

KidsXtra

Werkblad beschrijving interventie

Werkblad, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: RiskCare Preventie

E-mail: jeroen.matthes@riskcare.nl

Telefoon: 045 - 5641112

Website: www.riskcarepreventie.nl

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam: Jeroen Matthes

E-mail: jeroen.matthes@riskcare.nl

Telefoon: 06-19008474

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Wouter Kersjes

Titel interventie: KidsXtra

Databank(en):

Plaats/Instituut: Brunssum, RiskCare Preventie BV

Datum:

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
Korte samenvatting van de interventie	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	8
1.3 Aanpak	8
2. Uitvoering	15
3. Onderbouwing	19
4. Onderzoek	
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	25
5. Samenvatting Werkzame elementen	26
6. Aangehaalde literatuur	27
7. Praktijkvoorbeeld	29

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

KidsXtra is een 16 weken durende interventie waarbij de kinderen wekelijks een beweegles krijgen, met de nadruk op het verbeteren van motorische vaardigheden. Tevens doen de kinderen mee aan sportinstuiven die gegeven worden door lokale sport- en beweegaanbieders. Behalve de kinderen ontvangen ook de ouders ondersteuning. Zij nemen deel aan een 4-tal ouderbijeenkomsten. In de ouderbijeenkomsten ligt de nadruk op kennis ten aanzien van bewegen in de vrije tijd, motorische ontwikkeling en het creëren van een goede beweegomgeving zodat de kinderen voldoende bewegingservaring opdoen en een sterk motorisch fundament ontwikkelen.

De trainingen en ouderbijeenkomsten worden verzorgd door professionals in de betreffende deelgebieden die door een lokale aanvrager worden geselecteerd. Deze professionals worden door RiskCare Preventie opgeleid/bijgeschoold.

Doelgroep – max 50 woorden

KidsXtra is bedoeld voor kinderen van 2 t/m 6 jaar, die een motorische achterstand en/of bewegingsangst hebben. Dit wordt vastgesteld door het uitvoeren van motorische testen van het Leerlingvolgsysteem Bewegen en Spelen (4 motorische hoofdgroepen en 4 beweegangsten).

Doel – max 50 woorden

Het hoofddoel van de interventie is het terugdringen van motorische achterstanden bij kinderen in de leeftijd van 2 t/m 6 jaar.

Aanpak – max 50 woorden

De 16 weken durende interventie bestaat uit een wekelijkse beweegles van 45 minuten voor de kinderen. Daarnaast vindt er 1x per maand, en in totaal 4x, op hetzelfde tijdstip als de beweegles, een ouderbijeenkomst plaats, waarbij wordt ingegaan op de belangrijkste determinanten van gezond gedrag.

Materiaal – max 50 woorden

Er moet een speelzaal of gymzaal voorhanden zijn om de trainingen te geven en een theorielokaal waar de ouderbijeenkomsten plaatsvinden. Er is geen gelimiteerde lijst voor materiaal. Materiaalinventaris van de locatie wordt overlegd met RiskCare Preventie om te kijken of er voldoende materiaal voor de oefenstof is. Materiaal voor de ouderbijeenkomsten zijn op aanvraag.

Onderbouwing – max 150 woorden

De kennis omtrent motorische achterstand bij kinderen is nog vrij beperkt. Het ontstaan ervan lijkt te maken te hebben met biologische (aangeboren) factoren. Wel is duidelijk dat een motorische achterstand in stand gehouden kan worden door een leefstijl gekenmerkt door beweegarmoede en angst voor bewegen, al dan niet in situaties met andere kinderen. Door de sociale omgeving waar mogelijk weinig aandacht is voor fysieke activiteit kan dit in stand gehouden worden. In de beweeglessen voor kinderen wordt gewerkt aan de motorische vaardigheden en de angsten die kinderen hebben voor bewegen, zodat het kind sneller geneigd is meer te gaan bewegen, de bewegingservaring meer wordt en de beweegarmoede minder wordt. In de ouderbijeenkomsten ligt de nadruk op kennis ten aanzien van bewegen in de vrije tijd, motorische

ontwikkeling en het creëren van een goede bewegingomgeving zodat de kinderen voldoende bewegingservaring opdoen en een sterk motorisch fundament ontwikkelen.

Onderzoek – max 100 woorden

KidsXtra Beek (2018-2020) is een motorisch bewegprogramma voor kinderen van 2-4 jaar met motorische aandachtspunten. We maakten al snel de inschatting dat een groot percentage van de kinderen dit project nodig zou hebben. 55% van de peuters hadden aan het begin van de projectperiode een achterstand op één of meer van de vier hoofd motorische groepen. Daarnaast weten we uit het verleden dat als je dit na peuterspeelzaaltijd organiseert, je vaak niet de kinderen bereikt die dit programma het hardst nodig hebben. Om die reden en om het feit dat meer dan de helft van de kinderen het programma nodig hadden, hebben we de keuze gemaakt om het project aan alle peuters van de Beekse peuterspeelzalen te bieden. In deze werkwijze konden we een win-win situatie aangaan door de pedagogisch medewerkers van de peuterspeelzalen op te leiden in ons gedachtegoed en onze werkwijze. Dit bleek een ware eye opener te zijn. De kinderen ontwikkelden zich in een rap tempo, evenals de pedagogisch medewerkers. De key to succes elementen van het gedachtegoed waren: kinderen een diversiteit aan beweegsituaties bieden, volledig gedifferentieerd op meerdere niveaus, op eigen tempo en eigen niveau, iedereen tegelijkertijd in beweging, stimulans tot oplossingsgericht bewegen, zelfstandigheid, eigen grenzen bepalen en verleggen. Dit zorgde voor enorme ontwikkeling, succesbeleving, vertrouwen en plezier. Aan het einde van de projectperiode hebben we het percentage van 55% kunnen reduceren tot 15%.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.

Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

De interventie is bedoeld voor kinderen die bij aanvang van de interventie de leeftijd hebben van 2 t/m 6 jaar en waarbij er een vermoeden is van een motorische achterstand op 1 of meer van de 4 motorische hoofdgroepen van het LeerlingVolgSysteem (LVS):

- (statisch) evenwicht
- kracht (dynamisch evenwicht)
- coördinatie
- oog- lichaamcoördinatie

Daarnaast richten we ons, om toekomstige fysieke inactiviteit te voorkomen, op kinderen waarbij sprake is van een vorm van beweegangst op de 4 meest voorkomende beweegangsten volgens het LVS:

- angst voor hoogte
- angst voor de bal
- angst om over de kop te gaan
- angst voor andere kinderen in spel- en beweegsituaties

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

De ouders/verzorgers van de hoofddoelgroep worden betrokken bij de interventie en zijn de intermediaire doelgroep.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?

Selectie vindt plaats door observatie vanuit ouders van kinderen, professionals uit de zorgketen en/of professionals uit het onderwijs en/of de peuteropvang. Hieruit ontstaat het vermoeden van een bewegingsachterstand. Dit is bijvoorbeeld het geval bij kinderen die vaak vallen, moeite hebben met vangen van een ballon (of bal op de iets oudere leeftijd), of opvallende bijbewegingen in het looppatroon hebben. Hetzelfde geldt voor beweegangst: tekenen hiervan zijn bijvoorbeeld niet durven rollen, erg veel spanning ervaren bij het klimrek en er niet in durven, of kinderen die het eng vinden als er een bal of ander object op hun af komt.

Wanneer het vermoeden bij ouders en professionals uit zorg en onderwijs is dat kinderen onder het niveau van hun leeftijd scoren voor motorische achterstand of beweegangsten, kunnen ze deelnemen aan KidsXtra.

In de eerste les van KidsXtra worden deze achterstanden en angsten door de beweeginstructeur daadwerkelijk getest op de 4 motorische hoofdgroepen en 4 beweegangsten volgens de methode van het LVS en wordt er een score gekoppeld aan de mate van motorische achterstand en/of beweegangst en op welke onderdelen dit voorkomt. Dan kan er een lesprogramma op maat worden gemaakt (zie verder 1.3: inhoud interventie). Als er ondanks het vermoeden van motorische achterstand of beweegangst toch uit de test blijkt dat er geen sprake is van achterstand of angst, dan wordt dit bespreekbaar gemaakt met de ouders of er al dan geen deelname is (bv. momentopname van test weersprekt dagelijkse ervaringen van ouders).

Exclusiecriteria:

Wanneer kinderen nog niet in staat zijn om te lopen, dan kunnen ze niet deelnemen aan KidsXtra. Als uit gesprekken met ouders blijkt dat de motorische achterstand een pathologische oorzaak heeft dan dient de projectcoördinator dit te bespreken met een samenwerkende kinderfysiotherapeut of kinder(huis)arts om te kunnen bepalen of kinderfysiotherapie of KidsXtra het beste past bij de ontwikkelingsdoelen. Als ouders van tevoren al aangeven het niet zien zitten om wekelijks hun kind naar de les te brengen of de ouderbijeenkomsten te bezoeken, dan is dat ook reden voor exclusie.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

Het programma is aanvankelijk ontwikkeld door de interventie-eigenaar op basis van kennis uit wetenschappelijk onderzoek en ervaring. Een programma-evaluatie behoort tot de onderdelen van het programma. Hierin kan de intermediaire doelgroep, de ouders en professionals dus, een oordeel geven over het programma, en aangeven welke verbeterpunten zij zien. Dit kan gaan om zowel de inhoud alsook de organisatie van het programma. De uitkomsten van de procesevaluatie worden meegenomen in de doorontwikkeling van de interventie. Bij de initiële ontwikkeling van het programma in 2010 was de einddoelgroep niet betrokken, maar is op basis van eigen inzicht uit literatuur het interventieprogramma gestart. Kleine aanpassingen in structuur en inhoud (bv. nieuwe oefeningen toevoegen) hebben wel plaatsgevonden, maar een eerdere grote doorontwikkeling heeft tot op heden nog niet plaatsgevonden. Dit zal vanaf heden gaan gebeuren. Bij doorontwikkeling in de toekomst wordt meer gebruik gemaakt van de ervaringen en ideeën van de doelgroep (ouders) die in procesevaluaties vermeld worden.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Het hoofddoel van de interventie is dat kinderen van 2 t/m 6 jaar met een motorische achterstand en/of beweegangst volgens het LVS, hun achterstand inlopen.

