

Stap voor stap: hoe CLB's kunnen werken rond psychomotoriek

Caleidoscoop sprak met Christine Vermast (CV), Berthie Jackmaert (BJ), en Lieve Feys (LF)

Christine Vermast is CLB-arts in Vrij CLB Zuidoost Vlaanderen. Berthie Jackmaert is sociaal verpleegkundige en werkt voor de Regionale Ondersteuningscel van de Vrije CLB's in Limburg.

Lieve Feys is halftijds CLB-arts in CLB Kempen en halftijds verantwoordelijke Preventieve Gezondheidszorg op de Vrije CLB-Koepel vzw. Alle drie maakten ze deel uit van een netoverstijgende werkgroep¹ psychomotoriek, die gedurende drie jaar werkte aan het ontwerpen en implementeren van een stappenplan motoriek voor de CLB's.

Gebeten worden

Caleidoscoop: *Julie zijn alle drie echt gepassioneerd door motoriek. Vanwaar die interesse?*

CV: Ooit hoorde ik professor Gillberg, een Zweedse neuroloog en autoriteit op vlak van Developmental Coordination Disorder (DCD), spreken over kinderen met DCD. Die man gaf zo'n eenvoudige boodschap mee. Met welk doel volgen we kinderen en jongeren? Om de "outcome" te verbeteren. Als we iets doen, dat moeten ze daar baat bij hebben. Nu en als ze volwassen zijn. Kinderen moeten geen onnodige frustraties oplopen. Het is wel waar dat je om te leren en om volwassen te worden, je met frustraties moet leren omgaan, maar het leven biedt die zo al genoeg. Kinderen moeten zo weinig mogelijk frustraties hebben van de dingen waar je iets kan aan doen, begrijp je? Dus moeten we die kinderen de gepaste hulp bieden, waar ze het nodig hebben. Ik was zo onder de indruk van die man dat ik dacht: dat is inderdaad het enige dat we moeten doen. Daarom wou ik de werkgroep psychomotoriek mee opstarten. En als ik zie tot waar we gekomen zijn, dan heb ik daar wel een goed gevoel bij.

BJ: Bij mij is de interesse ontstaan in het PMS-tijdperk. Er was een werkgroep psychomotoriek die geleid werd door Agnes Rouffa, een heel gedreven en gepassioneerde dame. Zij liet ons kennismaken met de aspecten van psychomotoriek, maar zij bracht vooral aan: hoe kijk je naar motoriek? Zij organiseerde vormingen die altijd mooi op elkaar aansloten en geleidelijk verdiepten. We zijn begonnen met algemene motoriek, dan ging het over grote en fijne motoriek, vervolgens over grafomotoriek en visueel-motorische vaardigheden. Ze vroeg Mark Litière om ons een intensieve cursus "psychomotoriek" te geven, waar we opdrachten kregen om kleuters te observeren. En reken maar dat we geobserveerd hebben. Zo geraakte ik daar stilaan in. We hebben ook meegewerkt aan het normeren van de GHB, de grafomotorische testbatterij van Valère Vanderheyden (1997), die nu toch gebruikt wordt op heel wat plaatsen. Ik denk dat we toen honderden kleuters geobserveerd

hebben. Want om die testen af te nemen, moet je niet alleen de instructies goed geven, je moet vooral leren kijken: hoe zit een kind, hoe houdt het zijn pen vast...? Nadien hebben we nog meege- werkt aan normering van de Vlaamse schrijfsnelheidstest (VSST, 2003). Dus eigenlijk heb ik die ervaring over jaren opgebouwd.

LF: Mijn interesse is gegroeid vanuit mijn werk op de Koepel. De kiemen voor het project psychomotoriek waren gelegd door Trees Ameloot en Marcella Hom- broux. Marcella is een van de auteurs van het Groeiboek (zie "in de startblokken") en hield zich met ontwikkeling van kleuters op alle vlakken bezig. En dan was er de vraag die Trees en ik van uit onze praktijk als CLB-arts meedroegen: wat doe je met die kinderen? Daar zaten we een stuk mee in de knoei. Ooit waren we binnen de Vlaams Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg een literatuurstudie gestart, maar eigenlijk geraakten we er zo nog niet uit. Trees was degene die zei: "We moeten daar verder rond werken." We zijn over die motoriek dan met een paar mensen, waaronder Berthie en Christine, gaan praten. Gaandeweg ben ik daar inderdaad ook door geïntrigeerd geraakt. In die groep mocht je echt "out of the box" denken, alles was bespreekbaar. En zo zagen we dat er echt heel wat mogelijk was, en konden we iets praktisch maken waarmee we in de hele sector iets op gang konden brengen.

Gefaseerde zorg

Caleidoscoop: *Jullie hebben met de werkgroep een stappenplan (zie box 1) uitgewerkt rond psychomotoriek. Welke stappen nemen CLB'ers als kinderen het op motorisch vlak wat moeilijker hebben?*

BJ: Het verhaal rond motoriek begint in feite elders en vroeger. Het gaat om zorg voor kinderen, je bestrijkt hier heel het zorgcontinuüm. Dat begint met een fase 0, de basiszorg op school voor alle kinde- ren. De eerste stappen worden altijd door de leerkracht en de zorgcoördina- tor gezet. Als er geen vooruitgang wordt geboekt, doet men een beroep op het CLB. Het stappenplan helpt ons dan om op een systematische manier aan handelingsgerichte diagnostiek te doen.

CV: We hebben een stappenplan voor motoriek, maar je moet dat effectief altijd kaderen in de brede zorg. Op het CLB begeleiden we alle kinderen tussen 3 en 18 jaar. Wij hebben vooral oog voor kinderen die op een of andere manier in hun ontwikkeling bedreigd zijn. Motoriek kan daar een facet van zijn, maar staat nooit op zichzelf. We bekijken motoriek altijd in functie van het functioneren van een kind. Een kind dat het motorisch wat moeilijk heeft, daar hoef je echt niet altijd "op te vliegen". Eerst moet je kijken of er een nood is, en als dat zo is gaan we handelingsgericht te werk: dan kijken we wat dit kind in deze klas, in deze thuissituatie precies nodig heeft.

BJ: Hoe komt een signaal of een zorg rond motoriek tot bij ons? In de meeste gevallen komt de aanmelding van de zorgcoördinator na overleg met de kleuterleidster² en krijgen we de vraag op het MDO. Soms bellen ouders zelf. Ouders kunnen hun vraag noteren op de vragenlijst die we meegeven voor het consult, want wij zien de kleutertjes ook in de 1e en de 2e kleuterklas. We kunnen zelf een zorg noteren op het medisch consult. In de meeste gevallen werken we rond motoriek dus vraagge- stuurd, op aanmelding van een zorg door school of ouders.

