

Sport en bewegen

voor kinderen met een motorische achterstand





Inhoud

1. Inleiding	3
2. Wat is een motorische achterstand?	4
Developmental coordination disorder	
3. Sporten en bewegen met een motorische achterstand	5
Beweeggedrag van kinderen met DCD	
Oorzaken van verminderde deelname aan sport- en beweegactiviteiten	
4. De rol en verantwoordelijkheid van betrokken professionals	7
De vakleerkracht bewegingsonderwijs	
De buurtsportcoach	
De sporttrainer	
De zorgprofessional	
Samenwerken	
5. Signaleren van motorische achterstanden en doorverwijzen	9
6. Begeleiden van kinderen met een motorische achterstand	10
Gymles of sporttraining	
Differentiëren	
Motiveren	
Organiseren	
Extra ondersteuning op school	
Behandeling door kinderfysiotherapeut	
7. Stimuleren van sport en bewegen in de vrije tijd	14
In gesprek met kind en ouders	
Geschikte sport- en beweegactiviteiten	
8. Referenties	16



1. Inleiding

Sporten en bewegen is van groot belang voor de gezondheid en ontwikkeling van kinderen, maar deelnemen aan sport- en beweegactiviteiten is niet voor alle kinderen even makkelijk. Dit geldt bijvoorbeeld voor kinderen die een achterstand hebben in de ontwikkeling van motorische vaardigheden.

De motorische ontwikkeling van een kind begint vanaf de geboorte. Denk bijvoorbeeld aan het trappelen van de benen in rugligging, het omrollen van de buik naar de rug en het grijpen van voorwerpen. Vervolgens gaat een kind tijgeren en kruipen en leren ze lopen. Ook kan een kind steeds beter voorwerpen vastpakken en gebruiken, zoals uit een beker drinken. Naarmate ze ouder worden, wordt een kind door veel en gevarieerd te bewegen en te spelen motorisch steeds vaardiger. Denk aan rennen, springen, gooien en vangen. Goed ontwikkelde motorische vaardigheden zijn vervolgens weer belangrijk voor deelname aan sport- en beweegactiviteiten¹.

Een grote groep kinderen maakt zich deze vaardigheden als vanzelf eigen door te spelen en bewegen. Er is echter ook een groep kinderen voor wie het ontwikkelen van motorische vaardigheden niet vanzelfsprekend is. Dit geldt bijvoorbeeld voor kinderen met een motorische achterstand. Kinderen met een motorische achterstand komen obstakels tegen in allerlei situaties; tijdens de gymles op school, bij de sportvereniging en bij het buitenspelen in de buurt. In deze situaties zijn zij over het algemeen minder actief dan leeftijdsgenoten². Dit komt bijvoorbeeld doordat kinderen spellen die ze moeilijk vinden gaan vermijden of steeds als eerste af zijn en vervolgens langs de kant staan. Hierdoor wordt de motorische achterstand ten opzichte van leeftijdsgenoten die wel meedoen steeds groter. Het is daarom belangrijk om kinderen met een motorische achterstand op de juiste manier te begeleiden om ook deze kinderen met plezier en zelfvertrouwen te laten sporten en bewegen.

Deze whitepaper biedt kennis en handvatten over hoe je als professional de kwaliteit van bewegen, het plezier en het zelfvertrouwen van kinderen met een motorische achterstand kan vergroten. Deze whitepaper is met name gericht op professionals die rechtstreeks contact hebben met kinderen en ouders, waaronder vakleerkrachten bewegingsonderwijs, buurtsportcoaches, sporttrainers, kinderfysiotherapeuten, kinderoefentherapeuten, kinderergotherapeuten, jeugdartsen en groepsleerkrachten.

Veel van de (praktische) informatie in deze whitepaper heeft betrekking op alle kinderen met een motorische achterstand, onafhankelijk van de oorzaak van de achterstand. We hebben ervoor gekozen om alleen de meest voorkomende oorzaak van een motorische achterstand uit te lichten, namelijk developmental coordination disorder (DCD). De wetenschappelijke literatuur in deze whitepaper gaat dan ook over kinderen met DCD, maar we verwachten dat deze bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek voor meer kinderen met een motorische achterstand relevant zijn.





2. Wat is een motorische achterstand?

Er is sprake van een motorische achterstand als een kind zich qua motoriek langzaam of afwijkend ontwikkelt en hierdoor wordt belemmerd in dagelijkse activiteiten en participatie in sport- en spelactiviteiten. In dit hoofdstuk gaan we in op de meest voorkomende motorische ontwikkelingsstoornis, **developmental coordination disorder (DCD)**.

Een motorische achterstand kan verschillende oorzaken hebben, waaronder een motorische stoornis, cerebrale parese, spierziekten, niet-aangeboren hersenletsel, ontwikkelingsstoornissen zoals ADHD en autisme, en overgewicht. Ook kunnen kinderen een motorische achterstand hebben doordat ze te weinig of te eenzijdig bewegen.

De meest voorkomende, maar tegelijk relatief onbekende, motorische ontwikkelingsstoornis **developmental coordination disorder (DCD)** lichten we hieronder toe.

Developmental coordination disorder

De meest voorkomende motorische ontwikkelingsstoornis is **developmental coordination disorder (DCD)**. De schatting is dat DCD voorkomt bij ongeveer 5 tot 6 procent van de schoolgaande kinderen^{3,4}. Dit betekent dat gemiddeld één op de 20 kinderen DCD heeft. DCD komt vaker voor bij jongens dan bij meisjes.

Kinderen met DCD hebben moeite met het coördineren van bewegingen waardoor ze dagelijkse taken minder goed kunnen uitvoeren dan leeftijdsgenoten. Ook het leren van nieuwe motorische vaardigheden duurt vaak langer dan bij leeftijdsgenoten. Het kan dan gaan om zowel grofmotorische vaardigheden (zoals fietsen, zwemmen en rennen) als om fijnmotorische vaardigheden (zoals schrijven, knutselen en veters strikken).