Subdoelen – max 350 woorden

Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?

Subdoelen zijn:

1. Motorische achterstand op 1 of meer van de 4 motorische hoofdgroepen verminderen

Kinderen die bij aanvang van de interventie een vorm van motorische achterstand hadden op minimaal 1 van de 4 motorische hoofdgroepen, hebben na afloop van KidsXtra een hoger niveau van vaardigheid waarop het kind een achterstand had in vergelijking met de beginsituatie, d.w.z. de achterstand die er was moet zijn ingelopen en het kind de vaardigheid heeft die bij zijn/haar kalenderleeftijd hoort. De mate van groei van de motorische vaardigheden op deze gebieden wordt getest door de resultaten uit de testen van de 4 motorische hoofdgroepen voorafgaand aan de interventie te vergelijken met de resultaten van dezelfde testen die aan het einde van de interventie nogmaals worden uitgevoerd

2. Verminderen beweegangst

Kinderen die bij aanvang van de interventie een vorm van bewegingsangst hadden, hebben na afloop van KidsXtra minder angst om te bewegen; gemeten door de 4-angsten observatie van het LVS

3. Beweegparticipatie als onderdeel van de vrijetijdsbesteding

Na afloop van de interventie bewegen de kinderen meer in hun vrije tijd en worden ze gestimuleerd aan te sluiten bij een sport- en beweegaanbieder.

Subdoelen op niveau van ouders:

4. Stimulans tot meer bewegen in de vrije tijd met de kinderen

Ouders weten hoe ze in de thuissituatie een bijdrage kunnen leveren in het terugdringen van de motorische achterstand en bewegingsangst door een actieve leefstijl te bevorderen; gemeten door evaluatiegesprek

5. Voorbeeldfunctie ouders

Ouders zijn zich na de interventie bewust van hun invloed en voorbeeldfunctie rond een actieve leefstijl; gemeten door evaluatiegesprek

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 200 woorden

Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

Het programma kent verschillende fases. In de tabel hieronder is de tijdlijn van KidsXtra weergegeven:

Vorbereidingsfase

In de voorbereidingsfase is er een opstartfase en een pre-interventiefase.

In de opstartfase, 10-4 weken voor het begin van de interventiefase, wordt het programma KidsXtra besproken met de opdrachtgever en wordt de structuur eromheen opgezet. Er wordt gekeken naar de formatie van het team, de locatie waar de lessen worden gegeven en de potentiële samenwerkingspartners worden in kaart gebracht. Tevens wordt er een cursusdag georganiseerd door RiskCare Preventie. De

projectcoördinator en de uitvoerders van de beweeglessen en de ouderbijeenkomsten zijn verplicht deel te nemen aan de cursusdag. Voor de betrokken sportverenigingen wordt een aparte bijeenkomst georganiseerd, waarin de sportvereniging tips en tools krijgen om aanbod te creëren of aan te passen voor de doelgroep 2 t/m 6 jaar. De bijeenkomst wordt door het uitvoerend team en RiskCare Preventie samen verzorgd. Tevens wordt er gekeken naar een mogelijk samenwerkingsverband met een lokale peuterspeelzaal en/of kinderopvangorganisatie.

Pre-interventiefase

De pre-interventiefase vindt 4-2 weken voorafgaand aan de interventiefase plaats. De deelnemers voor KidsXtra worden geselecteerd, groepen worden geformeerd, de planning wordt gemaakt en gecommuniceerd met het team, de deelnemers en ouders (zie tabel 1.1).

Interventiefase

De interventiefase duurt 16 weken. Tijdens de interventiefase vinden twee metingen plaats om enerzijds het beginniveau in kaart te krijgen en anderzijds de vorderingen te kunnen zien. In de eerste les wordt een 0-meting gedaan aan de hand van de volgende testen:

- (statisch) evenwicht
- kracht (dynamisch evenwicht)
- coördinatie
- oog- lichaamcoördinatie
- angst voor hoogte
- angst voor de bal
- angst om over de kop te gaan
- angst voor andere kinderen in spel- en beweegsituaties

Aan de hand van de in de 0-meting geconstateerde motorische aandachtspunten of angsten voor bewegen, wordt op maat een lesprogramma van 12 lessen ontwikkeld. Na les 4,7,10 en 13 vindt er een sportinstuif plaats verzorgd door één van de geselecteerde lokale sport- en beweegaanbieders. Gedurende 16 weken vinden er ook bijeenkomsten plaats voor de ouders. Tijdens deze bijeenkomsten krijgen de ouders meer informatie over het bevorderen van het beweeggedrag in en rondom het gezin. De bijeenkomsten voor ouders worden (waar mogelijk) gegeven door dezelfde beweeginstructeur als waar de kinderen les van krijgen. In de één-na-laatste les vindt de nameting plaats d.m.v. dezelfde testen als tijdens de 0-meting.

Nazorg en handhavingfase

Van week 16 t/m 20 staat alles in het teken van nazorg en handhaving. Ouders ontvangen in week 16 een gepersonaliseerd rapport van hun kind met een advies of doorverwijzing naar een sport-, zorg- of beweegaanbieder. Bij de warme overdracht naar sport- en beweegaanbod wordt voortgebouwd op de ervaringen die zijn opgedaan met de 4 sportinstuiven tijdens de interventie. Tevens worden alle partners op de hoogte gesteld van de vorderingen en potentiële kansen voor de deelnemers en hun ouders en kan gestart worden met de opzet van een nieuwe groep.