CV: De overgang van fase 0 naar fasen 1 en 2, dus naar verhoogde zorg of uitbreiding van zorg, is echt een zaak van school én CLB. De verpleegkundige van het CLB (maar het kan vanzelfsprekend ook iemand van een andere discipline zijn), volgt de MDO's op school en vangt daar de bezorgdheden van leerkrachten op. CLB'ers helpen de kleuterjuf en de zorgcoördinator naar de motoriek van een kind kijken en zullen zelf ook gaan observeren. Dat kan in de klas, in de les bewegingsopvoeding, maar ook op het medisch consult. Wij hebben op ons cen- trum medewerkers die extra gevormd zijn om kinderen te observeren en ze voeren gesprekken met de leerkracht. Als er bezorgdheden zijn vanuit de leer- krachten, ouders of eigen observaties, brengen ze dat mee naar het CLB.

BJ: Een kind kunnen opvolgen doorheen de tijd, dat is ook essentieel. Kleuters zijn constant in ontwikkeling, op alle domei- nen, en er is een voortdurende wissel- werking. Ze kunnen op 1 domein ontwik- kelen, op een ander domein even stagneren, en zo verder. Daarom is het zo



moelijk om op bepaalde leeftijden cut-offwaarden te zetten die ondubbelzinnig zeggen of de ontwikkeling goed verloopt en is het onmogelijk om op basis van een momentopname een betrouwbare uitspraak te doen. Je moet

de progressie door de tijd volgen en dat kan je maar als je signalen verzamelt van opvoeders en professionals. Wij gaan op het CLB zelf kijken naar het kind, maar we ondersteunen leerkrachten ook om te kijken.

LF: Dat is eigenlijk wat we willen doen, een stuk opvolgen, met de bedoeling als er problemen zijn vroeg te kunnen stimuleren en remediëren, zonder daarom meteen de grote middelen in te zetten, en vroeg te kunnen verwijzen als

BOX 1 : een stappenplan voor het omgaan met motorische problemen bij kleuters (samenvatting)

FASE 0: INTRODUCTIE

Maak alle betrokkenen duidelijk hoe je tewerk gaat bij een hulpvraag. Zo schep je het juiste klimaat voor je hulpverlening.

FASE 1: INTAKE = info verzamelen

STAP 1 VRAAGVERHELDERING

De HULPVRAAG beluisteren. Wat is de reden van de bezorgdheid/aanmelding? Is er een hulpvraag en is die voor alle betrokkenen dezelfde? Wat zijn de verwachtingen naar jou als hulpverlener?

STAP 2 PROBLEEMANALYSE

Overleg met kind/ouders/school/leerkracht/CLB team

KIJK BREED, uit verschillende invalshoeken, rekening houdend met de context en het verleden van het kind.

1. ANALYSE VAN DE KLACHTEN: wat zie je, wanneer, waar, hoe vaak, hoe lang, wat ging vooraf, wat zijn gevolgen voor het kind?
2. ALGEMEEN FUNCTIONEREN VAN HET KIND: denken, taal, positieve ingesteldheid, socio-emotioneel functioneren, zintuiglijk...
3. VOORGESCHIEDENIS: hoe ontwikkelde het kind en wat is de geschiedenis van dit probleem?
4. INTERACTIE MET DE OMGEVING: wat zien de school, de ouders, eventueel het kind als oorzakelijke factoren? wat is er al geprobeerd? wat werkte (niet) goed? welke kenmerken van de onderwijssituatie of de gezinscontext kunnen het probleem in stand houden of net beschermend werken?

Hulpmiddelen: materiaal dat "breed" kijkt: domein-overstijgend, moment-overstijgend...

- Op school: Kind-Volgsystemen en MDO-gegevens
- Voor ouders: anamneselijsten (bij het medisch onderzoek)
- Bevindingen medisch onderzoek op CLB
- Bevindingen Kind & Gezin

FASE 2: STRATEGIE = probleemomschrijving en keuze van het diagnostisch traject

1. Clusters maken van kindkenmerken, kenmerken van het gezin, de school en de brede omgeving

Schat in of je dit probleem alleen kan oplossen, of er multidisciplinair overleg nodig is.

2. EERSTE BESLUITVORMING: Verklarende hypothesen en onderzoeksvragen formuleren: Als... dan...

3. IS BIJKOMEND onderzoek nodig? WELK EN WAAROM?

Hulpmiddel: te overleggen met het team

BRENG DE PARTNERS OP DE HOOGTE.

FASE 3: ONDERZOEK

Als een neurologisch onderzoek nodig is: aandacht voor onder meer...
> Spiertonus en spierkracht, evenwicht, coördinatie en kwaliteit van de willekeurige bewegingen, reflexen...

Aandachtspunten motoriek
> Grote motoriek en evenwicht, kleine motoriek en lateraaliteit, grafomotoriek en schrijfmotoriek, visuomotoriek, perceptie: visueel – kinesthetisch – tactiel, ...

FASE 4: INTEGRATIE (diagnose) en INDICATIESTELLING (aanloop naar advies en zorg)

1. DIAGNOSESTELLING: Wat is er aan de hand met dit kind? Wat zijn positieve kenmerken en protectieve factoren (= de basis voor advies en zorg)
2. Wat heeft dit kind NODIG? Wat willen we VERANDEREN en met welk DOEL?
3. Hoe kunnen we dat DOEN?
 - Interne hulpverlening: aanbevelingen op klas-, school-niveau en voor de ouders
 - Externe hulpverlening: verwijzing nodig?

FASE 5: ADVIES EN ZORG

CONCRETISERING VAN DE AFSPRAKEN

BRENG DE PARTNERS OP DE HOOGTE. GEEF ADVIES.

FASE 6: EVALUATIE EN AFSPRAKEN VOOR OPVOLGING

Telefonische contacten, MDO, gesprekken ouders, verslaggeving externen

BRENG DE PARTNERS OP DE HOOGTE. GEEF ADVIES.

FASE 7: OPVOLGING

het nodig is. Het stappenplan motoriek dat wij ontwikkelden is eigenlijk een gestructureerde manier om die complexe opdracht aan te vatten. Als je die stappen volgt, dan zijn continuïteit, het kijken vanuit een brede bril en contacten met alle partners geïntegreerd in je handelen en weet je ook wanneer je bepaalde instrumenten kan inzetten.

BJ: Het stappenplan is een concretisering van handelingsgerichte diagnostiek. Het moet je helpen om aan de slag te gaan. Diagnostiek die stopt met de diagnose, daar heeft een kind, een juf of een ouder niets aan. Diagnoses zijn vaak nodig, maar ze zijn op zich niet voldoende om aan de slag te gaan.

Motoriek, de windwijzer van ontwikkeling

CV: De totale ontwikkeling van het kind is onze zorg. De motoriek is sneller zichtbaar dan het cognitieve aspect van de ontwikkeling als kinderen klein zijn. Vandaar dat het een aandachtspunt is in de 1e en 2e kleuterklas.

LF: Dat wil zeggen dat je in de motorische ontwikkeling vaak de eerste signalen ziet die je op het spoor zetten van ontwikkelingsproblemen, voornamelijk bij kleine kleuters.