DCD wordt officieel vastgesteld aan de hand van de volgende criteria van de DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders):

- ➔ Het verwerven en uitvoeren van gecoördineerde motorische vaardigheden verloopt aanzienlijk onder het niveau dat verwacht mag worden gezien de leeftijd van het kind en de mogelijkheden om de vaardigheden te leren en gebruiken.
- ➔ De motorische moeilijkheden hebben duidelijk invloed op het dagelijks leven en belemmeren kinderen thuis, op school en tijdens sport en spel.
- ➔ De symptomen zijn er al op jonge leeftijd.
- ➔ De motorische problemen kunnen niet beter verklaard worden door een andere oorzaak, zoals een verstandelijke beperking, problemen met het zien of een neurologische aandoening.

Naast motorische problemen hebben kinderen met DCD vaak ook verminderde executieve functies⁵. Executieve functies zijn vaardigheden om het eigen gedrag te kunnen sturen, zoals:

- Het vermogen om na te denken voor je iets doet (inhibitie);
- Het vermogen om gedrag of gedachten aan te passen (cognitieve flexibiliteit);
- Het vermogen om informatie tijdelijk op te slaan en te manipuleren (werkgeheugen) en
- Het vermogen om een plan te bedenken om een taak te voltooien (plannen).

DCD komt regelmatig voor in combinatie met andere ontwikkelingsstoornissen zoals ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), autisme en dyslexie. Het duurt vaak lang voordat kinderen met DCD de juiste diagnose krijgen. Uit onderzoek onder moeders van kinderen met DCD in Nederland blijkt dat het gemiddeld 2 jaar en 9,5 maanden duurt vanaf het eerste moment dat er contact werd gezocht met een zorgprofessional totdat het kind de DCD diagnose kreeg. Daarnaast gaf 45% van de moeders aan dat zij in dit traject vier of meer zorgprofessionals hebben gezien⁶.



3. Sporten en bewegen met een motorische achterstand

Kinderen met een motorische achterstand zijn vaak minder fysiek actief dan leeftijdsgenoten. In dit hoofdstuk is een beknopt overzicht te vinden van wat er bekend is over het beweeggedrag van kinderen met een motorische achterstand. De wetenschappelijke literatuur in dit hoofdstuk gaat over kinderen met DCD, maar de conclusies in dit hoofdstuk zullen van toepassing zijn op een bredere groep kinderen met een motorische achterstand.

Beweeggedrag van kinderen met DCD

Kinderen met DCD kunnen door verminderde motorische vaardigheden minder goed deelnemen aan sport- en beweegactiviteiten dan leeftijdsgenoten. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat kinderen met DCD minder vaak meedoen met teamsporten⁷. Tijdens de gymles vertonen kinderen met DCD vaker vluchtgedrag (zoals vaker naar het toilet gaan) waardoor ze minder tijd bezig zijn met de taak⁸. Daarnaast zijn kinderen met DCD vaak minder actief als het gaat om niet-georganiseerde sport- en beweegactiviteiten⁹. Op het schoolplein brengen ze bijvoorbeeld meer tijd alleen door en kijken ze vaker toe als er spellen worden gespeeld dan leeftijdsgenoten¹⁰.

Kinderen met DCD lopen risico om terecht te komen in een negatieve spiraal van meedoen: minder vaardige kinderen doen minder mee aan beweegactiviteiten en hebben daardoor minder mogelijkheden om hun vaardigheden te verbeteren¹¹.

De beperkte deelname aan sport- en beweegactiviteiten heeft gevolgen voor de gezondheid van kinderen met DCD. Kinderen met DCD voldoen minder vaak aan de **beweegrichtlijnen** dan leeftijdsgenoten zonder motorische problemen^{12,13}. Ook is meermaals aangetoond dat kinderen met DCD minder sterk en fit zijn dan leeftijdsgenoten en vaker overgewicht hebben¹⁴.

Naast dat motorische moeilijkheden effect hebben op de deelname aan sport- en beweegactiviteiten, ontstaan er ook regelmatig secundaire problemen. Kinderen met DCD ervaren vaker problemen op sociaal emotioneel gebied dan kinderen zonder motorische problemen. Het gaat daarbij onder andere om sociale isolatie, psychische problemen zoals angst en depressie en gedragsproblemen (kinderen reageren bijvoorbeeld boos uit frustratie of vertonen clownesk gedrag)^{15,16,17}.





Oorzaken van verminderde deelname aan sport- en beweegactiviteiten

Het is logisch dat verminderde motorische vaardigheden negatieve consequenties hebben voor deelname aan sport- en beweegactiviteiten. Maar dat is niet het volledige beeld, de verminderde deelname aan deze activiteiten heeft meer oorzaken.

Kinderen met DCD hebben vaak een lager motorisch zelfbeeld en geloven minder in hun eigen kunnen dan leeftijdsgenoten¹⁸. Daarnaast zijn kinderen met DCD vaak minder gemotiveerd om deel te nemen aan sport- en beweegactiviteiten. Ze vinden activiteiten minder leuk, minder belangrijk en hebben minder de overtuiging dat ze kunnen deelnemen aan activiteiten dan leeftijdsgenoten zonder motorische problemen¹⁹. In een onderzoek waarbij kinderen met DCD werden geïnterviewd gaven zij bijvoorbeeld aan dat ze tijdens een gymles vaak de gedachte hebben 'ik kan dit niet'²⁰. Dit maakt dat kinderen minder geneigd zijn om mee te doen en sport- en beweegactiviteiten gaan vermijden om faalervaringen te voorkomen⁷.

De sociale omgeving van kinderen speelt een rol bij het opdoen van faalervaringen. Kinderen met DCD hebben regelmatig te maken met vervelende opmerkingen van leeftijdsgenoten en in sommige gevallen ook volwassenen²⁰. De moeilijkheden die kinderen met DCD ervaren worden niet altijd erkend door de omgeving. Anderen begrijpen bijvoorbeeld niet waarom de uitvoering van allerlei taken traag verloopt waardoor kinderen regelmatig worden bestempeld als lui, slordig, ongemotiveerd of koppig.