Planning	Uitvoering	Bijzonderheden
10-4 weken voor aanvang van de eerste les	Voorzorg	<ul style="list-style-type: none"> • Sociale kaart samenstellen; • Contact voor doorverwijzingen met lokale sport- en beweegaanbieder, zorgaanbieders, scholen, peuterspeelzalen; • Zoeken naar een geschikte begeleider (MRT-er/vakleerkracht), diëtist en locatie; • Materiaalaanschaf (zie materiaallijst). • RiskCare Preventie verzorgt trainingsdag voor projectcoördinator en uitvoerende professionals. Daarnaast

		is er een aparte trainingsdag voor jeugdleiders van samenwerkende verenigingen (sportinstuiven).
4-2 weken voor aanvang van de eerste les	Contact doorverwijzingen	Potentiële deelnemers zijn geselecteerd door lokale zorgaanbieders, JGZ, school, kinderopvang of peuterspeelzalen. Eerste contact volgt met de ouders van de doorverwezen kinderen (informatief).
2 weken voor aanvang van de eerste les	Planning doorsturen	De projectplanning doorsturen naar alle betrokken partijen (ouders, sport- en beweegaanbieders, begeleider, opdrachtgever, etc.).
Week 1	Motorische les 1	0-meting motorische vaardigheden en bewegangsten.
Tussen week 1 en 2	Contact ouders	Contact over de testresultaten van de 0-meting, rapport wordt per mail of post toegezonden. Naar aanleiding van de resultaten wordt besloten of deelname noodzakelijk is. Indien dit niet het geval wordt telefonisch contact opgenomen.
Week 2	Motorische les 2	1 ^e les op maat voor de definitieve groep.
Week 3	Motorische les 3	Tevens eerste voorlichting voor ouders.
Week 4	Motorische les 4	Tevens contact opnemen met lokale sportaanbieders over het niveau van de kinderen.
Week 5	Sportinstuif 1	Sportkennismaking door lokale beweegaanbieder.
Week 6	Motorische les 5	Tweede voorlichting voor ouders. Tijdens deze voorlichting wordt bij de ouders nagegaan hoe de kinderen de sportinstuif vonden en of ze er mogelijk ook iets mee gaan doen.
Week 7	Motorische les 6	Individuele beweegoefeningen worden aan ouders meegegeven. Thuis oefenen start van deze week.
Week 8	Sportinstuif 2	Sportkennismaking door lokale beweegaanbieder.
Week 9	Motorische les 7	Nagaan bij de ouders hoe de kinderen de sportinstuif vonden en of ze er mogelijk ook iets mee gaan doen. Tevens derde voorlichting voor ouders.
Week 10	Motorische les 8	Les op maat, denk aan individuele beweegoefeningen.
Week 11	Sportinstuif 3	

		Sportkennismaking door lokale beweegaanbieder.
Week 12	Motorische les 9	Nagaan bij de ouders hoe de kinderen de sportinstuif vonden en of ze er mogelijk ook iets mee gaan doen. Tevens laatste voorlichting voor ouders.
Week 13	Motorische les 10	Les op maat, denk aan individuele beweegoefeningen.
Week 14	Sportinstuif 4	Sportkennismaking door lokale beweegaanbieder.
Week 15	Motorische les 11	1-meting en evaluatieformulier voor ouders meenemen.
Week 16	Motorische les 12	Rapporten worden met ouders overlegd en mogelijke nazorg of aanbevelingen worden met hen besproken. Mogelijkheid voor de ouders om de evaluatieformulieren in te leveren.
Week 17 t/m 20	Nazorg	Terugkoppeling naar partners in de keten die de doorverwijzing hebben gedaan.

Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.

Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.

Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.

Vorbereidingsfase (10-4 weken voorafgaande aan de start):

- De organisatie, bijvoorbeeld peuterspeelzalen, kinderfysiotherapiepraktijken, gemeentes, etc. die KidsXtra wil gaan uitvoeren kan zich aanmelden door contact op te nemen met RiskCare Preventie.
- De partij die wilt gaan werken met KidsXtra wijst bij start van de voorbereidingsfase een projectcoördinator aan.
- De projectcoördinator stelt een sociale kaart op van potentiële samenwerkingspartners voor doorverwijzing of implementatie:
 - Gezondheidszorg: JGZ, huisartsen, kinderartsen, (kinder)fysiotherapeuten, diëtisten, MRT's, psychologen, etc.;
 - Onderwijs: basisscholen, peuterspeelzalen, kinderdagverblijven;
 - Sportverenigingen of omniverenigingen uit de regio waarmee wordt samengewerkt bij de sportinstuiven (4 verenigingen worden uiteindelijk geselecteerd);
- Vervolgens legt de projectcoördinator contacten met potentiële doorverwijzers en overlegt het gedachtegoed van KidsXtra. De doorverwijzers gaan selecteren en informeren de ouders van potentiële deelnemers over mogelijke deelname van hun kind aan KidsXtra.
- De projectcoördinator gaat op zoek naar een geschikte locatie met een goed materiaalinventaris.