CV: Daarom zouden we ook graag nog meer continuïteit zien tussen Kind & Gezin en CLB. Bij 0-3 jarigen kijken de artsen en verpleegkundigen ook naar de motorische ontwikkeling, met het gestandaardiseerde Van Wiechenonderzoek: wanneer bereikt een kind bepaalde motorische mijlpalen zoals “rechttop zitten”, hoe stopt een peuter blokjes in een doos, en zo verder? Zij praten daar ook over met ouders. Voor zover ze daar tijd voor hebben, natuurlijk, want zij hebben net als wij korte consultmomenten waarop zo veel moet gebeuren: vaccins geven, vragen hoe het zit met voeding, advies geven... Maar informatie van Kind & Gezin komt op dit moment niet systematisch door naar CLB, of toch niet overal. Wij zien de kinderen in de eerste kleuterklas, maar er kan al heel veel opgemerkt en gebeurd zijn in de eerste drie levensjaren.

LF: Ik vind het wel belangrijk wat je zegt, dat de werkwijze bij K&G moet aansluiten bij de onze. Zij bekijken het kind over een hele periode en hebben het voordeel dat ze dat kunnen doen in communicatie met de ouders. Want ontwikkeling is niet zo eenvoudig om te beoordelen. De signalen die bij ons op tafel komen zijn soms vaag, moeilijk te plaatsen. Als je dan informatie van professionals hebt over de voorgeschiedenis, helpt dit om er betekenis aan te geven.

CV: Wat we weten, is dat er in geval van een probleem met motoriek vaak sprake is van comorbiditeit. Ik wil helemaal geen etiketten kleven maar als je ziet dat een kind het echt moeilijk heeft in de kleuterklas, dan ben je wel alerter voor hun verdere ontwikkeling. Het zou kunnen wijzen op een kwetsbaarheid voor ASS, aandachtsdeficit, een leerstoornis. Het komt zelden voor dat je een geïsoleerde ontwikkelingsstoornis ziet.

Ik kijk naar een kind en ik zie...

ik ben CLB'er en zie

Caleidoscoop: *Als de kinderen bij jullie op consult komen, kijken jullie naar motoriek. Jullie doen dat niet met een screeningsinstrument, maar hoe dan wel?*

CV: Op een consult bekijk ik als arts een kind in zijn totaliteit. Hoe functioneert het, hoe praat het, hoe antwoordt het op mijn vragen, hoe reageert het op andere kinderen? Ik krijg ook een beeld van de motoriek: hoe zit het kind op zijn stoel, hoe doet het zijn hemdje uit? Ik laat een kind eens wandelen, een trapje op en af gaan, een kindje tekenen. Ik let eigenlijk niet zo zeer op de dingen die ze kunnen of niet kunnen, maar eerder op de kwaliteit van de beweging. Ik zie het als een kind bij het tekenen veel meebeweegt met de ogen en de mond, veel moet corrigeren om bij het stappen zijn evenwicht te kunnen houden of grimassen trekt van de inspanning om het goed te doen.

BJ: Verpleegkundigen doen eigenlijk precies hetzelfde. Wij kijken. Gaat het kind housterig op de weegschaal staan of kan het zijn evenwicht niet goed houden? Vindt het kind het moeilijk om op het juiste plaatsje onder de meetlat te gaan

staan? Hoe zet het het brilletje op bij de visusmeting en hoe vlot gaat het om van brilletje te wisselen? De kwaliteit van de beweging is even belangrijk als de kwantiteit. Je hebt het “wat” en het “hoe” van bewegen en het “hoe”, daar moeten we het meest naar kijken.

CV: Je ziet ook of een kind er “speciaal” uit ziet. Als je al lang werkt als verpleegster of als dokter, ontwikkel je die klinische blik. Je ziet dat een kind naar verhouding heel lange armen heeft bijvoorbeeld, of een hoofdje dat naar jouw inschatting veel te groot is. Houdt het kind zijn mond voortdurend open? Hoe is het fysisch gebouwd, in proportie of net heel disproportioneel? Natuurlijk trek je geen besluit op basis van een enkel symptoom, maar als je twee grote symptomen of verschillende kleintjes ziet, dan ga je dat wel verder opvolgen en nog een keer extra met de juf bekijken en met de ouders. Een aparte stand van de ogen, dat kan op een probleem wijzen, maar het kan even goed zijn dat het kind gewoon de aparte ogen van mama of papa erfde en dat er voor de rest niks aan de hand is.

LF: We zien heel veel bij onze onderzoeken. Maar wat we zien moeten we altijd toetsen aan de ervaringen van de ouders en de leerkracht. We kijken ook naar het gedrag. Een kind dat heel angstig is of heel geremd, beweegt anders. Anderzijds zijn er ook kinderen die juist heel ongeremd zijn. Die springen op de onderzoekstafel en zitten geen halve minuut stil. Die kinderen hebben dan dikwijls wel een goede motoriek op zich, maar dan zijn het de gedragscomponenten die ons aan het denken zetten, bijvoorbeeld de beheersing van de beweging, de coördinatie.

BJ: De kwaliteit van bewegen kan de indruk geven dat er op motorisch vlak een zorg is. Als je het gedrag mee neemt, verruim je je hypotheses.

CV: Een kind kan in een vertrouwde, gestructureerde omgeving heel goed functioneren maar in een vreemde omgeving, of als het angstig is, niet goed functioneren. Dan moet je heel goed beseffen dat je op een consult een momentopname hebt. Het kan zijn dat wat je ziet een belletje doet rinkelen, maar het kan ook zijn dat dit gewoon



een verlegen kind is. Ik ben heel voorzichtig met etiketten plakken. Het is toch vooral zaak te kijken naar: wat heeft dit kind nodig in deze omstandigheden, om in deze omgeving goed te functioneren?

ik ben kleuterjuf en zie

Caleidoscoop: *Kleuterleidsters zijn heel vaak de aanmelders van een zorg rond motoriek. Zij helpen ook bij het aftoetsen van jullie observaties. Waar kijken zij precies naar?*

BJ: Je kunt inderdaad niet zonder de kleuterleidster. Zij ziet het kind de hele dag bezig in de klas en zij is ook degene die nadien aan de slag gaat met het kind. Zij kan goed inschatten wat de noden en de behoeften zijn van het kind. Vrijwel alle scholen gebruiken een Kindvolgsysteem en daar zitten instrumenten bij

om het kind in zijn totale ontwikkeling, inclusief op vlak van motoriek, op te volgen. De kleuterleidster bekijkt een kleuter in een groep en in interacties met anderen. CLB'ers bekijken een kind individueel binnen de ruime context.

CV: Het is dus veel breder dan het zuivere turnen of bewegen, ook voor de leerkracht bewegingsopvoeding. Hoe speelt een kind, hoe angstig is een kind, hoe gedraagt het zich in een groep?

BJ: Leerkrachten zien ook welke impact een motorisch probleem op het functioneren in de klas heeft - op het leren bijvoorbeeld - en welke impact het probleem heeft op het algemene functioneren van dat kind. Dan denken we in de eerste plaats aan wat dat doet met het zelfbeeld en het welbevinden van het kind.