Kinderen krijgen opmerkingen zoals "schiet nou eens op!" of "doe eens wat beter je best!". Ook worden de problemen met de motorische vaardigheden vaak gezien als 'licht' waardoor er minder aandacht is voor de moeilijkheden en behoeften van kinderen met DCD dan voor kinderen met zichtbare beperkingen.





4. De rol en verantwoordelijkheid van betrokken professionals

Er zijn verschillende professionals betrokken bij kinderen met een motorische achterstand, waaronder de vakleerkracht bewegingsonderwijs, de buurtsportcoach, de sporttrainer en de kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut of kinderergotherapeut. In dit hoofdstuk geven we een kort overzicht van hun rol binnen het signaleren, doorverwijzen, begeleiden en behandelen van kinderen met een motorische achterstand. In de volgende hoofdstukken geven we meer concrete tips over de manier waarop professionals dit kunnen doen.

De vakleerkracht bewegingsonderwijs

Voor veel kinderen zijn de lessen bewegingsonderwijs de belangrijkste plek om te werken aan hun motorische vaardigheden en fitheid. Dit geldt in het bijzonder voor kinderen met een motorische achterstand omdat zij de neiging hebben andere beweegactiviteiten te vermijden. De vakleerkracht bewegingsonderwijs draagt daarmee bij aan de motorische ontwikkeling en de totale fysieke activiteit van deze kinderen. Daarnaast heeft de vakleerkracht bewegingsonderwijs een rol in het signaleren van motorische achterstanden en het eventueel doorverwijzen van kinderen naar een jeugdarts of kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut of kinderergotherapeut. Tot slot kan de vakleerkracht bewegingsonderwijs kinderen en ouders helpen bij het vinden van geschikte sport- en beweegactiviteiten in de vrije tijd.

De buurtsportcoach

Vrijwel alle gemeenten hebben buurtsportcoaches. De buurtsportcoach stimuleert sport en bewegen en verbindt de sport- en beweegsector met andere sectoren. Op 57% van de basisscholen in Nederland zijn één of meerdere buurtsportcoaches actief. Buurtsportcoaches organiseren en begeleiden vaak sport- en beweegactiviteiten buiten schooltijd²¹. Daarnaast zijn buurtsportcoaches goed op de hoogte van het sport- en beweegaanbod in de gemeente en kunnen daarom helpen bij het vinden van geschikt aanbod in de buurt.

De sporttrainer

De georganiseerde sport heeft een groot aandeel in de mate waarin kinderen structureel sporten en bewegen in hun vrije tijd. Van de kinderen in de leeftijd van 6 tot en met 11 jaar is 69% lid van een sportvereniging²². Hier draagt de sporttrainer bij aan de motorische ontwikkeling en het met plezier sporten en bewegen van kinderen. Bij veel lokale sportverenigingen verzorgen sporttrainers hun trainingen op vrijwillige basis²³. Zij geven deze trainingen vanuit hun eigen ervaringen of hebben korte scholingen gevolgd en beschikken daardoor vaak over minder pedagogische en didactische vaardigheden dan de hiervoor genoemde professionals.





De zorgprofessional

Tot slot hebben professionals in de zorg een belangrijk aandeel bij het ondersteunen van kinderen met een motorische achterstand. Een huisarts of jeugdarts kan een kind doorverwijzen naar een kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut of kinderergotherapeut.

Een kinderfysiotherapeut behandelt kinderen met een motorische achterstand op basis van een hulpvraag met als doel om de participatie in sport- en beweegactiviteiten te verbeteren. Ook een kinderoefentherapeut behandelt kinderen met motorische problemen die invloed hebben op het dagelijks functioneren. Tot slot richt een kinderergotherapeut zich met name op het behandelen van vragen over zelfverzorging, school en spel. De therapeut speelt in op de belemmeringen die kinderen en ouders ervaren.

Samenwerking

Het is belangrijk dat de verschillende professionals, waaronder vakleerkrachten bewegingsonderwijs, buurtsportcoaches, sporttrainers, kinderfysiotherapeuten, kinderoefentherapeuten en kinderergotherapeuten contact hebben met elkaar en onderling samenwerken. Gezamenlijk kunnen ze beter inspelen op de context en op de belemmeringen die de kinderen ervaren. Een kinderfysiotherapeut kan bijvoorbeeld de vakleerkracht bewegingsonderwijs of sporttrainer ondersteunen met ideeën om een les aan te passen aan een kind. De vakleerkracht bewegingsonderwijs, buurtsportcoach en de kinderfysiotherapeut kunnen contact opnemen met een plaatselijke sportvereniging met geschikt aanbod. Op die manier kunnen zij de drempel verlagen voor kinderen en ouders en sporttrainers voorzien van tips en handvatten om kinderen met een motorische achterstand te betrekken tijdens trainingen. Het is de gedeelde verantwoordelijkheid van bovenstaande professionals om ervoor te zorgen dat kinderen met een motorische achterstand kunnen meedoen met sport en bewegen in verschillende contexten.





5. Signaleren van motorische achterstanden en doorverwijzen

Tijdige signalering van motorische achterstanden is belangrijk om kinderen passende hulp en ondersteuning te kunnen bieden. Vakleerkrachten bewegingsonderwijs en buurtsportcoaches die op scholen sportaanbod verzorgen hebben een belangrijke signalerende rol als het gaat om motorische achterstanden omdat zij veel kinderen zien in een bewegingomgeving. Indien nodig kunnen zij kinderen doorverwijzen naar geschikt beweegaanbod of ouders adviseren contact op te nemen met een jeugdarts of kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut of kinderergotherapeut. Ook sporttrainers kunnen deze rol vervullen wanneer zij zien dat een kind niet goed meekomt. In dit hoofdstuk gaan we in op de manier waarop professionals inzicht kunnen krijgen in de motorische ontwikkeling van kinderen

Niet bij alle kinderen is een motorische achterstand direct goed zichtbaar. Om inzicht te krijgen in de motorische ontwikkeling van kinderen is het daarom goed om een motorische test en/of een leerlingvolgsysteem te gebruiken. Op dit moment wordt dit al ingezet op meer dan de helft van de scholen in Nederland om het niveau van kinderen te bepalen en/of om hun vorderingen bij te houden²⁴.