- De projectcoördinator bekijkt de mogelijkheden tot implementatie van het gedachtegoed binnen de peuterspeelzalen, basisscholen of kinderopvang door KidsXtra op locatie en onder opvangtijd/schooltijd te gaan organiseren. De pedagogisch medewerkers of groepsleerkrachten kunnen zo op hun beurt opgeleid worden om dit soort lessen voor alle kinderen op locatie/school te organiseren. Zo heb je twee vliegen in één klap.
- De projectcoördinator formeert een team met geschikte professionals die vervolgens een training krijgen van RiskCare Preventie op de door hen gekozen locatie (gymzaal).

Pre-interventiefase (4-2 weken voorafgaande aan de start):

Vanaf 4 weken voor de start is er contact met de ouders van doorverwezen deelnemers (informatiebrief en telefonisch contact). Het contact wordt verzorgd door de uitvoerder(s) van KidsXtra. Eventuele vragen of onduidelijkheden vanuit ouders kunnen besproken worden en alle ins and outs van het project worden met de ouders gecommuniceerd. 2 weken voor de eerste les wordt de planning van het project doorgestuurd naar alle betrokken partijen, uitvoerders en naar de ouders.

Interventiefase (16 weken)

De kern van de interventie bevat 12 motorische lessen en 4 sportinstuiven voor de kinderen, en 4 aparte bijeenkomsten voor de ouders. Hieronder worden deze verder toegelicht:

Motorische lessen:

Na selectie van de deelnemers, worden groepen geformeerd van kinderen in de leeftijd van 2 t/m 3 jaar en van 4 t/m 6 jaar. Hiervoor is gekozen om te grote verschillen in leeftijd, motorisch en cognitieve vaardigheden te voorkomen. De aanpak voor beide leeftijdsgroepen is hetzelfde. Alleen de maximale groepsgrootte voor kinderen van 2 t/m 3 jaar is 8 kinderen en voor 4 t/m 6 jaar is dat 12 kinderen. Tijdens de motorische lessen is de belangrijkste rol weggelegd voor de beweeginstructeur. Tijdens de eerste les (of voorafgaand eraan) ontvangen de ouders een anamneseformulier van de beweeginstructeur zodat deze een beeld krijgt van het kind en rekening kan houden met mogelijk eerdere blessures, ziektebeelden, etc.. Met behulp van het LVS Bewegen en Spelen, worden door de beweeginstructeur de vier motorische hoofdgroepen en de vier meest voorkomende angsten tijdens het bewegen getest en worden de aandachtsgebieden van ieder individu inzichtelijk gemaakt. Aan de hand van de testresultaten wordt het beginniveau van de kinderen vastgesteld. Aan de hand van de aandachtspunten en het beginniveau wordt de eerste les op maat ontwikkeld. Dit gebeurt met behulp van de oefeningen per aandachtsgebied in het handboek van KidsXtra:

- Protocol coördinatie: alternerend bewegen; symmetrisch bewegen; dissociatiebewegingen; bewegingsgevoel; oog- lichaamcoördinatie.
- Protocol evenwicht: statisch evenwicht; dynamisch evenwicht; springen.
- Protocol angst voor bewegen: angst voor hoogte; angst voor ballen; angst voor over de kop gaan en angst voor andere kinderen.

Er is geen vast protocol voor de gekozen oefeningen tijdens de lessen aangezien de lessen op maat worden ontwikkeld. Hiervoor is gekozen omdat ieder kind anders is, iedere groep is anders, iedere zaal is anders en overall is ander materiaal aanwezig. RiskCare Preventie biedt aan de hand van de protocollen in het handboek en de overdracht van het gedachtegoed tijdens de training, een werkwijze voor de beweeginstructeur waar zij zich vertrouwd mee voelen. De beweeglessen duren 1 uur en kennen doorgaans een vaste structuur m.b.t. indeling in de tijd:

- Er is een inleiding van 5 minuten waarin een warming-up plaatsvindt op een manier die de kinderen leuk vinden en die past binnen hun belevingswereld. De grondvormen van bewegen worden wekelijks op een ludieke manier in de warming-up geoefend.
- De kern bestaat uit een 3-4 vakken systeem (afhankelijk van de grootte van de zaal). Tijdens de kern worden oefeningen uitgevoerd die betrekking hebben op de individuele aandachtspunten van de kinderen. Belangrijk is dat de oefeningen gedifferentieerd worden aangeboden, zodat kinderen zelf hun grens kunnen bepalen en verleggen. De vakken worden 7-8 minuten geoefend zodat de oefening en de vaardigheid eigen gemaakt kan worden.
- Als afsluiting van de les is er een rustige oefening of een afsluitend liedje. Dit kunnen de professionals op eigen inzicht bepalen en duurt +/- 2 minuten.

