het autiteam ervaren dat ze er uiteindelijk bij horen. Het autiteam is een volwaardig onderdeel van de voetbalvereniging en binnen het team weten deze kinderen dat ze op een veilige plek zijn, waar ze een misstap kunnen maken. Dit werkt twee kanten op. Ook de ouders zijn blij dat hun kind zich met anderen kan verbinden en zichzelf ontmoeten lotgenoten aan de lijn. Hierdoor wisselen zij verhalen uit en voelen ook zij zich – evenals hun kinderen – gezien.”

Meer info: Autiteamglimmen.nl

Onderzoek naar bewegingspatronen baby's

'IEDER KIND LEERT OP EIGEN TEMPO'

Tekst: Geert Bors

Motorische problematiek is vaak een eerste voorspeller van ontwikkelingsproblematiek, toont hoogleraar ontwikkelingsneurologie Mijna Hadders-Algra aan. Ze doet onderzoek naar de bewegingspatronen van jonge baby's. "Bewegen is op elke leeftijd goed. Als je beweegt, kom je ergens en ontdek je weer iets. Cognitie en motoriek gaan daarin hand in hand."

U bent hoogleraar ontwikkelingsneurologie. Waarom heeft u voor dit specialisme gekozen?

"Opleidingsgewijs ben ik eigenlijk een beetje een vreemde vogel. Ik heb een ongeluk gehad voordat ik geneeskunde ging studeren en ik rol in een rolstoel. Na mijn basisopleiding geneeskunde snapte ik dat ik niet zomaar elk specialisme kon gaan doen. Ik vond kinderen leuk en ik ontdekte het Instituut voor Ontwikkelingsneurologie, dat dicht tegen de onderzoekswereld schurkte. Ik vond het er zo interessant dat ik ben gebleven, inmiddels ruim 35 jaar. Oude liefde roest niet."

Op de site van de Rijksuniversiteit Groningen somt u uw vakgebied op als iets op het grensvlak van neonatologie, kinderneurologie, kinderpsychiatrie en nog een aantal andere velden.

"Inderdaad. De rode draad is het jonge, zich ontwikkelende brein. Dat begint bij verloskunde; wanneer er zich complicaties voordoen, bijvoorbeeld door vroeggeboorte, zit je bij de neonatologie. Zijn er hersenbeschadigingen, zoals bij cerebrale parese, dan kom je in het veld van de kinderneurologie. Verder zijn kinderpsychiatrie, -revalidatie en -fysiotherapie tot en met de gedragsbiologie velden die van belang zijn. Het

gaat om een brede blik op de jonge mens. Dat maakt het interessant."

U kwam op dat instituut en bent gebleven. Wat trof u in dat vakgebied?

"Een grote fascinatie voor kinderen. En voor het brein. Het brein is een uiterst creatief orgaan, met een grote onvoorspelbaarheid, zoals het altijd weer oplossingen probeert te verzinnen. We denken vaak dat het brein vooral reageert op de omgeving, maar het is ook een orgaan dat dingen verzint: de hele dag door doet het ervaringen op en maakt daar op z'n eigen manier chocola van."

U zegt dat motorische problematiek vaak een eerste voorspeller is van ontwikkelingsproblematiek. Kunt u dat uitleggen?

"Beweging is een van de eerste uitingen van het jonge zenuwstelsel, die we kunnen aflezen. Er is vroeger wel gedacht dat eerst de motorische ontwikkeling plaatsvond en daarna pas de cognitieve, maar dat is niet zo: het gaat hand in hand. Omdat een baby nog niet zoveel manieren heeft om zich te uiten, is motoriek simpelweg het gemakkelijkst waarneembaar voor ons. Als je heel specialistisch aan het werk gaat, kun je cognitieve



Mijna Hadders-Algra

'HOE MEER VARIATIE IN BEWEGING, HOE KLEINER DE KANS OP PROBLEMEN'

ontwikkeling ook wel waarneembaar maken, maar je hebt meer geduld nodig om dat in kaart te brengen."

Duidelijk: omdat baby's zich in eerste instantie vooral fysiek uiten, richt zich de blik daarop. U houdt zich onder meer bezig met vroege detectie. Hoe vroeg is vroeg?

"Behoorlijk vroeg. De methode die tegenwoordig veel wordt toegepast, zeker bij risicobaby's, is te kijken naar de kwaliteit van gegeneraliseerde bewegingen. Dat zijn bewegingspatronen, waarbij de baby zijn hele lijf inzet. Dergelijke bewegingspatronen zijn er al in een vroeg foetaal stadium, rond negen à tien weken in de zwangerschap. Je ziet daar het creatieve van het brein ook al: de hele zwangerschap door is die baby al van alles aan het oefenen en uitproberen.

Wat nu een goede voorspeller is voor een gezonde ontwikkeling, is als die bewegingspatronen rijk en gevarieerd zijn. Dat kunnen we vooral goed beoordelen door baby's van drie maanden op de rug te leggen en te kijken hoe ze bewegen. Hoe gekker, hoe meer varianten in het repertoire, hoe minder hoog het risico op problemen. Als kinderen er een grote balletvoorstelling van maken, kun je zeggen dat het risico op ontwikkelingsproblematiek lager is."

Mijn vader dacht dat ik een voetballer zou worden, zo beweeglijk was ik in de buik. Het tegendeel bleek waar. Maar dat bedoelt u dus niet?

"Als zwangere voel je prima hoeveel je

baby beweegt. Wat je niet kunt voelen, is de variatie in bewegingen. De hoeveelheid beweging voorspelt heel weinig; het gaat vooral om de kwaliteit ervan."

Nu lijkt het me niet de bedoeling dat ouders die dit lezen, angstvallig gaan kijken of het bewegingspatroon van hun baby wel rijk genoeg is.

"Nee, ik heb het nu vooral over baby's met een voorgeschiedenis. Als zo'n baby met drie maanden afwijkende bewegingen vertoont, weet je dat er een vergroot risico op ontwikkelingsproblemen is. Het kind hoeft geen problemen te krijgen - dat maakt het ook ingewikkeld. Maar ouders en kind hebben dan wel het recht op begeleiding. Als je na een voorgeschiedenis duidelijke afwijkingen in de kwaliteit van bewegen ziet, zegt het zenuwstelsel eigenlijk: 'Ik ben nog niet happy'. Dan is het zaak voor de omgeving om het kind zo goed mogelijk te gaan begeleiden."

Wat bedoelt u in dit geval met 'voorgeschiedenis'?

"Baby's die op neonatologie gelegen hebben: kindjes die te vroeg zijn geboren. Of bijvoorbeeld baby's die een ernstig zuurstoftekort gehad hebben bij de geboorte."

U bent dus niet daadwerkelijk bewegingspatronen bij tien weken zwangerschap aan het bestuderen?

"Nee. En ook bij vroeggeboren kinderen, die kort na de geboorte afwijkingen vertonen, kan zich veel normaliseren. Wat we gevonden hebben als de beste

voorspeller van ontwikkelingsproblematiek, is te kijken naar een baby drie of vier maanden na de uitgerekende datum. Dat is het moment dat die gegeneraliseerde bewegingen beginnen te verdwijnen en het kind doelgerichte motoriek gaat ontwikkelen: het ontdekt zijn handjes, wordt meer taakjesgeoriënteerd et cetera. Met die gegeneraliseerde bewegingen heeft de natuur eigenlijk een soort algemene uitprobeermodule van het zenuwstelsel gecreëerd: wat zijn de mogelijkheden van mijn lijfje? Hoe voelt het allemaal?"