CV: Een kind wordt opzij gezet, mag niet mee voetballen, want hij valt over zijn eigen voeten. In de les LO worden er twee ploegen gekozen en niemand wil dat zwakkere kind in zijn ploeg. Daarom is de leerkracht bewegingsopvoeding ook zo'n belangrijke partner:

BJ: Leerkrachten bewegingsopvoeding zijn inderdaad zeer deskundig op vlak van grote motoriek: hoe is de loopgang, bijvoorbeeld? De aandacht van de kleuterjuf wordt meer gecaptureerd door fijn motorische dingen. Voor haar valt het op als kinderen niet kunnen knippen, het moeilijk hebben om binnen de lijntjes te kleuren, voortdurend dingen omstoten, en zo verder. Kleuterleidsters kunnen ons ook vertellen wat ze al geprobeerd hebben voor een kind - vaak na overleg met de zorgcoördinator - en welk effect die interventie had. Als kleuterleidsters of

zorgcoördinatoren ons een zorg melden, zitten we dus meestal in fase 2 van de zorg: er is meer ondersteuning nodig om de nood van het kind in te vullen.

Als wij in gesprek gaan met de kleuterleidster of de zorgcoördinator, gebruiken wij observatiefiches (zie voorbeeld in box 2). Die zijn er gekomen op vraag van CLB-medewerkers die zeiden: "Er wordt ons gevraagd om de motoriek te beoordelen, met de leerkrachten over motoriek te praten en hun blik daar op te richten, maar we weten eigenlijk niet hoe we dat precies kunnen doen." Vanuit het handelingsgerichte werken vinden we het belangrijk om zo veel mogelijk samen te werken met alle partners, om hun perceptie en ervaring te valoriseren. Een werkbaar instrument waarmee het gesprek tussen ons en die partner gemakkelijker wordt is nuttig en dat hebben we gemaakt in de vorm van observatiefiches. Ze helpen om de motorische ontwikkeling van kleuters overzichtelijk in kaart te brengen. We hebben fiches gemaakt voor de leeftijdsgroepen 1e, 2e en 3e kleuterklas.

ik ben ouder en zie

BJ: De inbreng van ouders is cruciaal. Zij zijn de eerste opvoedingsverantwoordelijken en de basisdeskundigen van het kind. Zij bieden ons zicht op de eerste ontwikkeling, de motorische mijlpalen, het algemene en het specifiek motorische functioneren en het gedrag van het kind. Zij kunnen omschrijven hoe de situatie nu is en wat hen opvalt. Zij kunnen ons ook vertellen welke de mogelijkheden tot bewegen zijn voor het kind. Wonen ze op een appartement? Is het misschien een timide kind dat liefst in een boekje zit te kijken? Misschien zijn ze al ergens in begeleiding, en dan horen we van hen wat de effecten zijn.

CV: Ik heb de ervaring dat het voor ouders soms toch moeilijk is om hun kind in te schatten. Ik vraag: hoe reageerde jullie kind als klein baby'tje, als je er mee babbelde? Baby's drukken zich uit door te bewegen en dan is het nuttig om te weten of dat al op een symmetrische manier kon en dat ze niet bewegingsarm zijn. Dat weten ouders vaak niet meer.

LF: Het is voor ouders inderdaad niet gemakkelijk om in te schatten hoe een

kind moet evolueren in het eerste levensjaar. Ze weten dat er variatie is tussen kinderen en stellen zich weinig vragen bij het feit dat hun kind pas op 16 of 18 maanden leerde lopen. In sommige culturen hecht men ook veel minder belang aan de ontwikkelingsmijlpalen.

CV: Maar andere zaken kunnen ze wel aanbrengen. Eten en drinken, dat zijn basisgedragingen die veel over de ontwikkeling vertellen. Bijvoorbeeld, hoe ging de overschakeling op vaste voeding? Dat is een grote verandering voor baby's en als ze dat moeilijk vinden, dan zou er iets kunnen schorten. Als elke verandering moeilijk gaat bij een kind, dan weet je dat de ontwikkeling anders verloopt. Ik wil van ouders niet alleen vernemen wat het kind allemaal kan, maar ook hoeveel moeite het heeft gekost om het te leren. Kinderen automatiseren minder gemakkelijk als ze in hun motorische ontwikkeling vertraagd zijn.

BJ: Automatisatie van bewegingen en zelfredzaamheid zijn belangrijke elementen. Als een kind het daar moeilijk mee heeft, moet je de hypothese dyspraxie of DCD (developmental coordination disorder) overwegen.

LF: Bij het stappenplan zit een instrument dat als leidraad kan worden gebruikt om met ouders te praten over de motorische ontwikkeling van hun kind.

Kijken kan je leren

Caleidoscoop: Een pedagoog of een maatschappelijk werker kan de contactpersoon voor een basisschool zijn. Moet die ook de vragen rond motoriek opnemen?

BJ: Iedere CLB'er, van welke discipline ook, wordt geacht een goede intake te kunnen doen. Wie de vraag opneemt is eigenlijk niet zo belangrijk. Gaan we verder inzoomen op motoriek, dan is het wel nodig om in die materie wat meer achtergrond te hebben. Historisch is het zo gegroeid dat het meestal de verpleegkundige zal zijn. Dat de verpleegkundige de kleuter al op twee consultmomenten heeft gezien is een bijkomend praktisch voordeel.

CV: Je kunt niet van elke CLB'er verwachten dat hij bijzonder geïnteresseerd is in

motoriek, want er zijn zo veel ontwikkelingsdomeinen waarin je je kan specialiseren. Niettemin vind ik dat de aandacht voor motoriek niet uitsluitend bij artsen en verpleegkundigen kan liggen. Elke CLB'er die contactpersoon is van een basisschool, zal aandacht hebben voor de ontwikkeling in het algemeen en kan ook leren om de motoriek van kinderen te bevragen of zelf eens te observeren.

BJ: Je moet als centrum keuzes maken waarbij je vertrekt van de noden van de medewerkers. Bijvoorbeeld, welke bijscholing volgen we en wie gaat daar naar toe? Of hoe maak je beginnende medewerkers vertrouwd met de werking rond psychomotoriek? Het wordt voor een instapper een stuk gemakkelijker als iemand op het centrum heel ervaren is en wat kan coachen vanuit zijn expertise.

Het neurologisch onderzoek

Caleidoscoop: Bij sommige kinderen doet het CLB een neurologisch onderzoek. Kunnen jullie daar wat meer over vertellen?

LF: In ons stappenplan zal je zien dat het neurologisch onderzoek een van de onderzoeksmogelijkheden is en niet in elk diagnostisch traject zit. Een neurologisch onderzoek doen we als we bepaalde signalen zien die doen denken aan een neuropathie of een myopathie, dus een aandoening van het zenuwstelsel of van de spieren. Een vroege diagnose en tijdige verwijzing zijn in dat geval belangrijk. Over dit stuk diagnostiek zijn we nog volop aan het bijleren: op welke indicatie doen we het wel of niet, hoeveel kinderen zullen we op jaarbasis vermoedelijk zien en moet elke arts dat kunnen? Om de onderzoeksvaardigheden aan te scherpen, moet je veel kinderen aan een neurologisch onderzoek kunnen onderwerpen en dat is in onze praktijk niet realistisch. Dus denken we dat we daar naar schaalvergroting moeten gaan, met 1 arts per centrum of zelfs per regio die zich specialiseert in dit onderzoek en daar ook een stukje voor wordt vrijgesteld.