Voor scholen zijn de twee belangrijkste doelen van het gebruik van motorische meetinstrumenten:

- Screenen: Een motorische test afnemen om het motorisch vaardigheidsniveau vast te stellen en kinderen met een motorische achterstand te identificeren.
- Monitoren: Het meermaals afnemen van een motorische test om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van motorische vaardigheden.

Meetinstrumenten

Het Mulier Instituut heeft een **overzicht** gemaakt van de meest gebruikte meetinstrumenten en een **handreiking** die scholen helpt om een passend meetinstrument te kiezen. Ook is er een **keuzewijzer** ontwikkeld door de Koninklijke Vereniging voor Lichamelijke Opvoeding (KVLO) en andere experts om te bepalen welk motorisch meetinstrument het meest geschikt is afhankelijk van de doelen waarvoor het instrument wordt ingezet.

Indien een school besluit motorische testen in te zetten moet ook nagedacht worden over hoe er met de resultaten wordt omgegaan. Op basis van de score van een motorische test en de observaties van de vakleerkracht, kan worden vastgesteld welke kinderen extra aandacht of ondersteuning nodig hebben voor de motorische ontwikkeling. Daarnaast krijgt een vakleerkracht bewegingsonderwijs door een leerlingvolgsysteem inzicht in waar kinderen staan in hun leerproces. Op basis daarvan kan de juiste leerhulp aangeboden worden.

Voorbeeld

Een goed voorbeeld van hoe dit eruit kan zien is de **Ondersteuningsroute Bewegen en Motoriek** in Amsterdam.

Bij alle kinderen in groep 3 wordt een motorische test afgenomen om de motorische vaardigheden van kinderen in kaart te brengen. Als er een motorische achterstand gesignaleerd wordt, wordt er op basis van de score en de observaties van de vakleerkracht passende ondersteuning en zorg aangeboden, afhankelijk van de ernst van de achterstand. De vakleerkracht bewegingsonderwijs, groepsleerkracht en eventueel de intern begeleider bespreken de score en nemen contact op met ouders. Bij een matige motorische achterstand adviseren zij over extra beweegaanbod voor kinderen die minder goed meekomen. Daarnaast kijken zij samen met ouders of er kansen liggen om lid te worden van een sportclub of om op andere manieren te bewegen. Bij een ernstige motorische achterstand adviseren zij ouders om contact op te nemen met een jeugdarts voor een motorisch onderzoek. Indien nodig, kan de jeugdarts doorverwijzen naar bijvoorbeeld een kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut, kinderergotherapeut of neuroloog. Ouders kunnen ook zelf direct contact opnemen met een kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut of kinderergotherapeut.



6. Begeleiden van kinderen met een motorische achterstand

Het doorbreken van de vicieuze cirkel van een oplopende motorische achterstand, een laag motorisch zelfbeeld, gebrek aan motivatie en plezier, en verminderde deelname aan sport- en beweegactiviteiten, vraagt om een andere manier van begeleiding en stimulering. Passende begeleiding en ondersteuning is dan ook essentieel om kinderen met een motorische achterstand op een goede manier te laten deelnemen aan sport- en beweegactiviteiten. In dit hoofdstuk gaan we in op drie vormen van begeleiding: tijdens de gymles of sporttraining, in de vorm van extra ondersteuning op school of door middel van een behandeling door een kinderfysiotherapeut.

Gymles of sporttraining

Tijdens een reguliere gymles of sporttraining kunnen kinderen met een motorische achterstand op verschillende manieren ondersteund worden. Hieronder staan verschillende tips om als vakleerkracht bewegingsonderwijs, buurtsportcoach of sporttrainer, kinderen met een motorische achterstand te ondersteunen.

Differentiëren

Bij differentiëren gaat het om de manier waarop een les of training wordt aangepast aan de individuele verschillen tussen kinderen.

Tips:

- Deel groepen en/of teams in op basis van niveau. In teams met grote niveauverschillen zullen kinderen met een motorische achterstand (en de wat minder goede spelers in het algemeen) minder ruimte krijgen. Met meer gelijkwaardige teamgenoten krijgen kinderen meer mogelijkheden om mee te doen. Doe oefeningen daarom vaker in meerdere kleine groepjes waarbij de groepjes worden samengesteld op basis van niveau (zonder onderlinge competitie tussen groepjes).
- Pas een taak aan of laat kinderen de taak op een andere manier voltooien als de taak te moeilijk is voor een kind. Denk aan het aanpassen van spelregels of het doel van een activiteit, bijvoorbeeld een koprol op de mat in plaats van aan de rekstok. Kinderen kunnen dan alsnog deelnemen en succes ervaren.
- Pas de omgeving aan. Als er specifieke situaties zijn waarin een kind moeilijkheden ervaart, bijvoorbeeld door afleiding van andere kinderen, probeer daar dan rekening mee te houden en verdeel de kinderen op een andere manier over de zaal of het sportveld.
- Varieer in het gebruik van instructies en leerstrategieën. Ieder kind leert op een andere manier. Tijdens de gymles of sporttraining worden meestal expliciete leermethoden gebruikt waarbij kinderen veel informatie krijgen over hoe zij een beweging moeten uitvoeren. Bij impliciet leren gaat het meer om het leren door te doen. Kinderen met een motorische achterstand zijn vaak gebaat bij impliciete instructies. In het leerboek **Plezier in bewegen voor ieder kind** zijn allerlei verschillende lessen uitgewerkt waarbij steeds aandacht wordt besteed aan verschillende impliciete leermethoden. Er zijn drie lessen digitaal beschikbaar: **zwaaiend verplaatsen**, **knots croquet** en **glijden over een bank**. Ook zijn er digitale leskaarten beschikbaar voor **in het zwembad**.