Uw werk gaat niet alleen om vroege detectie, maar ook om vroege interventie. Hoe doe je dat bij een baby?

"Als je vroeg kunt opsporen, moet je ook wat kunnen uitrichten. Anders is vroege detectie zinloos, toch? Een grote groep kinderen bij wie je een verhoogd risico constateert, help je door de ouders te begeleiden. Je geeft informatie over hoe kinderen zich ontwikkelen, hoe ze zich gedragen. Dat baby's graag uitproberen en hoe je ze kunt verleiden tot uitproberen. Je kunt ouders met hun baby leren spelen op een manier die voor de baby uitdagend is."

Wat levert die begeleiding op?

"Je ziet dat ouders hun kind leren begrijpen. Hoe ze spelenderwijs met hun kind bezig gaan. Op een gegeven moment hebben ze geen begeleiding meer nodig, omdat ze de principes wel begrepen hebben. Als er dan toch problemen ontstaan, bijvoorbeeld DCD, zijn die kinderen toch al gemonitord en ben je er sneller bij. Daarbij moet ik



Obbe, vader van Mark (13)

'In een regulier team leerde Mark maar heel weinig. Hij ging stilstaan in het veld en anderen commanderen. Het is uiterst plezierig om te zien welke stappen mijn zoon nu zet. **Hij wordt als voetballer serieus genomen in het autiteam.** Mijn kind wordt naar eigen kunnen, voor vol aangezien. Het sporten is niet alleen waardevol voor Mark, maar het contact met de trainers en de ouders van de andere kinderen, is dat ook voor mij!

opmerken dat een belangrijk deel van de kinderen met DCD niet een dergelijke moeilijke start heeft gehad. Het is allemaal moeilijk te voorspellen. Wat duidelijk is, is dat de omgeving een rol speelt: als je als gezin veel doet met je kinderen, er veel gelegenheid voor uitproberen is, als je zorg draagt voor goede voeding, als je kortom alles optimaliseert, heb je ook bij risicokinderen minder kans op problemen. Ontwikkeling is een complexe mengeling van genetische factoren en omgevingsfactoren. Ja, er is een verband tussen risico en goede begeleiding, maar je kunt niet alles voorkomen. Ouders moeten niet gaan denken: 'Nu heeft Pietje toch DCD. Dat ligt aan mij.'

We hadden het eerder over hoe motorische vaardigheden eerder in het oog springen dan bijvoorbeeld cognitieve. Zijn er directe relaties tussen de twee, in voorspellende zin?

"In de vroegere geneeskunde dacht men dat de motoriek in een bepaald deel van het brein zat en bijvoorbeeld aandacht weer ergens anders. We realiseren ons nu dat bij veel taken heel veel delen van het brein meedoen. Het is een complex netwerk, dus het is wel logisch dat het een met het ander samenhangt. Vroege motoriek is een primaire uitingsvorm van hoe het brein in het algemeen functioneert. Bij een beperkter bewegingspatroon is er een verhoogd risico op DCD, maar ook bijvoorbeeld

op cognitieve problematiek en ADHD. Let wel: het gaat om 'een kans op'."

Uw interventieprogramma maakt ouders wegwijs in de ontwikkeling van hun kind. Maar u schrijft dus niet voor: 'Je baby is nu tien maanden. Hij is nu toe aan...?'

"Nee, dat zijn meer de mijlpalen van het consultatiebureau. Wij helpen ouders beter om te gaan met hun kind dat wellicht wat moeilijkheden heeft. Hoe het kind is en hoe je jouw kind het beste uitdaagt tot ontwikkeling, weten de ouders zelf het best. Dat is een van de aardigheden van de ontwikkelingsneurologie: ieder kind leert op zijn eigen manier, op zijn tempo. Je leert ouders dus te kijken naar hun kind, naar het lezen van het gedrag en te zien waar hun kind aan toe is. Waar we bijvoorbeeld ook bij kunnen helpen is om die kennis van ouders ook over te dragen aan het kinderdagverblijf."

Heeft u voorbeelden van wat je aan handreikingen krijgt, om je kind motorisch uit te dagen?

"Neem rechtop zitten. De zittende houding is best ingewikkeld voor jonge baby's, zeker als ze het moeilijk gehad hebben. We vertellen dan aan ouders: 'Je hoeft niet de hele tijd het hoofd te ondersteunen, want dan leert je kind niets.' En dus kun je, als je je kind baddert, het bijvoorbeeld onder de oksels vasthouden, zodat het zelf moet

werken met het rechthouden van het koppie. Zo kun je die uitdagingen in het dagelijks leven weven."

Wat is het belang van bewegen voor kinderen voor wie het brein beperkingen oplevert? Helpt het ook in cognitieve of in sociale zin?

"Op elke leeftijd is beweging goed. Omdat je bewegenderwijs je lichaam én je wereld verkent: materiële objecten, andere mensen. Als je beweegt, kom je ergens en ontdek je weer iets."

Ontwikkelen, ook cognitief, ook sociaal, doe je dus met je hele lijf?

"Zeker. Kinderen met cognitieve beperkingen hebben vaak de aandrift om minder op onderzoek uit te gaan. Daarmee zitten ze zichzelf dwars: het is een zichzelf versterkend mechanisme: je neiging om op de bank te blijven zitten, brengt je niet bij nieuwe ontdekkingen, doet je niks leren. In je verkenning van de wereld gaan motorisch en cognitief functioneren hand in hand: je beweegt naar het krijtbord, ontdekt er een krijtje. Je voelt: het blijkt te breken én je kunt er mee krabbelen. Het piept en het krast. Je maakt je eerste cirkels. En als dan iemand zegt dat je iets moois hebt gemaakt, draai je je om en zeg je iets terug. Opeens wordt kruipen naar het krijtbord ook spraakontwikkeling en zo stimuleert en versterkt alles elkaar voortdurend. Het is allemaal zo prachtig verweven."

BLOG • GREGOR STAM



Gregor Stam is gecertificeerd runningtherapeut en werkt met door hemzelf ontwikkelde trainings- en bewegingsprogramma's met kinderen en jeugdigen met onder meer ADHD. Hij won zelf in 1981 het eerste Nederlandse Kampioenschap triatlon. In 1985 werd hij Europees kampioen.

BELONEN, BELONEN, BELONEN...

Iedereen is het erover eens: bewegen is goed voor mensen met ADHD, ADD en autisme. Helaas is van een uitgebalanceerd sportplan op maat binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie veelal geen sprake. Sporten hangt er daar, in mijn ogen, maar een beetje bij. Terwijl dit juist zo belangrijk is: erachter komen wat sporten concreet voor jou kan betekenen, hoeveel beter jij je erdoor kunt gaan voelen.