CV: Je moet inderdaad ervaring kunnen opdoen om een goed neurologisch onderzoek uit te voeren. Want een "hypotoon" kind, wat is dat in feite? Of wat zijn "ongewone" reflexen? Alleen

door ervaring kan je leren of iets pathologisch, dan wel een variant van het gewone is.

Als dromen niet uitkomen

Caleidoscoop: Erkennen ouders meestal het probleem dat jullie signaleren of dat door de leerkracht aangemeld wordt?

BJ: Bij heel wat ouders geldt: niet onmiddellijk! Ouders zijn heel intens verbonden met hun kind en hebben nog heel wat verwachtingen. Voor de eerste keer worden ze geconfronteerd met het feit dat hun kind het minder goed doet dan de normgroep. Dat kan je thuis niet altijd merken. Die boodschap vraagt verwerkingstijd. Toch blijft het belangrijk om ouders vanaf het begin in het traject te betrekken om hun visie en beleving te kennen.

CV: Sommige ouders nemen ongemerkt het kind veel dingen uit handen, zodat het probleem thuis niet opvalt. De juf zegt dat een jongetje niet zelfredzaam is. Hij kan bijvoorbeeld niet aan een rietje zuigen. Ik ga met de ouders praten en voor hen is er niets aan de hand. Maar als je doorvraagt, blijkt dat zij dat kind veel uit handen namen, omdat het die dingen niet kon. Ouders beschermen, terwijl het kind soms meer nood heeft aan stimuleren. Als je "slecht nieuws" moet communiceren, dan moet je ook altijd hoop geven. Zeggen op welk vlak het met hun kind wel goed gaat. Dat is zo ontzettend belangrijk. Aan de andere kant moet je ook, als het echt nodig is om hulp te krijgen, duidelijk durven communiceren. Want hoe sneller je met de gepaste hulp begint, hoe minder gefrustreerd dat kind gaat zijn.



BOX 2: EEN FRAGMENT UIT DE OBSERVATIEFICHE VOOR DE TWEEDE KLEUTERKLAS

Observatiefiche PSYCHOMOTORIEK KLEUTER

Fijne motoriek/visuomotorische vaardigheden/grafomotoriek

Informant: leerkracht turnleerkracht CLB-medewerker

Hoe de kleuter beweegt	OK	+/-OK	niet OK
vloeiend bewegen vs. houterig, krampachtig			
tempo			
controle/beheersing van beweging en kracht			
volhouden van de beweging vs. afbrokkeling			
geautomatiseerd vs. nadenkend			
opvallende meebewegingen voorkomen <input type="radio"/> in weinig situaties <input type="radio"/> veel situaties frequentie <input type="radio"/> enkel bij aanleren <input type="radio"/> hardnekkig lichaamsdeel: mond, tong, andere hand, ...			
andere: ...			

Wat de kleuter al kan	OK	+/-OK	niet OK
Neemt penceel/potlood vast tussen de toppen van de vingers (vingers mogen gestrekt of gebogen)			
Rijgt grote kralen			
Rijgt kleine kralen			
Tekent een cirkel, een kruis en een schuine lijn (R boven --> L onder) na			
Schrijft letters van zijn naam (4-5j)			
Tekent een kopvoeter			
Kan een cirkel of een vierkant uitknippen met een schaar (4,5-5j)			
Knipt op een lijn			
Kleurt vrij goed binnen de lijntjes (nog niet nauwkeurig)			
Kan een figuur uitprikken			
Slaat met een hamer op een brede nagel			
Bouwt constructies met blokken (vb. een brug)			
Specifieke observaties: vb: zicht: knijpt ogen toe bij kleuren of op papier werken, hoofd dicht bij blad,			

Gedrag factoren die motoriek beïnvloeden

Negatief/probleematisch:

Vb: blijft niet stil zitten, onrustig met handen, weinig aandacht of concentratie, ...

Positief/protectief:

Sterke kanten: vb. doorzetter, ondernemend, ...

Een kwestie van organisatie

Caleidoscoop: *Om het stappenplan uit te voeren, moet je alvast de ruimte hebben om met alle betrokkenen samen te kunnen werken. Hoe kunnen CLB's dat in de praktijk aanpakken?*

Het MDO

CV: Eerst en vooral, bekijk goed wanneer de MDO's op school plaatsvinden. Als dat altijd op momenten is wanneer de kleuters turnen, kan de leerkracht bewegingsopvoeding er nooit bij zijn. Probeer die belangrijke partner er toch bij te krijgen.

CV: Op het MDO kan de CLB-ankerfiguur een checklist of vragenlijst meenemen. Zo heeft hij gerichte vragen bij de hand die nuttig zijn om de nodige informatie van leerkrachten te bekomen. Het helpt de CLB'er ook om voor dat ontwikkelingsdomein ook aandacht te vragen op het MDO, het houdt iedereen alert.

Het consult

CV: Wij proberen om de MDO's en de consulten bij elkaar te laten aansluiten. Na het medisch consult bekijken de arts en de verpleegkundige samen bij welke kinderen ze een signaal zagen en dat wordt meegenomen naar het MDO als we denken dat het nuttig is. Omgekeerd zullen we op het consult ook extra aandacht hebben voor een kind waarvan de verpleegkundige, die contactpersoon op school is en dus het MDO volgt, weet dat er een vraag is. Verder denk ik dat het goed is om bij 1 consult op kleuterleeftijd de ouders uit te nodigen. Dat heeft namelijk verschillende voordelen. De drempel naar CLB gaat voor ouders lager liggen als ze - net als bij Kind & Gezin - worden uitgenodigd om met de arts en de verpleegkundige eens over hun kind te praten. Ten tweede wordt het voor ons dan wat eenvoudiger om zinvolle informatie te verzamelen. Als dat allemaal via een vooraf thuis in te vullen ellenlange anamneselijst moet, is dat immers veel moeilijker.

LF: Als je tijdens het consult dan dingen ziet waarover je je wat ongerust maakt, dan kun je het onmiddellijk bespreken en

kan je dat signaal beter plaatsen. Bovendien kan je dan meteen uitleggen dat je dit samen met de school verder gaat volgen en welke verdere stappen je nog gaat nemen.

CV: Een CLB moet wel flexibel zijn in organisatie om een consult met ouders te doen. Je moet maken dat ouders kunnen komen, dus zit je allicht buiten de gewone werkuren.

LF: In mijn centrum komen de ouders naar het consult in de tweede kleuterklas en wij bereiken tot 90 % van de ouders. Dat is zeer waardevol, maar zeer arbeidsintensief.