Motiveren

Het is belangrijk dat kinderen intrinsiek gemotiveerd zijn om deel te nemen aan sport- en beweegactiviteiten en om zich motorisch te ontwikkelen. Wanneer kinderen intrinsiek gemotiveerd zijn dan doen zij iets omdat ze dit zelf graag willen. Volgens de zelfdeterminatietheorie zijn er drie voorwaarden waaraan voldaan moet worden om ergens intrinsiek gemotiveerd voor te zijn, namelijk **autonomie**, **verbondenheid** en **competentie**²⁵.

Het gevoel van **autonomie** wordt bepaald door de mate waarin kinderen zelf mogen meebeslissen. Hoe meer keuzevrijheid er is om te bepalen wat je gaat doen, met wie je dat gaat doen, hoe je dat gaat doen en wanneer je dat gaat doen, hoe groter het gevoel van autonomie. Hierbij moet er een goede balans zijn tussen de mate van vrijheid die kinderen krijgen en de structuur die wordt geboden²⁶.

Tips:

- Laat kinderen meebeslissen over welke sport ze willen uitproberen en wat ze willen leren. Kinderen mogen bijvoorbeeld zelf drie van de vijf spellen kiezen die ze gaan doen.
- Laat kinderen meebeslissen over de moeilijkheidsgraad waarop ze een oefening uitvoeren. Geef instructies hoe een oefening op drie verschillende niveaus uitgevoerd kan worden en laat kinderen zelf kiezen op welk niveau ze dit willen proberen.

Het gevoel van **verbondenheid** wordt bepaald door de mate waarin kinderen zich betrokken voelen bij een activiteit, een groep of een professional. Het gevoel van verbondenheid is sterker naarmate kinderen het gevoel krijgen dat ze erbij horen. Dit gevoel van erbij horen hangt samen met onderlinge positieve interactie en gemeenschappelijke doelen²⁶.

Tips:

- Maak afspraken samen met kinderen over hoe zij tijdens de gymles, de sporttraining of het buitenspelen met elkaar omgaan. Deze afspraken moeten bijdragen aan samen op een plezierige manier met elkaar sporten en bewegen. Bepaal de afspraken aan het begin van het schooljaar of het seizoen en zet ze samen op papier.
- Toon belangstelling naar kinderen toe. Vraag bijvoorbeeld naar hun belevenissen en ervaringen en complimenteer positief gedrag.
- Laat plezier in bewegen centraal staan in plaats van prestatie en competitie. Doe bijvoorbeeld activiteiten waarbij kinderen een gezamenlijk doel hebben zoals het afleggen van een hindernisbaan waarbij zij elkaar moeten helpen.

Het gevoel van **competentie** wordt bepaald door de mate waarin kinderen het gevoel hebben dat zij iets kunnen. Kinderen met een motorische achterstand hebben vaak een negatief motorisch zelfbeeld en meer tijd en oefening nodig om iets te kunnen. Daardoor hebben zij extra de behoefte om het gevoel te hebben dat ze wel iets kunnen. Het is belangrijk dat kinderen succeservaringen opdoen en deze successen ook aan zichzelf toeschrijven²⁶.

Tips:

- Zorg ervoor dat ieder kind zich veilig voelt en voorkom zoveel mogelijk dat kinderen met een motorische achterstand een faalervaring opdoen. Laat kinderen bijvoorbeeld niet zelf teams kiezen en laat kinderen met een motorische achterstand geen taken uitvoeren waarvan de verwachting is dat ze fout aflopen.
- Zorg ervoor dat kinderen succes ervaren in de uitvoering van taken. Deel taken bijvoorbeeld op in kleine stapjes en focus op individuele vooruitgang van een kind. Benoem het wanneer kinderen een succes hebben behaald en benadruk daarbij de bijdrage die kinderen hier zelf aan hebben gehad. Dit zal ervoor zorgen dat kinderen met een motorische achterstand meer gemotiveerd blijven en hun zelfvertrouwen vergroten.



Organiseren

Tips:

- Let ook op kinderen met een motorische achterstand voor en na de gymles of sporttraining. Aan- en uitkleden, veters strikken, ritsen en knopen kunnen allemaal voor moeilijkheden zorgen. Geef een kind voldoende tijd en help waar nodig.
- Wees bewust van de mogelijkheid om hulp te vragen om kinderen op de juiste manier te begeleiden. Dit kan bijvoorbeeld bij een (collega) vakleerkracht bewegingsonderwijs of MRT-docent. Bij kinderen waarvan bekend is dat zij onder behandeling zijn van een kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut of kinderergotherapeut, kan diegene ook om advies gevraagd worden.

Extra ondersteuning op school

Naast extra aandacht tijdens reguliere gymlessen en sporttrainingen, kunnen kinderen met een motorische achterstand baat hebben bij extra ondersteuning bij het aanleren van motorische vaardigheden. Dit wordt regelmatig via school aangeboden. Uit recente gegevens blijkt dat 44% van de basisscholen in Nederland extra ondersteuning biedt voor kinderen met een motorische achterstand²⁴. Deze ondersteuning bestaat voornamelijk uit motorische remedial teaching (MRT). Het doel van MRT is om de achterstanden in de motorische ontwikkeling te verkleinen door extra hulp en aandacht op maat te bieden tijdens verschillende sport- en beweegactiviteiten.

De kinderen volgen vaak wekelijks lessen, gedurende een aantal maanden. Hierdoor kan een kind beter en met meer plezier deelnemen aan het reguliere bewegingsaanbod op school en buiten school.