Bijna tien jaar sport ik nu met kinderen uit deze doelgroep. We werken volgens een plan: eerst wordt onderzocht hoe ze er mentaal en fysiek 'voor staan'. Een inspanningstest, rustmeting en longtest worden afgenomen. Hoe hoog is de hartslag en hoe groot is de longinhoud in rust in verhouding tot tijdens het sporten? Dat is belangrijk om te weten. Want deze cijfers geven de gemoedstoestand van iemand aan. Een voorbeeld: Een persoon met in rust een hartslag van 107 slagen per minuut, met een longinhoud van 3,57 liter en 22 ademhalingen, heeft een continu gevoel van 'onder spanning staan'. Daar kan je niets aan doen. Ja, pillen innemen om die gevoelens te onderdrukken. Mijn idee? Op een verantwoorde manier je ademhaling trainen in combinatie met de hartslag die daarbij hoort. Liefst driemaal per week een uur. Het resultaat? Een hartslag van 72 slagen per minuut en 15 ademhalingen, wat een

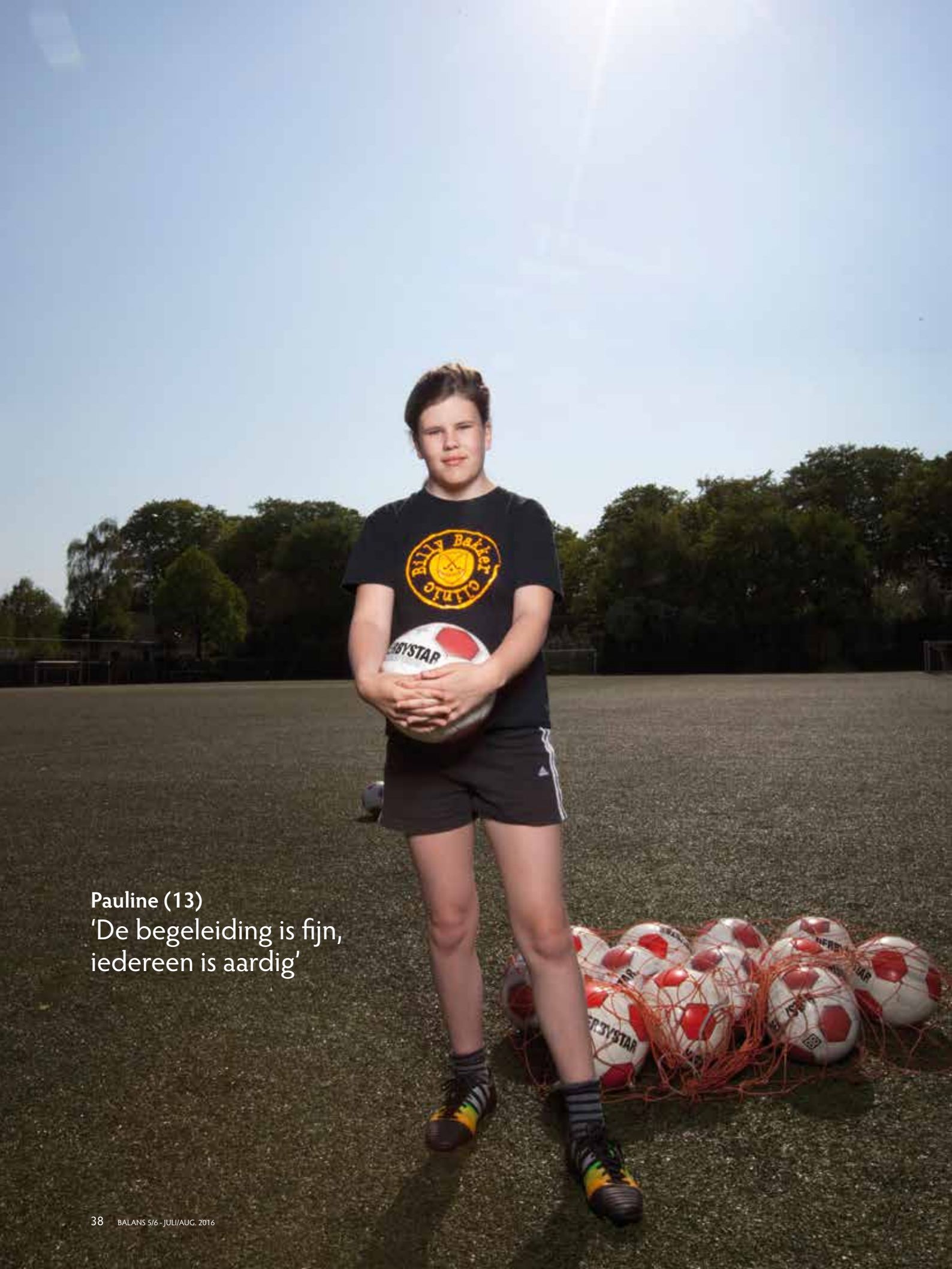
rustiger gevoel in je lichaam geeft, waardoor je je beter gaat voelen. Waardoor je tot tien kunt tellen als je je opgefokt of onrechtvaardig behandeld voelt.

Hoe ik dit voor elkaar probeer te krijgen met kinderen die vaak heel graag gamen, liever niet van de bank afkomen, overgewicht meedragen? Door te belonen, belonen, belonen... Ook als ze steeds te laat

'EEN LAGERE HARTSLAG GEEFT EEN RUSTIGER GEVOEL'

komen. Ook als ze steeds de kantjes ervan af lopen. Want dat gaat allemaal over, dat weet ik inmiddels. Deze ongemakken zijn hun *comfortzone*. En daar haal ik ze graag uit. Met geduld, belonen, motiveren, belonen, luisteren, belonen. Altijd in de buitenlucht.

En ik zie ze veranderen, deze kinderen. Hun concentratie neemt toe, afspraken worden nagekomen, ze horen wat je zegt en reageren minder heftig. De 'hoge stress' is uit hun lichaam. En dit alles heeft een gunstig effect op hun relatie met ouders, school en vrienden; ze gamen minder, kunnen chips laten staan en houden zich aan afspraken...



Pauline (13)
'De begeleiding is fijn,
iedereen is aardig'



Garik, vader van Slavik (15)
'Slavik kan met het voetballen zijn energie kwijt
en hij is lekker met zijn lichaam bezig. Spelen,
rennen, sporten... **het maakt hem rustig**'

Links: trainer Mark van Splunder

Goed voor motorische én sociale vaardigheden

‘ZOEK EEN SPORT PASSEND BIJ JE KIND’

Tekst: Anouk van Westerloo

Sporten is gezond, dat weten we allemaal. Maar wat nou als je een motorisch probleem hebt? Als je moeite hebt met rennen, een bal vangen of als zelfs fietsen naar de sportclub lastig gaat? De Radboud Universiteit Nijmegen deed er onderzoek naar. Hoeveel kinderen met dit soort problemen sporten eigenlijk? En hoe kan hun deelname aan sport worden vergroot?

Kinderen met DCD – Developmental Coordination Disorder – hebben forse motorische problemen. Maar ook ongeveer de helft van alle kinderen met ontwikkelingsstoornissen zoals ADHD en ASS, heeft in meer of mindere mate problemen met de motoriek. En als een kind met gym of op een sportclub niet goed mee kan komen en op allerlei vlakken aansluiting mist met leeftijdsgenoten, is de kans groot dat hij helemaal afhaakt. En dat is jammer, want sporten en bewegen is gezond. Niet alleen worden de (zwakke) motorische vaardigheden erdoor getraind, ook werkt het overgewicht tegen. Het is goed voor het hart en de bloedvaten en het psychische welbevinden. En door samen met andere kinderen te sporten, wordt ook de sociaal-emotionele ontwikkeling gestimuleerd.