De samenwerking

BJ: Als team kan je best afspreken wanneer je een vraag rond motoriek op het team brengt. Er zijn drie redenen om een vraag op team te brengen volgens ons. (1) Als je in de strategische fase van handelingsgerichte diagnostiek zit en je dus hypothesen moet formuleren bij een ernstig probleem; (2) als de problematiek complex is, als het functioneren van het kind op verschillende domeinen beïnvloed wordt en (3) als je doorverwijst. Anders ga je vastgeankerd zitten in je eigen denkpatroon. Een team dat vanuit ervaring en deskundigheid de dingen bekijkt, is in die stappen zeker een meerwaarde.

CV: Ook ik raakte er van overtuigd dat bij een ernstig probleem de blik van meerdere disciplines onmisbaar is. Want als je kinderen met een spraakstoornis automatisch naar een logopedist stuurt en kinderen met een motorische stoornis automatisch naar een kinesist verwijst, ben je niet goed bezig. Je moet ruimer kijken en dat kan je maar door meningen naast mekaar te leggen en verschillende verklaringen aan mekaar te lijmen.

LF: Is het voor de collega's van het team niet moeilijk om een uitspraak te doen over een kind dat ze zelf niet gezien hebben? Vinden jullie dat iedereen dat kind moet gezien hebben?

BJ: Neen, je moet als teamlid ook vertrouwen op de professionaliteit van de collega die het kind wel zag. Die beschrijft wat hij bij het kind opmerkte. Je brengt in

een team ook de informatie van de ouders, de leerkracht bewegingsopvoeding, de klasleerkracht op tafel: ook die mensen kan je er niet elke keer bijvragen. Als die informatie op een behoorlijke manier wordt verzameld, kan het team echt wel hypothesen en onderzoeksvragen opstellen.

Bouw je netwerk op

Caleidoscoop: *De kans is groot dat bij de begeleiding van een kind met motorische problemen externen worden betrokken. Dan moet je weten naar wie je best verwijst.*

Ken het bewegingsaanbod

BJ: Het begint ermee dat je als CLB'er op de hoogte bent van het aanbod aan buitenschoolse activiteiten voor kinderen die het motorisch moeilijk hebben. Want als we kinderen plezier willen laten beleven aan beweging, hebben zij nood aan een bewegingsaanbod op maat en niet altijd aan een externe behandelende dienst.

CV: Het is jammer genoeg wel zo dat het aanbod niet overal even groot is. In kleine steden of plattelandsgemeenten kan het een probleem zijn om een geschikte activiteit in de buurt te vinden. Ook activiteiten voor kinderen die het thuis financieel moeilijker hebben zijn niet dik gezaaid. Allochtone meisjes vormen eveneens een groep voor wie het aanbod aan buitenschoolse en sportactiviteiten klein is. Bovendien volstaat een aanbod creëren op zich nog niet. Je moet ook kunnen investeren in het motiveren en toeleiden van de kandidaten. In Ronse liep bijvoorbeeld de actie "Gezond" waarmee we kinderen voor wie de sportclub een te hoge drempel vormde, een aanbod wilden geven. De CLB's van alle netten deden mee, de sportdienst van de stad Ronse, en de obesitaskliniek. Het doel was om kinderen plezier te laten ervaren in bewegen. We hebben daar veel tijd in gestoken, maar relatief weinig respons gehad. Nochtans waren alle facilitators aanwezig: de kosten waren minimaal, er was een informatief programma voor ouders, en zo verder. Maar dat was dus nog niet voldoende om participatie te verzekeren. We moeten verder onderzoeken hoe we die drempel nog lager kunnen leggen.

BJ: Waarschijnlijk is dat een probleem van alle aanbodgerichte acties. Als ouders zelf een vraag hebben, is de motivatie om hun kind te laten deelnemen wel groot. Ook dan moet je natuurlijk op de hoogte zijn van wat er in de omgeving is.

Het diagnostisch en hulpverlenend aanbod

BJ: Een CLB heeft ook een draaischijf-functie. Wij zijn goed geplaatst om mensen wegwijs te maken in het aanbod. Dat geldt zeker ook voor de verdere hulpverlening.

LF: Christine, de samenwerking met COS is voor jou een belangrijke peiler, niet?

CV: Wij hebben het geluk dat we regelmatig bij Dr. Oostra, een kinderneurologe van het COS in Gent mogen aankloppen. Een CLB doet niet hetzelfde als een COS, maar het is wel nuttig dat je op de expertise van een COS beroep kan doen. Zij zien heel veel kinderen met ontwikkelingsstoornissen en kunnen ons vertellen waar we best op letten. Die mensen weten ook hoe je die kinderen kunt stimuleren. Het is echt een voordeel om over die dingen te kunnen overleggen. Zij heeft mij ook feedback gegeven op de nascholing die ik voor CLB'ers over het stappenplan motoriek wou geven. Zij heeft een ontzettend rijke kennis over neurologie. Zij weet hoe de hersenen in elkaar zitten en hoe de ontwikkeling verloopt. Zo wist ik dat ik de correcte informatie gaf aan mijn collega's. Persoonlijk heb ik ook veel geleerd van psychomotore therapeuten, onder andere van mijn eigen schoondochter! Met haar kan ik ook eens spreken over bijvoorbeeld hypotonie, hoe je dat herkent, waar je op let.

LF: Dus kun je zeggen dat het belangrijk is dat je als CLB-arts leert je netwerk te verzorgen, een goede relatie te hebben met specialisten in de buurt waar je als het nodig is te rade kunt gaan.

BJ: Dat netwerk heb je ook nodig om goed te kunnen doorverwijzen. Natuurlijk, ouders hebben de vrije keuze, maar ze hebben toch graag dat jij ook goed weet waarvoor ze terecht kunnen bij andere diensten, wat ze daar kunnen verwachten. Ik weet bijvoorbeeld welke kinesisten een opleiding hebben in psychomotoriek, zo kan ik gericht verwijzen. Het enige is, er zijn toch nog uithoeken waar je echt ver moet gaan voor de gepaste hulp. Stel dat je een kind wil doorverwijzen naar een COS. Wie in de Kempen woont, zal bijvoorbeeld in eigen buurt geen COS vinden. In Limburg hebben wij ook maar een antennepunt, waar je een dag per week terecht kan. Het aanbod zou best nog wat groter mogen zijn.

Werkt het?