Naast MRT, wordt er op sommige scholen ondersteuning geboden door extra gymlessen of steunlessen voor kinderen met een motorische achterstand. Bij het organiseren van deze lessen kan er gebruikgemaakt worden van bestaande aanpakken die zich al hebben bewezen. Een overzicht van deze erkende sport- en beweeginterventies is te vinden in de [database](#).

Voorbeeld

Een erkende interventie specifiek gericht op kinderen met een motorische achterstand is **Sportbouwer**. Sportbouwer bestaat uit 12 lessen waarin kinderen werken aan zelfgekozen sportvaardigheden. Elke sportvaardigheid is opgedeeld in acht of twaalf stappen, waarbij voor iedere stap een voorbeeldfilmje beschikbaar is. Kinderen starten op hun eigen niveau en zodra zij een stap beheersen, volgt de volgende stap. Door de stapsgewijze aanpak doen kinderen steeds succeservaringen op en blijven zij gemotiveerd. Kinderen worden actief betrokken bij het leerproces door zelf sportvaardigheden te kiezen, leerdoelen te stellen, een plan te maken en het leerproces te monitoren.



Behandeling door kinderfysiotherapeut

Extra ondersteuning door middel van MRT lessen of extra gymlessen is niet altijd genoeg. In dat geval is behandeling door een kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut of kinderergotherapeut nodig. We focussen hieronder op de rol van de kinderfysiotherapeut, omdat die zich specifiek richt op sport en bewegen, maar deze informatie kan ook gelden voor kinderoefentherapeuten of kinderergotherapeuten.

Een kinderfysiotherapeut stelt behandeldoelen vast op basis van hulpvragen van kinderen en ouders. De behandeling wordt op maat gemaakt voor ieder kind en is gericht op het verbeteren van vaardigheden waar een kind moeite mee heeft en de mogelijke oorzaken daarvan.

Voor kinderen met een motorische achterstand is een taak- en participatiegerichte behandeling het meest effectief⁴. De behandeling moet gericht zijn op het aanleren van specifieke taken en handelingsstrategieën. Daarbij is het ook belangrijk om een taak zoveel als mogelijk in de juiste context te oefenen. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het oefenen van fietsen in het verkeer in plaats van in een lege gymzaal.

Wees creatief in het gebruik van de omgeving van de behandellocatie. Voor kinderfysiotherapeuten die werken op scholen zijn er vaak veel mogelijkheden om context specifiek te oefenen, denk bijvoorbeeld aan het voetballen op het schoolplein in de pauze.

Hoewel het belangrijk is dat een kinderfysiotherapeut zich richt op het verbeteren van de motorische vaardigheden van een kind, is dat alleen niet genoeg. Het doel is om een kind te laten participeren in sport- en beweegactiviteiten en dat vraagt om een breder beeld dan alleen het motorisch functioneren van een kind. Ook bijvoorbeeld het zelfvertrouwen van een kind, de motivatie van een kind, de steun van ouders en financiële mogelijkheden spelen hierin een rol. In dit [position paper van de NVFK](#) wordt aan de hand van verschillende portretten geïllustreerd hoe de rol van de kinderfysiotherapeut er uit kan zien in verschillende contexten waarin de samenwerking met andere professionals wordt meegenomen.

Voorbeelden interventies

Binnen de eerstelijns of tweedelijns zorg zijn er verschillende voorbeelden van interventies gericht op het verbeteren van motorische vaardigheden en fitheid:

- **Fitkids**: een beweegprogramma voor kinderen met een chronische ziekte of beperking in de leeftijd van 6-18 jaar. Kinderen trainen onder begeleiding van een kinderfysiotherapeut. Het doel van Fitkids is het verbeteren van de fysieke fitheid van kinderen en het structureel inbedden van sportparticipatie in de vrijetijdsbesteding van deze kinderen.
- Lokale kinderfysiotherapiepraktijken bieden regelmatig groepsprogramma's aan. Een voorbeeld hiervan is de **Kanjerclub** bij Dink kinderfysio in Beuningen.
- Bij revalidatieklinieken binnen de tweedelijnszorg worden ook groepsprogramma's georganiseerd. Voorbeelden zijn de **Vlog4succes** week bij de Sint Maartenskliniek in Nijmegen of de **Mega Power Groep** bij Reade in Amsterdam.



7. Stimuleren van sport en bewegen in de vrije tijd

De vakleerkracht bewegingsonderwijs, buurtsportcoach, kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut of kindergoedtherapeut hebben een belangrijke rol in de ondersteuning bij het zoeken van geschikte sport- en beweegactiviteiten voor kinderen in hun vrije tijd. In dit hoofdstuk gaan we in op de manier waarop professionals kinderen en ouders hierin kunnen begeleiden.

In gesprek met kind en ouders

Het is belangrijk om in gesprek te gaan met het kind en de ouders. Er kan dan uitgevraagd worden wat een kind op dit moment doet en wat een kind graag anders zou willen. Samen kan bijvoorbeeld worden gekeken welke sport een kind leuk vindt en past bij het kind. Maar ook andere activiteiten om meer te bewegen in het dagelijks leven zijn hierbij belangrijk. Denk bijvoorbeeld aan naar school fietsen, wandelen met de hond en buitenspelen. Ouders realiseren zich niet altijd dat zij een grote rol spelen in hoe fysiek actief hun kind is. Ze hebben meestal veel invloed op of kinderen bij een sportvereniging zitten, hoe zij naar school gaan en hoe veel zij buitenspelen. Aan professionals de taak om hen te voorzien van de juiste kennis over het belang van sporten en bewegen. Ook is het belangrijk om te bespreken welke barrières kinderen en ouders ervaren ten aanzien van sport en bewegen om die zo veel als mogelijk weg te nemen.

Producten die daarbij kunnen helpen:



Argumentenkaartjes

De **Argumentenkaartjes** helpen om met ouders in gesprek te gaan over het belang van sport en bewegen. Op de kaartjes staan allerlei onderwerpen zoals gezondheid, zelfvertrouwen, vrienden maken en plezier hebben. Vraag de ouder welke onderwerpen hij of zij het belangrijkste vindt voor het kind. Vervolgens kan worden uitgelegd op welke manier sport en bewegen bijdraagt aan deze onderwerpen.