ÉÉNDERDE LID VAN SPORTCLUB

Om te onderzoeken hoe het is gesteld met de sportparticipatie van kinderen met forse motorische problemen (DCD) werden honderddertig kinderfysiotherapeuten ondervraagd. Daarnaast werden ook ouders en kinderen met DCD tussen de negen en vijftien jaar zelf geïnterviewd of gevraagd een vragenlijst in te vullen. Imke Adams,

bewegingswetenschapper en één van de onderzoekers van het Radboud, vertelt de belangrijkste uitkomsten. “Slechts eenderde van de kinderen met DCD die onder behandeling zijn van een kinderfysiotherapeut, is lid van een sportclub. En slechts de helft van de therapeuten geeft aan dat ze actief bezig zijn met het begeleiden van kinderen naar een sportclub. In de praktijk blijft de begeleiding vaak beperkt tot het geven van voorlichting. Dat laatste percentage zou natuurlijk honderd procent moeten zijn en intensiever kunnen.”

HARTSLAG OMHOOG EN ZWETEN!

De Bewegnorm voor kinderen tussen de vier en zeventien jaar is één uur lopen, fietsen of ingespannen spelen per dag, waarvan tweemaal per week dat uur bewegen specifiek gericht is op het verbeteren of het behouden van kracht, lenigheid of coördinatie. Daarnaast is er nog de zogeheten Fitnorm. Die is voor kinderen en volwassenen hetzelfde en houdt in dat je minstens drie keer per week gedurende twintig minuten sport; bijvoorbeeld zwemmen, hardlopen of (hard) fietsen. Alles mag, als de hartslag maar flink omhoog gaat en je ervan gaat zweten. Heel veel kinderen halen die



Dr. Anneloes Overvelde is kinderfysiotherapeut bij IQ healthcare van het RUMC Nijmegen, docent aan de opleiding kinderfysiotherapie van Avans+ Breda en bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie (NVFK). Eén van haar studenten van de opleiding kinderfysiotherapie en nu kinderfysiotherapeut Wenke Broekkamp, voerde in 2014 en 2015 het onderzoek uit naar de sportparticipatie van kinderen met DCD, waarbij verschillende onderzoekers werden betrokken.



Imke Adams studeerde biomedische wetenschappen, met bewegingswetenschappen als hoofdvak. Momenteel is zij promovenda bij de afdeling Orthopedagogiek van de Radboud Universiteit Nijmegen. Haar onderzoek richt zich op kinderen met DCD.

norm niet, maar voor kinderen met motorische problemen of een ontwikkelingsstoornis ligt dat percentage nog veel hoger. Dr. Anneloes Overvelde, kinderfysiotherapeut en ook als onderzoeker betrokken bij het onderzoek: "Je ziet bij deze groep kinderen ook veel meer overgewicht en risico op obesitas. Veel kinderen met DCD, of met ADHD of ASS in combinatie met motorische problematiek, trekken zich terug, leiden voornamelijk een zittend bestaan achter de pc of de tv, spelen nauwelijks buiten en mijden het groepsgebeuren. Hierdoor lopen ze veel kansen mis om zich te ontwikkelen. Ze zijn minder fit en hebben een lagere spierkracht."

AANGEPAST SPORTEN

Volgens de onderzoekers is het belangrijk dat ook deze kinderen voldoende kansen krijgen om te sporten. Adams: "Het is belangrijk om erachter te komen wat de belemmerende factoren zijn voor een kind. Vaak blijken de motorische problemen zelf het heetste hangijzer. Daarnaast blijken er te weinig aangepaste sportteams te zijn (al verschilt dat per regio) en is het soms lastig om genoeg deelnemers te vinden om een

volledig aangepast sportteam samen te stellen. En soms zijn de bestaande G-teams, voor kinderen met een handicap, weer té veel aangepast voor kinderen met DCD of mildere motorische problemen. Verder zijn reguliere trainers en gymleraren niet altijd goed op de hoogte van de specifieke motorische problemen die kinderen hebben, waardoor ze hen niet adequaat kunnen begeleiden of de training kunnen aanpassen. Ook is het belangrijk dat ouders en ook kinderfysiotherapeuten op de hoogte zijn van wat er allemaal wél mogelijk is in de regio op (aangepast) sportgebied."

NIET ELK KIND IS GESCHIKT VOOR TEAMSPORT

Ouders spelen, zeker bij jonge kinderen, een belangrijke rol als het gaat om de sportactiviteiten van hun kind. Maar wat als je kind na drie maanden op sportclubje honderdzoveel er wéér de brui aan geeft? Uit het onderzoek blijkt dat ouders te weinig het sporten stimuleren bij hun kinderen met motorische problemen. Omdat het te veel tijd kost, omdat hun kind aangeeft niets leuk te vinden of omdat de motorische proble-

men te veel belemmeringen opleveren. Zeker als die ook nog eens samengaan met gedragsproblematiek. Overvelde: "Kinderen met een ontwikkelingsstoornis zijn doorgaans meer afhankelijk van hun ouders, moeten bijvoorbeeld langer worden gebracht en gehaald van clubjes dan andere kinderen. Dat kost tijd. Toch is het belangrijk dat ouders zich realiseren hoe sporten en bewegen kunnen bijdragen aan een gezonde ontwikkeling van hun kind, in alle opzichten. Wij adviseren daarom om goed op zoek te gaan naar een sport die bij het kind past.

'JE ZIET BIJ DEZE GROEP KINDEREN EEN GROTER RISICO OP OVERGEWICHT'

Ouders vormen de schakel tussen een sportclub en hun kind, en zij kennen hun kind het beste. Niet elk kind is 'gemaakt' voor teamsport. Voor voetbal is veel timing nodig en werken in teamverband, dat past niet bij ieder kind. Ga dan eens kijken bij meer individuele sporten zoals

atletiek, zwemmen of judo waarbij wel in een groep wordt getraind. Roeien kan bijvoorbeeld ook een mooie sport zijn voor kinderen met motorische problemen." Ook de school kan hierin een rol spelen volgens de onderzoekers. Want die één à twee uurtjes gym per week op school, zetten niet echt zoden aan de dijk. Overvelde: "We hebben tegenwoordig Passend Onderwijs, waarom geen passend sportonderwijs? Sporten zou bovendien meer geïntegreerd kunnen worden in de schooldag. Bijvoorbeeld als naschoolse activiteit."