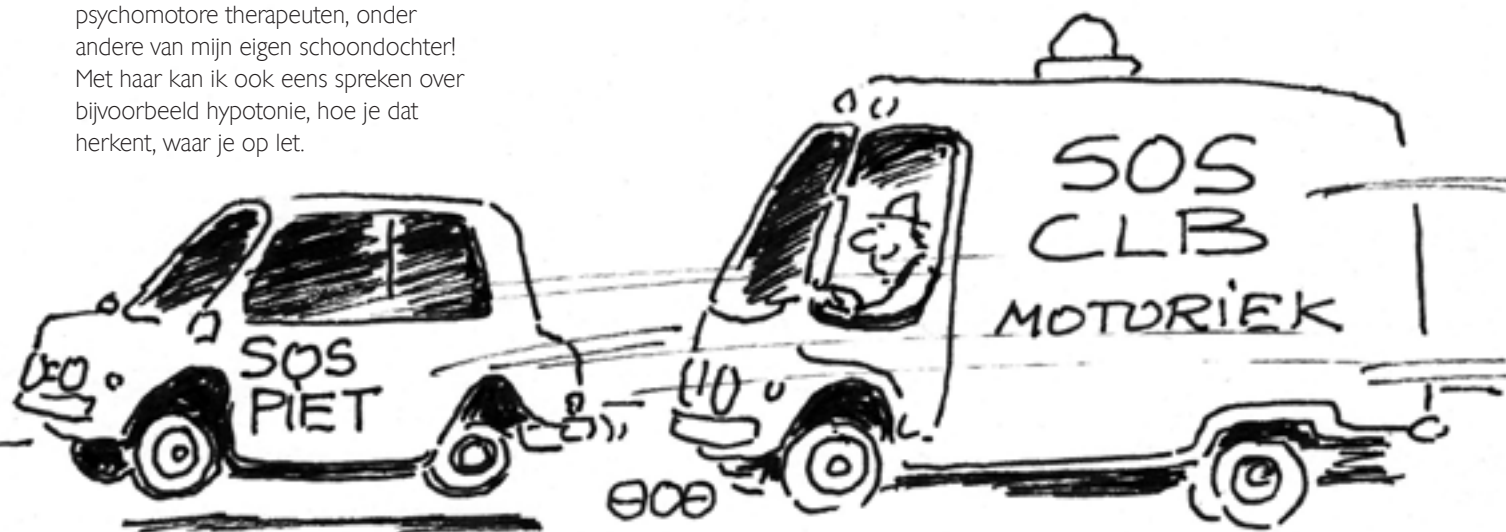
Caleidoscoop: *Hebben jullie al enig idee of de stapsgewijze aanpak van motorische problemen zoals je die hier schetst een goed effect oplevert?*

CV: Dr. Oostra vindt alleszins dat de mensen in het CLB zeer goed werken. Het diagnostische traject dat op een CLB wordt opgestart, levert goede informatie op voor een COS. Het blijkt dat onze doorverwijzingen gegrond zijn. Ik denk ook dat we met het neurologisch

onderzoek een verschil kunnen maken. We kunnen zo gerichter doorverwijzen. Als we neurologische oorzaken vermoeden, omdat wij alarmsignalen zien of omdat het kind alarmerend achteruitgaat en wij kunnen op basis van ons onderzoek mensen rechtstreeks doorverwijzen naar neurologie, dan scheelt dat behoorlijk in wachttijden. Het aantal aanmeldingen bij een COS is immers groot en ze hebben lange wachtlijsten. Als daar toch blijkt dat een neurologisch onderzoek aangewezen is, kan het zijn dat er ondertussen een jaar verstreken is.

Handelen

LF: Als we iets doen, moet het kind er wat aan hebben. Voor mij is het welbevinden doorslaggevend. Een kind kan beperkingen hebben, maar het is best mogelijk dat de ouders en de leerkrachten er op zo'n manier mee omgaan dat het kind goed functioneert, deugd heeft aan wat het doet en het gevoel heeft dat het goed meekan en geïntegreerd is in de klas. Daar moeten we eigenlijk geen extra hulp bieden, alleszins geen "professionele" hulp. Andere kinderen, met een lichtere beperking, disfunctioneren misschien wel omdat ze in een omgeving zitten die er veel te veel van verwacht, voor alle kinderen dezelfde norm hanteert, naar "handicap" en beperking kijkt en niet voldoende naar de krachten en het welbevinden.



Het moeten niet altijd kookprogramma's zijn!!



Wat kan thuis en op school?

CV: Het kind stimuleren, dat zal in haast elk handelingsplan zitten. Stimuleren is goed. Overstimuleren werkt averechts. Als een kind gestimuleerd moet worden in zelfredzaamheid, is het noodzakelijk om met de turnleerkracht, de leerkracht, de ouders en het kind dezelfde dingen af te spreken. Niet alles tegelijk aanpakken, want dat kan veel te zwaar worden voor het kind. Spreek dus af wat je eerst aanpakt - naar het toilet, aankleden, schoenen aandoen, wat dan ook - en stem heel concreet af wat je inoefent. Dat is een advies dat ook aan ouders moet worden gegeven. Een kind dat een ernstige vorm van DCD heeft en in het eerste leerjaar zijn veters niet kan knopen, moet je niet naar de voetbalclub sturen. De kans is groot dat hij daar wordt uitgelachen en altijd op het bankje moet zitten. Sportclubs zijn voor deze kinderen veel te competitief ingesteld. Ouders bedoelen het met zo'n initiatief goed, maar soms doe je een kind zo meer kwaad dan goed.

BJ: De kleuterleidster doet er echt toe. Kleuters zien hun juf heel sterk als een identificatiefiguur. Als het op stimuleren aankomt zijn zij het best geplaatst om vanuit de noden, behoeften en talenten van het kind te vertrekken. Want stimuleren kan maar als je de sterke

kanten van het kind kent, dat is de basis van waaruit je kan vertrekken. Als we spreken over stimuleren, zitten we in het zorgcontinuüm eigenlijk ook weer in fase 0, in de dingen die de school kan doen voor alle leerlingen, dus ook voor de leerlingen die het motorisch moeilijker hebben. De suggesties die wij geven vind je dan ook terug in het artikel van Christine Demedts. Daarnaast zullen we natuurlijk op maat van de leerling ook suggesties geven aan de school. Hoe kan de leerkracht bewegingsopvoeding helpen om Aaron plezier te laten beleven aan groot motorische bewegingen? Hoe kan de juf Shelley helpen met haar pengreep, en zo verder.

Enkele tips voor de basiszorg op school:

- Je moet niet per se sporten om te bewegen. Wandelen, op een speelplein rondlopen, fietsen, zijn heel goede activiteiten.
- Bewegen mag niet altijd in een prestatiegericht of competitie kader plaatsvinden.
- Het eerste doel van bewegingsactiviteiten in de basiszorg op school is: alle kinderen, ook kinderen die het wat moeilijker hebben, hebben plezier in bewegen.
- Varieer het aanbod. Leerkrachten bewegingsopvoeding weten welke activiteiten ook leuk zijn voor minder

handige kinderen, wat ze graag doen en waar ze zich goed bij voelen. Een kind met DCD kan heel goed zijn in oefeningen waar kracht van belang is, zoals touwtrekken.

- Wees op de speelplaats en in de les bewegingsopvoeding alert voor onbedoelde achterstelling. Vermijd bijvoorbeeld dat kinderen die op sportief vlak niet goed presteren, altijd als laatste worden ingedeeld bij ploegkeuzes.
- Zorg dat je als school goede communicatielijnen opzet met ouders over de zorg voor hun kind. Dan zijn ouders niet verrast dat zij ook worden aangesproken op hun kennis over hun kind als we vanuit het CLB bijkomende informatie nuttig vinden.
- Zorg voor een bewegingsvriendelijke school, zorg dat kinderen materialen hebben om mee te spelen.
- Stimuleer ouders - voor zover dat kan - om met hun kinderen te spelen.
- Las indien mogelijk een paar bewegingsmomenten in de klas in. Net zoals het verluchten van een ruimte de concentratie van kinderen verhoogt, kunnen vijf minuutjes beweging in de klas de hoofden terug helder maken.