Bewegecirkel

De **Bewegecirkel** is een gesprekstool om in vijf stappen inzicht te krijgen in het huidige beweeggedrag van een kind en om samen plannen te maken om meer te bewegen en dit vol te houden. Aan de hand van invuloefeningen wordt besproken wat een kind al doet op een dag, wat een kind leuk lijkt, welke activiteiten goed zouden passen en hoe omgegaan kan worden met valkuilen.



Wat beweegt jou?!

Hogeschool Utrecht heeft binnen het project 'Wat beweegt jou?!' een **toolbox** ontwikkeld gevuld met producten die ingezet kunnen worden bij kinderen met beperkingen en hun ouders om kinderen te stimuleren om meer te gaan bewegen.



Geschikte sport- en beweegactiviteiten

De vakleerkracht bewegingsonderwijs, buurtsportcoach, kinderfysiotherapeut, kinderoefentherapeut of kindereergotherapeut kan meedenken met het kind op basis van zijn of haar kennis over wat een kind goed en minder goed kan.

Door een gevarieerd aanbod aan sporten te introduceren tijdens de gymles en bij buitenschoolse activiteiten kunnen kinderen kennismaken met verschillende soorten sporten. Daarnaast kan een sportkeuzetest zoals **SportKompas** kinderen helpen bij het kiezen van een geschikte sport op basis van hun interesses en vaardigheden.

Bij veel revalidatieklinieken in Nederland is er een **sportloket** waar kinderen terecht kunnen die tweedelijnszorg ontvangen. Ook bij het sportloket wordt samen met kinderen en ouders besproken wat ze graag zouden willen doen. Er wordt gekeken naar wat kinderen leuk vinden, wat ze belangrijk vinden binnen een sport en naar het aanbod in de buurt. Kinderen en ouders ontvangen dan een sportadvies met contactgegevens van een sportaanbieder. Na afloop is er nog (telefonisch) contact om te bespreken of het is gelukt en hoe de deelname aan de sport verloopt.

Er kan dan samen gekeken worden naar geschikte activiteiten binnen het reguliere sportaanbod.

De ervaring is bijvoorbeeld dat individuele sporten (zoals judo of klimmen) vaak meer geschikt zijn dan teamsporten omdat kinderen makkelijker op hun eigen niveau kunnen meekomen en succeservaringen kunnen opdoen in de sport. Ook sporten die minder gericht zijn op competitie zijn vaak meer geschikt. Multisport lessen zijn een goed voorbeeld hiervan. Bij multisport lessen maken kinderen kennis met allerlei verschillende sporten waardoor zij allerlei verschillende motorische vaardigheden oefenen. De focus ligt op het ervaren van plezier in de sport in plaats van op de prestaties.

Daarnaast zijn er mogelijkheden om te sporten met wat extra ondersteuning. Op verschillende plekken wordt er bijvoorbeeld een sportles aangeboden genaamd 'Club Extra' waar kinderen met een motorische achterstand kunnen sporten en bewegen in kleine groepen. Het doel is om kinderen met plezier te laten sporten en bewegen en ze na een of twee jaar door te laten stromen naar een reguliere sportvereniging.

Voorbeeld

In Almere is er een **naschools beweegprogramma** waar kinderen op hun eigen niveau kunnen sporten en bewegen. Het Almere Kenniscentrum Talent (AKT) biedt vijf typen lessen aan. Onderdeel hiervan zijn de lessen KidsXtra (groep 3 t/m 8) en SportXtra (7 t/m 12 jaar). KidsXtra is een gymles voor kinderen die beter willen leren bewegen, meer zelfvertrouwen willen krijgen en plezier willen ervaren in bewegen. SportXtra is voor kinderen uit het speciaal onderwijs. Ook hier kunnen kinderen zich verder ontwikkelen in het bewegen. Kinderen die in aanmerking komen voor KidsXtra en SportXtra krijgen een persoonlijke uitnodiging van de vakleerkracht bewegingsonderwijs, groepsleerkracht of kinderfysiotherapeut. Naast deze twee type lessen voor kinderen die wat extra ondersteuning nodig hebben, worden er door het AKT ook vrij toegankelijke lessen op regulier niveau aangeboden (Gym+ en Sport+) en is er een les voor talentvolle bewegers (ASM Academie).

Tot slot is er een aanbod 'aangepast sporten'. Hierbij worden de sport of de omstandigheden zo aangepast dat kinderen met welke beperking dan ook kunnen meedoen. Op de website van **Uniek sporten** is een overzicht te vinden van sporten die worden aangeboden op verschillende locaties. En staan de contactgegevens van de coördinator van de gemeente, die kan helpen een passend aanbod te vinden.