INVENTARISEREN

Hoe kom je erachter wat bij je kind past en wie kan je daarbij helpen? Overvelde: "Schakel de hulp in van de kinderfysiotherapeut. Die kan samen met je kind uitzoeken wat hij leuk vindt – want plezier in sporten is misschien wel het allerbelangrijkste – en inventariseren wat binnen zijn motorische mogelijkheden past. Vraag via de kinderfysiotherapeut of bij de gemeente welke (aangepaste) sportclubs of -teams er zijn in de regio. Deze kan aan de hand van het aanbod kijken welke vaardigheden het kind daarvoor nodig heeft en samen met het kind individueel oefenen op die vaardigheden. Als je kind niet bij een kinderfysiotherapeut onder behandeling is, kun je een eenmalig consult aanvragen waarbij je kind wordt bekeken en de mogelijkheden worden geïnventariseerd. Ook een moto-

risch remedial teacher van school kan misschien advies geven, of je legt je hulpvraag neer bij het kinderspsychiatrisch centrum waar je kind onder behandeling is of is gediagnosticeerd. Leg je er als ouder in elk geval niet bij neer, er zijn mogelijkheden, ook voor jouw kind!"

'OUDERS MOETEN ZICH REALISEREN HOE BELANGRIJK SPORTEN IS'

"En als dan eenmaal een sportclub is gekozen," vult Adams aan, "zou het heel mooi zijn als de deskundige die om hulp is gevraagd, een keer komt kijken op de sportclub, ziet waar het kind moeite mee heeft en daar eventueel tijdens de therapie-sessies individueel op oefent. Ook kun je vragen of de therapeut, of bijvoorbeeld een goede gymleraar van school die je kind (en zijn beperkingen) goed kent, een keer wat adviezen wilt geven aan de sporttrainer van de nieuwe club. Want het is heel belangrijk dat het kind niet gedemotiveerd raakt omdat hij het tempo of het niveau toch niet kan bijhouden. Dat hij plezier houdt in het sporten. Want dat blijft het allerbelangrijkste."

FITKIDS

FitKids is een programma dat probeert de opstap naar een sportclub gemakkelijker te maken. Tijdens FitKids sporten kinderen met onder meer DCD één jaar lang in kleine groepjes, onder begeleiding van een kinderfysiotherapeut. Hierbij wordt de fitheid van de kinderen verhoogd en wordt er aandacht besteed aan verschillende motorische vaardigheden. Toch stappen maar weinig kinderen over van FitKids naar een reguliere sportclub. Volgens de onderzoekers van Radboud Universiteit Nijmegen kan de aansluiting met reguliere sportclubs

nog meer worden verbeterd door bij FitKids meer competitieve elementen in te bouwen. Juist de competitieve spelelementen die je tegenkomt tijdens voetbal of hockey, kunnen erg lastig zijn voor kinderen met motorische problemen, omdat ze zich in een dynamische omgeving moeten bewegen waarbij de omstandigheden steeds veranderen. De competitie tussen de teams is ook niet altijd leuk voor deze kinderen. Meer inspelen op deze vaardigheden zou de overstap naar reguliere clubs kunnen vergemakkelijken.

BALANS-ZOEK&VIND

Balans heeft eind 2015 de site *Balanszoekenvind.nl* opgezet. Een nieuw online platform voor het zoeken, vinden én waarderen van gespecialiseerde zorgaanbieders. Sinds de transitie van de Jeugdzorg naar de gemeenten en de veranderingen in het onderwijs, is het voor ouders steeds lastiger gebleken om de juiste hulp te vinden. Om ouders en andere zoekenden, maar ook de zorgaanbieders, tegemoet te komen, is BalansZoek&Vind ontwikkeld.

Zorgaanbieders in allerlei categorieën kunnen zich profileren in een online 'etalage' en mensen die op zoek zijn naar de juiste zorg, kunnen heel gemakkelijk zien wat er voor aanbod is in hun regio. En dat kan van alles zijn: psychotherapeuten, tandartsen, zorgboerderijen, vakantie-aanbieders, screening en diagnostiek, fysiotherapeuten, kappers, lotgenotencontact en... sportclubs. De site is nog groeiende; de bedoeling is dat zich uiteindelijk een 'sociale kaart' van Nederland ontvouwt, waardoor alles op het gebied van ontwikkelingsstoornissen, hoogbegaafdheid en verstandelijke beperkingen makkelijk op één site is te vinden.



Mori van den Bergh is kinder- en jeugdpsychiater bij Altrecht in Utrecht.

SPEEL NIET OM DE KNIKKERS!

“Bij mij in de gymzaal komen ze zichzelf tegen en ook waar ze in het dagelijks leven tegenaan lopen. Maar dan in een veilige omgeving, in sport en spel.” Een vriendin van me, psychomotorisch therapeut, gaf me onlangs inzicht in haar werk. Ik vroeg haar hoe te werken met kinderen die zich verbaal moeilijk uiten of gewoon niet van praten houden. Ze zei me dat deze therapie, net als beeldende- en muziektherapie, gericht is op *ervarend leren*, door interactie tussen kind en therapeut. Het is een bekend fenomeen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie.

De jongeren die ik zie, ontlenen in de praktijk veel goeds aan sport en dagelijkse beweging. Waakzaam zijn dat ‘moeten winnen’ – dat past binnen onze prestatie-gerichte maatschappij – ten koste gaat van de factor plezier, is daarom van groot belang. Wat mij betreft hebben ouders en sportcoaches daarin een belangrijke voorbeeldfunctie. Juist voor de kinderen en jongeren die wij in de kinder- en jeugdpsychiatrie willen aansterken.

Ik krijg direct een flashback naar de opvallende maatregel die de Koninklijke Nederlandse Voetbal Bond, de KNVB, vorig jaar nam. Het betrof de *Fair Play Competitie* van de ‘F-jes’, de jongste voetballertjes. Ik citeer van hun website:

- *Kinderen beslissen zelf over spelsituaties. Er is geen scheidsrechter aanwezig. Hierdoor ontwikkelen de kinderen in een vroeg stadium sociale vaardigheden en kunnen ze eigenlijk geen fouten maken.*

- *Toeschouwers en ouders bevinden zich op minimaal twintig meter afstand van het speelveld. Zij hebben geen invloed op het spel, accepteren beslissingen van kinderen en moedigen hen aan. Zo dragen zij bij aan een positieve sfeer langs de lijn.*

‘GEEF KINDEREN DE VRIJHEID HET ZELF TE REGELEN’

- *Trainers begeleiden het spel samen vanuit de coachzone. Ze geven complimenten aan de kinderen, troosten en motiveren, en zijn terughoudend met het geven van aanwijzingen.*

Blijkbaar zijn dit soort regels nodig om te fanatieke ouders op afstand te houden, coaches te laten coachen in plaats van schreeuwen. En kinderen de vrijheid te geven hun spel zelf te regelen. Als Fair Play wordt gespeeld, komen de sportclubs dicht in de buurt van de ‘veilige omgeving’ waarover mijn vriendin het heeft. Dus ook voor kinderen voor wie sporten, samen spelen en plezier maken niet altijd vanzelfsprekend is. Dan kan sport een rol spelen in het dagelijks leven van alle kinderen. Dus kinderen, ouders en coaches: het gaat om het spel, niet om de knikkers!

Ergotherapie Nederland

‘ALS IK OP SKEELERS STA, WAT MOET IK DAN DOEN?’

Tekst: Sigrid Starremans
Fotografie: Theone Kampstra

Ook ergotherapie kan veel bijdragen aan het verbeteren van de conditie van kinderen met motorische aandoeningen. Ergotherapeute Theone Kampstra, lid van de adviesgroep Kind & Jeugd bij beroepsvereniging Ergotherapie Nederland: ‘We werken echt vanuit de motivatie van het kind. Het kind denkt zelf mee wat voor hem of haar het beste is.’