In het handboek zijn oefeningen beschreven die per onderdeel kunnen worden uitgevoerd. Deze oefeningen zijn niet bindend (veel en gevarieerd bewegen is het uitgangspunt) en in die zin gaan we ervan uit dat de beweeginstructeur de ervaring heeft om met de oefeningen de lessencyclus te vullen. Los van de oefenstof, worden de werkzame elementen van KidsXtra wekelijks opgevolgd door de beweeginstructeur:

1. Oefenstof wordt op minimaal 5 niveaus gedifferentieerd;
2. Kinderen zijn allemaal tegelijkertijd in beweging;
3. Kinderen mogen zelf grenzen bepalen en verleggen;
4. Kinderen bewegen op eigen tempo en niveau;
5. Duidelijke en vaste structuur;
6. Oplossingsgericht bewegen wordt gestimuleerd;
7. Duidelijke instructie (tone of voice);
8. Positieve feedback en benadering (alles wat je doet is goed);
9. Beweeginstructeur staat vrij in de situatie.

Sportinstuiven

Eens in de 4 weken vindt de zogeheten sportinstuif plaats. Dit gebeurt op de locatie waar KidsXtra gegeven wordt. Een trainer of jeugdleider van 1 van de 4 in de voorbereidingsfase geselecteerde partnerverenigingen, geeft een training met als thema de sport die betrekking heeft op de betreffende vereniging. De beweeginstructeur van de beweeglessen is hierbij ook aanwezig.

Ouderbijeenkomsten:

De 4 ouderbijeenkomsten die door de beweeginstructeur worden gegeven, duren 60 minuten en hierin krijgen de ouders voorlichting over beweging in de vrije tijd, actieve leefstijl en de fases van motorische ontwikkeling. Ouders gaan met elkaar in conclaaf, krijgen tips voor thuis en inzicht in wat nodig is om de juiste ontwikkelstappen te kunnen zetten.

De lessen kennen een vaste opzet:

- 20 minuten nabespreking vorige bijeenkomst en aandacht voor specifieke vragen vanuit ouders (m.u.v. les 1, dan betreft dit kennismaking).
- 5-10 minuten introductie thema van de bijeenkomst. De onderwerpen van de ouderbijeenkomsten 1, 2 en 3 zijn resp. actieve leefstijl en bewegen in de vrije tijd, hoe stimuleer en ondersteun je jouw kind om te komen tot een goed motorisch fundament en de verschillende motorische ontwikkelstadia i.c.m. jouw verwachtingspatroon. In bijeenkomst 4 worden de onderwerpen van de eerste 3 bijeenkomsten herhaald en worden de belangrijke punten nogmaals benadrukt.
- 25 minuten kern: uitleg theorie over het thema + actieve opdrachten.
- 5 minuten afsluiting + uitdelen van lijsten waarop ouders hun specifieke problemen ervaren t.a.v. het besproken thema.

Tijdens de training van RiskCare Preventie voor de uitvoerend professionals staat ouderbetrokkenheid hoog op de agenda. De content voor de 4 ouderbijeenkomsten is voor de professionals bepaald, maar als dit niet met enige interactie en inbreng vanuit de ouders zelf wordt georganiseerd, dan is de kans klein dat ouders blijven komen. De truc is om hen een stukje eigenaarschap te laten voelen voor de ouderbijeenkomsten. Hiervoor worden diverse werkvormen door RiskCare Preventie gepresenteerd.

Nazorg/handhaving (week 16 t/m 20):

De periode van nazorg start al in de week van de laatste les. Ouders krijgen een gepersonaliseerd rapport van hun kind met daarop een advies voor een vervolg voor na KidsXtra. We streven er namelijk naar dat kinderen na afloop van KidsXtra aansluiten bij een sport- en beweegaanbieder of wanneer nodig gebruik maken van de expertise van een kinderfysiotherapeut, ergotherapeut, etc. Bij de warme overdracht naar sport- en beweegaanbod wordt voortgebouwd op de ervaringen die zijn opgedaan met de 4 sportinstuiven tijdens de interventie.

De verslagen van de deelnemers worden besproken met de betrokken partijen, waarna ook de mogelijke verbeterpunten van het project worden aangehaald. Alles staat in het teken van structureel vervolg van de deelnemers binnen de lokale setting en doorstart van het project met nieuwe groepen kinderen.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

- Het nieuwe handboek KidsXtra (2020)
- De informatiebrief over de inhoud van KidsXtra voor doorverwijzers om aan de ouders mee te geven.
- Een aanmeldingsformulier voor KidsXtra voor ouders.
- Het anamneseformulier dat in de eerste les door de beweeginstructeur afgenomen wordt voor ouders.
- Een evaluatieformulier voor de ouders en een evaluatieformulier voor de uitvoerders, als onderdeel van de procesevaluatie.
- De registratieformulieren die gebruikt worden bij afname van de motorische testen en bewegingsten voor de uitvoerder
- Een format om de rapporten mee op te stellen.
- Videomateriaal om partners mee te overtuigen.

Vanuit RiskCare Preventie worden geen sportmaterialen te huur aangeboden of beschikbaar gesteld. Dit valt onder de verantwoordelijkheid van de uitvoerende instantie (door goed vooronderzoek bij het vinden van de geschikte locatie). In de bijlage in het handboek staat een uitgebreide lijst van materiaal dat aanwezig moet zijn om zo divers mogelijk aanbod te kunnen creëren. Ook staat beschreven waarvoor deze materialen ingezet kunnen worden. Voorbeelden van oefeningen die de beweeginstructeur kan gebruiken staan ook in de bijlage van het handboek.