Externe hulpverlening

Caleidoscoop: *Thuis en op school kan er voor kinderen dus al heel wat worden gedaan. Wat mogen ouders van externe hulpverlening verwachten? En wordt het CLB dan nog betrokken?*

CV: Dat zou eigenlijk wel moeten. Ik ben soms bang dat ouders te veel verwachtingen hebben. Of dat sommige therapeuten toch verwachtingen creëren die ze niet kunnen invullen. Dan gaan mensen jaren in behandeling in de hoop iets onbereikbaar te bekommen.

LF: Anderzijds, vanuit de neuropsychologie moeten we ook wel rekening houden met de idee dat je door een intensieve stimulatie dikwijls veel meer kan bereiken dan we denken. Maar dat ontslaat je niet van de plicht om voor elke therapie realistische doelstellingen en verwachtingen te formuleren en er een duidelijk afgebakende termijn op te kleven. Dat doen we nu misschien te weinig. Wij verwijzen omdat er wat fout loopt, maar bespreken nog niet voldoende welke

effecten we kunnen verwachten van die externe hulp. We zijn gewoon al blij dat ze in behandeling zijn.

CV: Als verwijzer zouden we na een bepaalde termijn moeten zeggen: zijn onze doelstellingen bereikt? Kinderen die je doorverwijst voor gedragsproblemen, laat je niet los als ze in therapie gaan. Met kinderen die doorverwezen worden voor motoriek, zou dat net zo moeten zijn. We zouden bijvoorbeeld met de ouders kunnen afspreken dat we een keer per jaar samen gaan zitten om te kijken hoever het kind staat.

BJ: We moeten ook zorgen dat de behandeling transfer heeft, bijvoorbeeld naar de schoolcontext. Dat is weer onze rol als draaischijf. Als een kind naar een kinesist gaat, moeten we afstemmen en vragen aan de kinesist: "Wat is nu belangrijk dat de school weet en wat moet de school stimuleren?"

LF: De effecten van behandeling hebben ook te maken met de visie op therapie. Dat heeft Griet Dewitte, docente psychomotoriek en verbonden aan het COS van Gent, eens mooi uitgelegd. Er zijn behandelaars die vertrekken van de beperktheden van het kind. Zij proberen om het kind op een normaal niveau te brengen. Dewitte zegt echter: het is veel zinvoller om te vertrekken van "wat willen we eigenlijk dat er verandert?" Wat wil het kind, wat willen de ouders, wat wil de school? Dan maak je keuzes. Je spreekt samen af welke nood het grootst is en daar vertrek je mee. Die werkwijze maakt het gemakkelijker om doelstellingen te bepalen. En als je een eerste doel hebt bereikt, hoe klein ook, dat belangrijk is voor mensen, dan heb je gemotiveerde ouders en kinderen. Dan kan de hulpverlener aangeven dat er andere lacunes zijn die nog relatief groot zijn en op langere termijn het kind parten zullen spelen. Mensen zijn dan veel meer geneigd om verder te werken. Ik vond dat een heel realistische benadering. Kinesisten werken soms vanuit de defecten die ze zien en los van de school. Ze zien hun opdracht als "ik moet dat defect proberen te herstellen", terwijl de school en de ouders met heel andere dingen bezig zijn.

CV: Gelukkig zien we meer en meer dat psychomotore therapeuten echt wel

handelingsgericht werken en werken aan de noden die het kind ervaart op school en thuis.

Innoveren

Caleidoscoop: *Het stappenplan is beschikbaar. Is jullie werk nu afgelopen?*

LF : Neen, want het is bij een innovatie niet alleen zaak om materialen en kaders te ontwikkelen. We moeten mensen ook ondersteunen in het dagelijks gebruik van wat ontworpen werd. Ik ben nog elke dag bezig met de vraag: hoe maken we dit waar in de praktijk? We hebben nu een aanzet, maar we moeten even veel energie besteden aan het proces dat nodig is om dit echt te laten lopen in de sector. We moeten mensen informeren en hen de kans bieden om via nascholingen de vaardigheden te ontwikkelen. Daar komt ook attitudeverandering bij kijken en het vervangen van "oude" door "nieuwe" gewoontes. Elke gedragswetenschapper zal beamen dat een veranderingsproces zeer complex is. Het is een verhaal van mensen. Je botst op beperkingen, je ziet ook heel veel enthousiasme en bereidwilligheid. Dat is wat mij

nu het meest bezig houdt: hoe kunnen we dit denken en handelen binnen de sector op gang brengen?

BJ: We hebben het stappenplan ontwikkeld, maar daar gaan de ontwikkelingen niet mee stoppen. We mogen nu al wel aankondigen dat de netoverstijgende Prodia-werkgroep bezig is met het protocol motoriek. Motoriek, dat blijft bewegen...



REFERENTIES

VANDERHEYDEN, V. (2003). *Vlaamse schrijfsnelheidstest (VSST)*. Herent: OSPOO.

VANDERHEYDEN, V., & ROUFFA, A. (1997). *De Grafomotorische test (GHB): Handleiding versie 5*. Leuven: UZ Gasthuisberg.

1 De netoverstijgende werkgroep bestond uit Christine Vermast, Berthie Jackmaert, Mieke Vanoppen, Vrij CLB Leuven, Nicole Keppens, Vrij CLB Leuven, Sabine Modde, Vrij CLB Het Kompas, Moniek Dekeyser, Vrij CLB Regio Gent, Marijke Ronse, Vrij CLB Torhout, Inge van Trimpont, POC CLB GO!, Monica Bulcke, POC CLB GO!, Nancy Devogelaer, CLB OVSG, Anja de Coene, CLB GO! Gent, Lieve Willems, Vrije CLB-Koepel, Trees Ameloot, Vrije CLB-Koepel, Lieve Feys, Vrije CLB-Koepel.

2 In het kleuteronderwijs zijn er meer vrouwelijke dan mannelijke leerkrachten, vandaar dat we in de tekst het meestal over de kleuterleidster/kleuterjuf hebben.

"IN DE STARTBLOKKEN"

**Wil je graag kennismaken met de motorische ontwikkeling van kinderen?
Berthie Jackmaert geeft ons volgende leestips:**

DALEMANS, K., HOMBROUX, M., LAMBERT, R., & WOUTERS, M. (2004). *Groeiboek: Basisboek*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
Met dit boek doe je nuttige basiskennis op over het werken met kleuters.

MAES, B., HOMBROUX, M., JANSSENS, K., LAMBERT, R., & WOUTERS, M. (2005). *Leidraad voor de taxatie van ontwikkelingsproblemen bij kleuters*. Brussel: VCLB-service.
Het taxatie-instrument helpt om een globale inschatting te maken van het ontwikkelingsverloop bij kleuters en de problemen die zich daarbij kunnen voordoen.

Wil je contact opnemen met de auteurs van het stappenplan, mail dan naar Lieve.Feys@vclb-koepel.be.