Theone Kampstra is van oorsprong bewegingswetenschapper. Toen ze in de jaren negentig onderzoek deed naar effectieve behandelingen voor kinderen met DCD, ontstond haar liefde voor de ergotherapie. Nu is ze zelf ergotherapeute en behandelt ze kinderen met verschillende ontwikkelingsstoornissen en aandoeningen, zoals autisme, DCD, slechthorendheid, slechtziendheid, lichte spasticiteit en ADHD. Het mooie aan ergotherapie is dat het zo praktisch is, vindt Kampstra. “De fysiotherapeut gaat aan de slag met bewegen vanuit de vraag: wat moet het kind motorisch kunnen? De ergotherapeut vraagt: ‘Wat wil je doen? Waar loop je tegenaan?’ Het kind gaat zélf meedenken wat voor hem of haar het beste is. Als een kind wilt touwtjespringen, dan ga je touwtjespringen. Als het dat op het schoolplein wilt doen, dan ga je dat op het schoolplein doen.”

**Waarom is leren op de plek zelf belangrijk?
Waarom doe je dat niet in je eigen praktijk?**

“Juist dát maakt ergotherapie zo krachtig. Kinderen met autisme hebben bijvoorbeeld moeite met generaliseren. Dat betekent dat als ze iets in de praktijkruimte leren, het nog niet wil zeggen dat ze het ook kunnen toepassen in een andere omgeving. Wij kijken naar wat het kind nodig heeft om mee te kunnen doen in een bepaalde omgeving. Een kind dat zich in de klas niet kan concentreren, observeren we en dan bekijken we wat er nodig is zodat het kind het wel kan.”

Hoe gaat dat in de praktijk?

“Laatst heb ik een aanpassing gedaan in een gymles voor een jongetje van tien met ADHD. Dat jongetje is heel impulsief en kan zichzelf moeilijk beheersen. In de les ging hij gewoon andere dingen doen. Iedere les kreeg hij een waarschuwing van de docent. Als het te veel werd, moest hij zich bij de directeur melden. Nou, daar zat-ie dus elke week. We hebben toen samen met de leerkracht en het jongetje gekeken naar een oplossing.”



Door het gesprek heeft de gymleraar begrip gekregen voor de beperking. We hebben nagedacht over de vragen: 'Hoe moet hij het jongetje laten weten hoe hij zich moet gedragen in de kring? Welk gedrag wil de leerkracht zien en wat krijgt het kind ervoor terug als hem dat lukt?' Samen met het kind werd bedacht dat de leerkracht hem even op de schouder kan tikken als hij te druk is tijdens de instructiemomenten in de kring. Dan weet hij: 'Oh ja, ik moet stil zijn.' Op die manier kan de leerkracht het impulsieve gedrag vóór zijn op een positieve manier. Als het lukt, krijgt het kind een sticker. Wel wilde het jongetje niet meteen naast de leerkracht staan. Dus we hebben een wat kleiner en rustig kind tussen hen ingezet, zodat de leraar hem wel makkelijk kan blijven aanraken."

En hoe leer je vanuit de ergotherapie een kind specifieke vaardigheden aan?

"Daar zijn twee bewezen behandelmethoden voor. De NTT – Neuro Task Training – gaat uit van het leren van deelvaardigheden. Dat begint eenvoudig en wordt stapje voor stapje moeilijker. Denk aan touwtjespringen. Dan leer je een kind eerst hoe je met de polsen het touw moet draaien. Daarna komt pas het springen. Gebruik je de CO-OP methode – Cognitive Orientation of Occupational Performance – dan vertel je een kind niet wat het moet doen maar laat je hem of haar dat zelf ontdekken. Je laat een kind voelen dat het niet lukt en zet het aan om cognitief na te denken wat er nodig is om het toch voor elkaar te krijgen. Die methode is gericht op het leervermogen en de motivatie van het kind zelf."

Heb je een voorbeeld van hoe een kind leert via de CO-OP-methode?

"Een voorbeeld is een meisje met DCD, dat in groep 3 zat en niet kon springen met twee benen. Laat staan hinkelen op één been. Zij wilde leren skeelers. Met haar hebben we de CO-OP toegepast. We zijn thuis en op straat met de skeelers aan gaan oefenen. Toen heeft ze ervaren: 'Oké, als ik op de skeelers sta, wat moet ik dan doen? Hoe moet ik mijn voeten plaatsen? Waar moet ik mijn gewicht plaatsen? Hoe kom ik vooruit? Wat werkt wel, wat werkt niet?' We stellen zelf ook veel vragen waardoor het kind gaat beseffen wat

'KIND GAAT ZÉLF MEEDENKEN OVER WAT HET BESTE IS

wel en niet werkt. Ik heb dit meisje uiteindelijk ook leren springen, doordat ze op een gegeven moment zelf doorhad dat ze dan op de voorkant van haar voeten moest staan. En dan moest ze haar knieën buigen. Op deze manier leren kinderen ook hoe ze zichzelf nieuwe vaardigheden eigen moeten maken."

Wordt er vaker een beroep op je gedaan nu de nieuwe Jeugdhulpwet van kracht is en Passend Onderwijs de realiteit?

"Jazeker, veel meer. Landelijk gezien zie je dat we



Ezra (10)



veel meer worden gevraagd op scholen, ook als het gaat over de vraag hoe je kinderen meer kunt laten bewegen. Dat maakt het werk leuker. Wij kunnen ook behulpzaam zijn bij vragen als: 'Wat voor spelmateriaal kunnen we aanschaffen?' Of: 'Hoe kunnen we het schoolplein inrichten zodat alle kinderen daar met plezier op kunnen spelen?'"

Heb je daar een voorbeeld van?

"Ik denk aan een kind met autisme dat veel problemen had met de bal op het schoolplein. Die ging alle kanten op. Toen hebben we met school en de ouders om de tafel gezeten en gekeken hoe we het schoolplein zo kunnen inrichten dat de bal op bepaalde plekken is en op andere plekken niet kan komen. Ook hebben we bekeken welke activiteiten deze jongen wel kan doen met zijn autisme en hoe hij het overzicht kan hebben over het plein. Dat hebben we weten te realiseren door het schoolplein anders in te richten. Er zijn belijningen gekomen en duidelijke afspraken met alle kinderen gemaakt over de plekken waar de bal wel en niet mag komen. En over waar welk soort spelletjes worden gedaan. Dit is een voorbeeld van een project in het kader van Passend Onderwijs."

Dus dan pas je voor één kind het hele schoolplein aan?

"Het grappige was dat later bleek dat heel veel kinderen daar last van hadden."

Heb je ook een voorbeeld dat uit de jeugdwet voortkomt?

"Vanuit deze wet zijn onder meer innovatie-subsidies beschikbaar. Ik ben nu samen met een sportadviseur en de GGZ aan het bekijken of wij sport kunnen aanbieden aan kinderen met beperkingen zoals autisme, DCD en ADHD. Zij kunnen immers niet altijd terecht bij de gewone sportclubs. De voorwaarde is dan dat er kleinere groepen komen en dat sportdocenten speciale trainingen krijgen. Het doel is uiteindelijk ook dat hierdoor de zorg goedkoper wordt."