Tevens worden promotionele materialen door de uitvoerende organisatie zelf opgesteld en afgedrukt (brochure, posters, etc.). Tijdens de training voor professionals besteedt RiskCare Preventie speciale aandacht aan gespreksvoering met ouders en benadering van de doelgroep.

De formats van bovenstaande documenten worden aangeleverd door RiskCare Preventie en kunnen in opmaak aangepast worden door de uitvoerende partij.

Locatie en type organisatie – max 200 woorden

Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?

Belangrijk ten aanzien van de locatie is dat:

- de locatie centraal ligt in de omgeving zodat deze goed bereikbaar is voor alle deelnemers
- de locatie beschikt over een speelzaal én een leslokaal (voor de ouderbijeenkomsten)
- de gymzaal beschikt over minimaal 1 klimraam (liefst 2), 2 á 3 banken, minimaal 4 dunne maten, 1 dikke mat, 2 touwen om de dikke mat mee te bevestigen, en 1 dik touw om 'de berg op te klimmen'. Dit zijn de materialen die minimaal nodig zijn om de testen te kunnen uitvoeren. Voor de lessen is het handiger als er meer materiaal is zodat makkelijker gevarieerd kan worden in beweegsituaties in groepjes van verschillend niveau. Hoeveel ideaal is, is ook te vinden in de materiaallijst in de bijlage van het handboek van de interventie.

De organisaties die de interventie kunnen uitvoeren zijn instanties die betrokken zijn bij de opvoeding en ontwikkeling van de jongeren zoals JGZ, kinder- of huisartsen, (kinder)fysiotherapeutische instellingen, diëtistenpraktijken, basisscholen, peuterspeelzalen, kinderdagverblijven en sportverenigingen.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

KidsXtra kan op twee manieren worden uitgevoerd: de geïndiceerd preventieve aanpak en de preventieve aanpak. Binnen deze verschillende vormen worden in de uitvoering verschillende achtergronden en

opleidingen gevraagd. Het verschil in de aanpak zit hem voornamelijk in de intensiteit van de opleiding KidsXtra. De aanpak in uitvoering van het project zal vervolgens nagenoeg hetzelfde zijn.

De volgende uitvoerders zijn betrokken bij de interventie:

- De projectcoördinator dient werkzaam te zijn in het sociaal- of zorgdomein, waarbij het belangrijk is dat deze persoon al inzicht heeft in het zorgnetwerk en de lokale sportaanbieders: JOGG-regisseur, buurtsportcoach, combinatiefunctionaris, vakleerkracht, MRT-er, gemeentelijke beleidsmedewerker of een lokale zorgprofessional. Het gaat in deze functie om het verbinden en activeren van de ketenpartners. Vooropleidingen kunnen zij hebben gevolgd aan Sporthogeschool (sportbeleid) maar zij kunnen ook hun opleiding gevolgd hebben in de richting van Economie en/of Management.
- Beweeginstructeur geïndiceerd preventieve aanpak: de uitvoerder van de beweeglessen en ouderbijeekomsten moet in het bezit zijn van een relevante opleiding binnen het domein zorg of sport en bewegen. Tevens vinden wij het belangrijk dat de uitvoerder minimaal 1 jaar ervaring heeft met de doelgroep peuters, kleuters en kinderen in de leeftijd van 2 t/m 6 jaar. Ook rondom de uitvoering van de ouderbijeekomsten is het belangrijk dat de professional affiniteit en ervaring heeft met de doelgroep. Relevante opleidingen voor uitvoerders van de beweeglessen zijn MBO Sport en bewegen, HBO Sporthogeschool, Kinderfysiotherapie, Motorisch Remedial Teaching (2 jarige post-HBO).
Beweeginstructeur preventieve aanpak: De uitvoerder van de beweeglessen is binnen deze aanpak een pedagogisch medewerker van een kinderdagverblijf of peuterspeelzaal of een groepsleerkracht binnen het primair onderwijs. Hiervoor dient men een afgeronde opleiding tot pedagogisch medewerker te hebben gevolgd en in het geval van de groepsleerkracht de PABO.
- Bij de verenigingen die voor de sportinstuiven zorgen is er voor het uitvoerend kader (mogen zowel professionals als vrijwilligers zijn) geen specifieke opleiding vereist, maar ervaring in het werken met kinderen van deze leeftijd is wel noodzakelijk, en dient men kennis te hebben van hun motorische en cognitieve ontwikkelingsstadia.

Kwaliteitsbewaking – max 200 woorden

Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?