8. Referenties

1. Stodden, D. F., Goodway, J. D., Langendorfer, S. J., Robertson, M. A., Rudisill, M. E., Garcia, C., & Garcia, L. E. (2012). A developmental perspective on the role of motor skill competence in physical activity: An emergent relationship. *Quest*, 60(2), 290-306. <https://doi.org/10.1080/00336297.2008.10483582>
2. Jarus, T., Lourie-Gelberg, Y., Engel-Yeger, B., & Bart, O. (2011). Participation patterns of school-aged children with and without DCD. *Research in Developmental Disabilities*, 32(4), 1323-1331. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.033>
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnosics and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association.
4. Blank, R., Barnett, A. L., Cairney, J., Green, D., Kirby, A., Polatajko, H... Vinçon, S. (2019). International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychosocial aspects of developmental coordination disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 61(3), 242-285. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14132>
5. Bernardi, M., Leonard, H. C., Hill, E. L., Botting, N., & Henry, L. A. (2018). Executive functions in children with developmental coordination disorder: A 2-year follow-up study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60(3), 306-313. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13640>
6. Lust, J. M., Adams, I. L. J., Reinders-Messelink, H. A., Luijckx, J., Schoemaker, M. M., & Steenbergen, B. (2021). The diagnostic trajectory of developmental coordination disorder in the Netherlands: Experiences of mothers. *Child: Care, Health and Development*, 48(1), 139-149. <https://doi.org/10.1111/cch.12914>
7. Cairney, J., Hay, J., Faught, B., Mandigo, J., & Flouris, A. (2005). Developmental coordination disorder, self-efficacy toward physical activity, and play: Does gender matter? *Adapted Physical Activity Quarterly*, 22(1), 67-82. <https://doi.org/10.1123/apaq.22.1.67>
8. Dunn, J. C., & Dunn, J. G. H. (2006). Psychosocial determinants of physical education behavior in children with movement difficulties. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 23(3), 293-309. <https://doi.org/10.1123/apaq.23.3.293>
9. Oudenampsen, C., Holty, L., Stuive, I., Van der Hoek, F., Reinders-Messelink, H., Schoemaker, M., ... Buurke, J. (2013). Relationship between participation in leisure time physical activities and aerobic fitness in children with DCD. *Pediatric Physical Therapy*, 25(4), 422-429. <https://doi.org/10.1097/PEP.0b013e3182a6b6ea>
10. Smyth, M. M., & Anderson, H. I. (2010). Coping with clumsiness in the school playground: Social and physical play in children with coordination impairments. *British Journal of Developmental Psychology*, 18(3), 389-413. <https://doi.org/10.1348/026151000165760>
11. Bouffard, M., Watkinson, E. J., Thompson, L. P., Dunn, J. L. C. & Romanow, S. K. (1996). A test of the activity deficit hypothesis with children with movement difficulties. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 13(1), 61-73. <https://doi.org/10.1123/apaq.13.1.61>
12. Kwan, M. Y. W., King-Dowling, S., Hay, J. A., Faught, B. E., & Cairney, J. (2016). Longitudinal examination of objectively-measured physical activity and sedentary time among children with and without significant movement impairments. *Human Movement Science*, 47, 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2016.03.004>
13. Wright, K. E., Furzer, B. J., Licari, M. K., Thornton, A. L., Dimmock, J. A., Naylor, L. H., ... Jackson, B. (2019). Physiological characteristics, self-perceptions, and parental support of physical activity in children with, or at risk of, developmental coordination disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 84, 66-74. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.05.013>
14. Van der Hoek, F. D., Stuive, I., Reinders-Messelink, H. A., Holty, L., de Blécourt, A. C. E., Maathuis, C.G.B., & van Weert, E. (2012). Health-related physical fitness in Dutch children with developmental coordination disorder. *Journal of Developmental & Behavioural Pediatrics*, 33(8), 649-655. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182653c50>
15. Crane, L., Sumner, E., & Hill, E. L. (2017). Emotional and behavioural problems in children with developmental coordination disorder: Exploring parent and teacher reports. *Research in Developmental Disabilities*, 70, 67-74. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.08.001>
16. Missiuna, C., & Campbell, W. N. (2014). Psychological aspects of developmental coordination disorder. Can we establish causality? *Current Developmental Disorders, Reports*, 1(2), 125-131. <https://doi.org/10.1007/s40474-014-0012-8>
17. Noordstar, J. J., & Volman, M. J. M. (2020). Self-perceptions in children with probable developmental coordination disorder with and without overweight. *Research in Developmental Disabilities*, 99. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103601>
18. Batey, C. A., Missiuna, C. A., Timmons, B. W., Hay, J. A., Fauth, B. E., & Cairney, J. (2014). Self-efficacy toward physical activity and the physical activity behavior of children with and without developmental coordination disorder. *Human Movement Science*, 36, 258-271. <https://doi.org/10.1016/j.humov.2013.10.003>



19. Kwan, M. Y. W., Li, Y.-C., & Cairney, J. (2022). Theory-based correlates of physical activity among children with developmental coordination disorder: A scoping review. *Current Developmental Disorders Reports*, 9, 105-109. <https://doi.org/10.1007/s40474-022-00254-4>
20. Barnett, A. L., Dawes, H., & Wilmut, K. (2012). Constraints and facilitators to participation in physical activity in teenagers with developmental co-ordination disorder: An exploratory interview study. *Child: Care, Health and Development*, 39(3), 393-403. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01376.x>
21. Vrieswijk, S., Bronkhorst, A., & Stam, W. van. (2022). De buurtsportcoach actief op de basisschool: Volgens schoolleiders, gemeenten en buurtsportcoaches. Mulier Instituut.
22. CBS en RIVM (2022). Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor overzicht kernindicatoren sport en bewegen. Geraadpleegd op 9 oktober 2023 via <https://www.sportenbewegenincijfers.nl/kernindicatoren/clublidmaatschap>
23. Lucassen, J. M. H., Van der Roest, J., Brandsema, A., Davids, A., Elling, A., Haar, M., ... Waardenburg, M. (2018). Sportverenigingen in Nederland: Veerkrachtige verbanden voor sport. Brancherapport sport. Mulier Instituut
24. Slot-Heijs, J., Vrieswijk, S., & Lucassen, J. (2021). Bewegingsonderwijs en sport in het primair onderwijs 2021: 2-meting. Mulier Instituut.
25. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum.
26. Mombarg, R., Van den Berg, L., & Van de Geer, F. (2018). *Leerboek plezier in bewegen voor ieder kind*. Stichting Special Heroes Nederland.

Meer informatie en contact

Wil je meer weten over sporten en bewegen
voor kinderen met een motorische achterstand?
Neem dan contact op met onze specialisten.

Hilde Krajenbrink

Specialist
Kenniscentrum Sport & Bewegen
hilde.krajenbrink@kenniscentrumsportenbewegen.nl

Johan Koedijker

Specialist
Kenniscentrum Sport & Bewegen
johan.koedijker@kenniscentrumsportenbewegen.nl

[Meer informatie](#)