Hoezo wordt de zorg goedkoper als er meer wordt gesport?

"Sporten heeft effect op het fysieke welzijn, op het emotionele welbevinden en de leerprestaties van een kind. Ook doen kinderen sociale vaardigheden op. Dat is bewezen in onderzoek. Dus als een kind iedere week twee keer sport, dan is het nog maar de vraag of het dan nog naar een sociale vaardigheidstraining moet. Tijdens het sporten leert een kind ook al heel veel. Dat wil niet zeggen dat sporten 'zorg' is. Maar het kan wel zijn, dat als je het in een klein groepje doet met een goede sporttrainer, een kind al aan zoveel individuele doelen werkt, dat een duurdere interventie vanuit de tweedelijns-GGZ niet meer nodig is."



Mark (13)

'Voetballen is mijn droom.

Ik wil later meespelen in de Champions League. De trainers doen hun best ons te upgraden'

Gret, zijn moeder

'Mark ontwikkelt in het team zelfvertrouwen en kan er **helemaal zichzelf zijn**'

Landelijke Stuurgroep DCD

‘OOH, IK KAN FIETSEN!’

Tekst: Geert Bors

Dr. Marina Schoemaker is klinisch psycholoog bij het Centrum voor Bewegingswetenschappen bij UMC Groningen (UMCG). Frouwien van der Hoek is kinderfysiotherapeut bij het Centrum voor Revalidatie-UMCG. Samen werken ze al zo'n twintig jaar aan onderzoek en begeleidingsmethodes voor mensen met DCD. Dat valt samen met de begintijd dat DCD een duidelijk omschreven diagnose werd. De methodes die ze hanteren, helpen kinderen niet alleen hun fysieke ongemak beter behapbaar te maken, maar sterken ook hun geestelijke fitheid: "We werken aan het probleemoplossend vermogen van het kind."

Klopt het dat DCD vaak samen voorkomt met andere diagnoses, zoals ADHD?

Marina Schoemaker: "Ja, comorbiditeit – dat samen voorkomen van diagnoses – zie je vaker bij DCD. In veertig tot zestig procent van de gevallen tref je bij mensen met DCD ook ADHD. Ook de lichtere stoornissen in het autismespectrum, als PDD-NOS, komen vaak voor bij DCD, net als dyslexie en sommige vormen van angst en depressie. De vraag is dan: 'Wat is de kip en wat is het ei?' Die vraag kun je lang niet altijd duidelijk beantwoorden. Het vermoeden is, zeker omdat ADHD zo vaak voorkomt, dat er een genetische relatie is."

Is dat waar u elkaar vindt, als fysiotherapeut en psycholoog: daar waar ontwikkelingsproblematiek samengaat met motorische problemen?

Frouwien van der Hoek: "Nou, op zich komen veel kinderen via een verwijzing hier en zien we inderdaad veel complexe kinderen. En natuurlijk bepaalt dat mede je behandeling. Maar het onderzoek waarin wij met elkaar te maken hebben, gaat niet zozeer over comorbiditeit als wel over DCD en fitheid."

MS: "Het is ook niet zo dat jij van het lichaam bent en ik van de geest. Zo netjes opgedeeld is het niet.

Als psycholoog ben ik iemand die gedrag bestudeert en motoriek is ook een vorm van gedrag. Ik deed ooit een leeronderzoek naar motoriek in een laboratorium voor experimentele klinische psychologie, raakte geïntrigeerd en ik ben geboeid gebleven.

FvdH: "Voor mij geldt iets soortgelijks. Wat mij trof bij kinderen met DCD is dat het kinderen zijn aan wie je niks ziet, maar met wie veel aan de hand is. Precies dat kan problemen geven. Kinderen die niet goed mee kunnen doen in sport en spel, of in hun fijne motoriek. Veel leerkrachten hebben dat niet in de peiling. Ik vind dat heel sneu. Sommige kinderen raken in een neerwaartse spiraal: worden faalangstig, ontwikkelen een negatief zelfbeeld, trekken zich terug of uiten zich juist agressief. Terwijl je vaak met meer inzicht, met ondersteuning van je ouders of je leerkracht, verder wordt geholpen en een heel fijn leven hebt. Ouders zijn vaak ook blij om te horen wat er aan de hand is. Want dan kun je er met elkaar dingen aan doen."

En dan komt fitheid, als onderzoeksvraagstuk en als therapeutische aanpak, om de hoek kijken?

MS: "Ja. Twintig jaar geleden kwam er bij revalidatiecentrum Beatrixoord, waar Frouwien werkt, een



Julian (9)

'Ik ben natuurlijk de beste voetballer. Ik wil winnen'

Jeroen, zijn vader

'Hier wordt heldere taal gesproken, rustig ook. Julian kan doen wat hij superleuk vindt!'

onderzoekskoördinator, die voorstelde om meer onderzoek naar DCD te gaan doen. Als deskundige ben ik daarin gaan meedenken en Frouwiens schat aan ervaring hielp mij weer verder. Er wordt inmiddels heel veel onderzoek gedaan naar fitheid. Healthy aging is wereldwijd een belangrijk onderwerp. Voor kinderen met DCD geldt dat ze vaak minder frequent 'gezond bewegen' en dus minder fit zijn. Een deel van de kinderen met DCD heeft bijvoorbeeld ook een hogere BMI."

FvdH: "Wat je ziet, is dat doordat kinderen minder makkelijk bewegen, ze ook minder geneigd zijn naar buiten te gaan en dus minder ervaring opdoen. Veel vaardigheden heb je pas goed onder de knie als je het duizend keer hebt gedaan. Als je het leuk vindt, maak je die 'trainingsuren' spontaan. Maar als het niet hoeft en je vindt het niet leuk..."

Toen uw samenwerking twintig jaar geleden begon, was DCD als term nog amper bekend, toch?

MS: "Dat klopt, hoewel het soort problematiek allang werd gezien. In de jaren zestig vielen de symptomen bijvoorbeeld onder 'minimal brain disfunction', een veel te grove en ook niet kloppende verzamelterm. DCD is officieel een term geworden in de jaren negentig."

FvdH: "En er zijn nog wel wat andere termen geweest. Toen ik in 1985 begon als fysiotherapeut, werd er gesproken over 'houterige' of 'onhandige' kinderen, *clumsy children*. Iedere onderzoeker had er weer een eigen naam voor."

MS: "In 1994 is op een internationale bijeenkomst besloten om alleen nog de term DCD te gebruiken

voor deze groep kinderen. In datzelfde jaar verscheen DCD ook als aparte categorie in het psychiatrisch handboek, de DSM, en kwamen er duidelijke richtlijnen en criteria op basis waarvan artsen de diagnose konden stellen. Artsen moeten nu bijvoorbeeld uitsluiten dat er sprake is van een neurologische afwijking."

Wanneer wordt het zinvol om zo'n nieuwe diagnose toe te voegen aan de waaier die de psychiatrie al ter beschikking heeft?

FvdH: "Het gaat natuurlijk niet om 'problematiseren' om het problematiseren'. De diagnose DCD komt vrij veel voor. Sommige studies houden het op vijf

'KINDEREN SLAPEN BETER, KUNNEN MEER AAN, ZITTEN BETER IN HUN VEL'

tot tien procent van de bevolking; andere zelfs op vijftien procent. Daarmee kun je zeggen dat het redelijk normaal is dat je in iedere klas een paar kinderen hebt, die niet van gym houden, niet graag buiten spelen, vaak struikelen. Op zich niet erg, maar als leerkracht kun je je afvragen of er iets meer nodig is, als een bepaald kind steeds tegen zijn grenzen botst en op z'n tenen moet lopen."

MS: "De opzet is zeker niet om meer labels te plakken. Wil je iets diagnosticeren als DCD, dan moet het kind er last van hebben. Er moet een duidelijke hulpvraag zijn. Een handschrift dat voor



Joas (10)

'Voetballen is mijn leven. De sfeer in ons team is erg goed. Ik leer heel veel, natuurlijk om beter te voetballen, maar wat ik ook leer is doorzetten. Dit helpt me ook op school'

Agnes, zijn moeder

'Joas leert hier heel veel. Hij kan nu net als andere kinderen voetballen, en straks in een regulier team spelen. **Voetbal geeft hem een doel in zijn leven'**

Henk, zijn vader

'Dit **voetballen is echt van Joas. Alleen van hem.** Ik mag niet mee naar het jaarlijkse landelijke toernooi. Dat vind ik een goed teken. We hebben veel zorgen gehad, ook over het sporten. Joas had veel angst. Hier heeft hij dat niet en kan hij sporten met andere kinderen. Dat maakt het heel waardevol'

niemand leesbaar is. Schrijven dat enorm veel tijd vraagt. Graag willen voetballen, maar niet mee kunnen komen. Je rijbewijs proberen te halen en je krijgt die complexe handelingen maar niet in je lijf verankerd. Er zijn ook kinderen die motorisch misschien weliswaar onhandig zijn, maar die dat kunnen compenseren met andere talenten: extraversie, intelligentie, makkelijk vriendjes kunnen maken, waardoor die motorische achterstand niet zo in beeld komt."

Oké, daarmee komt de definitie scherper in beeld: je moet er zelf last van hebben. Wat is uw aanpak?

MS: "Terugkomend op die duizend keer oefenen: wat je eerst moet uitsluiten, is of de onhandigheid die je ziet niet te maken heeft met onvoldoende bewegingservaring. Zeker in steden wordt vaak te weinig bewogen. Bij een tekort aan bewegingservaring, zie je heel snel verbetering, als je gaat begeleiden en oefenen."

FvdH: "Als fysiotherapeut ga ik kijken: hoe voert het kind een beweging uit? Op welk niveau wordt het moeilijk, maar kan het nog net? Dan zit je precies goed, want daar ontstaat trots, zelfwaardering. Dan kun je ook aan de slag om te leren: waarom lukte dit deze keer wel? Of: hé, waar gaat het hier nou precies mis."

MS: "Fysiotherapeuten maken veel gebruik van CO-OP en NTT, methoden die kinderen functioneel laten oefenen, maar een kind ook heel bewust laten kijken naar zijn eigen bewegingen, en laten ontdekken wat er fout gaat. Als je bijvoorbeeld wilt leren hoe je een bal in een doel trapt, bedenk je hoe je dat gaat doen. Dan voer je het uit. En daarna ga

je na waarom het wel of niet lukte. En hoe je het beter kunt doen."

FvdH: "Met je therapeut ga je heel bewust functionele vaardigheden opdoen. En dat werkt. Het vergroot het probleemoplossend vermogen van een kind. In motorische zin, maar ook in andere situaties in het dagelijks leven."

MS: "Bij comorbiditeit combineer je het met aangepaste zorg voor gedragsproblematiek. Of ergotherapie. Of bijvoorbeeld logopedie, als ook de motoriek van de mond moeilijker is."

FvdH: "Als er forse bijkomende problematiek is, wordt het veel voor een kind. Wat je wilt is dat kinderen stabiel worden, plezierig kunnen uitgroeien. Het hangt af van de hulpvraag, welke concrete doelen je stelt. Ik houd natuurlijk rekening met het individuele kind en zijn gedrag. Het kan zijn dat je met een snel afgeleid kind een stillere oefenzaal kiest. Of dat je een onrustig kind nog even iets laat ophalen, laat rennen. Een andere keer gaat bij een jong kind de vader als vanzelf mee en gaat hij weg, zodra we merken dat het kind zich beter voelt."

Als fysiotherapeut ben je ook nog pedagoog, dus. Wat zijn de mooie momenten?

FvdH: "Je zit inderdaad in een leeropvoedingssituatie. Het mooiste is het, als je shining eyes ziet. Neem fietsen. Dan heb je al een hele tijd met een kind door de zaal gereden en dat kind heeft zich geconcentreerd: 'Ik moet vóór me kijken', 'Ik moet rechttzitten'. En dan opeens is het er: 'Ooh, ik kan fietsen!', hoor je dan keihard door de zaal. Die verbazing, die blijdschap."

Als u het heeft over fitheid, moet ik dan ook denken aan geestelijke fitheid?

MS: "Ja, zeker in de zin dat we het ook leuk en uitdagend proberen te maken. We hebben bijvoorbeeld naast een fitheidsprogramma ook een lifestyle-programma, waarbij we het bewegen van het hele gezin proberen te bevorde-

ren. Dat gaat ook om plezier, om bewustwording."

FvdH: "Daar zie je mooie voorbeelden van, bijvoorbeeld een vader die met z'n zoon heuvels op en af gaat en gaat struinen door de velden. Dan is het geen zelfbewust trainen meer, maar leuk voor allebei. Wat ook heel erg helpt, is dat we in het begeleiden van kinderen, elk kind een individuele afstand, een individuele meting geven. Je racet tegen jezelf en kunt zo zien dat je weer beter bent dan de vorige keer. Tegelijk zit er een

'MET JE OUDERS STRUINEN DOOR DE VELDEN'

meerwaarde in dit als groep te doen: ze zien elkaar, ervaren dat ze niet de enige zijn. En op de tribune zie je de ouders elkaar ook opzoeken en uitwisselen. Het is een veel groter effect dan trainen alleen. We horen dat kinderen beter slapen, meer aankunnen, beter in hun vel zitten."

En dan is de vraag of kinderen het ook aan hun andere klasgenoten uitgelegd krijgen.

MS: "Ik zit in de Landelijke Stuurgroep DCD, waarin we ernaar streven een zo uniform mogelijk beleid te scheppen binnen ergotherapie, fysiotherapie en revalidatie. In die stuurgroep zit ook Annelies de Hoop, een consulent Passend Onderwijs, die een ervaringscircuit heeft ontwikkeld. Met een kind met DCD, die een spreekbeurt wilde houden, heeft ze oefeningen bedacht om aan anderen duidelijk te maken wat het betekent om DCD te hebben: dan mag je gaan tafeltennissen met een batje met een gat erin; lopen met benen die met elastiek aan elkaar zitten en dan proberen om een bal weg te schoppen. Na zo'n ervaring is er meteen meer begrip."



Marina Schoemaker



Frouwien van der Hoek