Er zijn tussentijdse evaluatiemomenten tussen de programma manager van RiskCare Preventie en de projectcoördinator en uitvoerders van KidsXtra. Er wordt op de helft van het traject een kort verslag geschreven over de voortgang. Na inzage wordt er telefonisch besproken hoe zaken opgepakt kunnen worden waardoor de kwaliteit verbeterd. Voor RiskCare Preventie is het belangrijk te weten wat er goed gaat en waar de uitvoerders nog mee stoeien. Dit kan bij iedereen anders zijn, vandaar dat maatwerk wordt geboden. Aan het eind van de interventie vindt een procesevaluatie plaats waarover wordt gecommuniceerd met de interventie-eigenaar RiskCare Preventie. Deze wordt uitgevoerd door de projectcoördinator en/of uitvoerder van KidsXtra. Vervolgens vindt er nog een face-to-face terugkombijeenkomst plaats om de vorderingen en knelpunten te bespreken en de uitvoerende partij van nieuwe inzichten te voorzien. Voorafgaande aan de uitvoering van KidsXtra wordt er een cursusdag georganiseerd door RiskCare Preventie. De projectverantwoordelijke en de uitvoerders van de beweeglessen en de ouderbijeekomsten zijn verplicht deel te nemen aan de cursusdag. Voor de betrokken sportverenigingen wordt een aparte bijeenkomst georganiseerd door de uitvoerders samen met RiskCare Preventie, waarin de sportvereniging tips en tools krijgen om aanbod te creëren of aan te passen m.b.t. de doelgroep. Als men zich houdt aan bovenstaande afspraken, dan wordt de licentie voor KidsXtra verleend.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

Om de interventie goed te kunnen uitvoeren is het van belang dat er:

- De locatie voldoet aan beschreven vereisten m.b.t. materiaal en grootte.
- Alle betrokken professionals beschikking over de juiste opleiding en ervaring.
- De tijd wordt genomen voor goede voorbereiding.

- Goed contact en goede samenwerking is met lokale partijen zoals verenigingen en specialisten die voor de doorverwijzing zorgen
- Transparante en goede communicatie met de interventie-eigenaar.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Stappenplan voor implementatie:

Vorbereidingsfase:

1. Aanmelden bij RiskCare Preventie voor het gebruik willen maken van KidsXtra;
2. De organisatie wijst een geschikte projectcoördinator aan;
3. De coördinator activeert en mobiliseert lokale zorgpartners, beweegaanbieders, peuterspeelzalen, kinderdagverblijven en scholen;
4. De coördinator bespreekt met de doorverwijzers de gang van zaken en de manier van doorverwijzing;
5. De coördinator stelt een geschikt team samen;
6. RiskCare Preventie verzorgt een training voor de coördinator en het uitvoerend personeel;

Pre-interventiefase:

7. De doorverwijzers gaan gesprekken aan met ouders van potentiële deelnemers;
8. De aanmeldingen worden gecommuniceerd met de projectcoördinator;
9. De uitvoerders sturen een eerste informatiebrief naar de ouders van de aangemelde deelnemers;
10. Planning wordt gemaakt en groepen worden geformeerd. Dit wordt gecommuniceerd met het team, de partners en de ouders van de deelnemers;

Interventiefase:

11. Er vindt een 0-meting plaats;
12. Aan de hand van de bevindingen uit de 0-meting wordt een lesplan opgesteld;
13. Ouders krijgen vier bijeenkomsten over gezonde leefstijl en bewegen;
14. De kinderen krijgen 12 beweeglessen op maat en 4 sportinstuiven;
15. Er vindt een 1-meting plaats om de vorderingen inzichtelijk te krijgen;
16. RiskCare Preventie is gedurende de interventiefase vraagbaak en hulplijn;
17. Het programma wordt waar nodig door het team op maat gemaakt en aangepast;
18. Na 8 weken interventie hebben de coördinator en RiskCare Preventie contact over het verloop;
19. Ouder ontvangen advies, rapport en mogelijk doorverwijzingen. Partners worden ook op de hoogte gesteld;

Verankering:

20. Contact houden met zorg- sport- en beweegaanbieders waar de kinderen zich aanmelden;
21. De organisatie van KidsXtra is na afloop van de interventie altijd bereikbaar voor vragen, terughal van casussen die er bij de ouders van de kinderen spelen;
22. Verankering in het gemeentelijk beleid;
23. Verankering binnen de zorgketen;
24. Verankering van samenwerking tussen de uitvoerders en de lokale sportverenigingen;
25. Langdurige financiering voor KidsXtra;
26. Start nieuwe groepen.

RiskCare Preventie is momenteel i.s.m. het KNGF bezig om ook KidsXtra uit te zetten als interventie binnen de (kinder)fysiotherapie. Dit is één van de acties die uitgezet wordt om het programma landelijk te implementeren binnen een sector die het dichtst bij het gedachtegoed zit.

RiskCare Preventie doet niet aan koude acquisitie en wil dat de successen van KidsXtra aanleiding zijn voor andere organisaties om ook te gaan werken met de interventie en het gedachtegoed. We werken liever met

een aantal ambassadeurs dan dat we zelf in de auto stappen om de interventie aan de man te brengen in Nederland.

Kosten – max 200 woorden

Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

In onderstaande tabellen staan de kosten en uren van de interventie weergegeven, uitgesplitst naar kosten van personeel, organisatie en materiaal. Dit betreft een indicatie van kosten per traject van maximaal 12 deelnemers. Uurtarieven van personeel en huur locaties kunnen verschillen, vandaar dat we hier een gemiddelde nemen of de tijdsbesteding in uren van het personeel weergeven. Enkele kostenposten zijn niet per traject maar zijn jaarlijkse kosten.

Een kostenindicatie van de organisatie van RiskCare Preventie staat hieronder weergegeven:

Directe kosten: personeel	Rol	Structureel
Uren voor lokale uitvoer (aanvrager)	Beweeginstructeur	36 uur
Uren voor lokale uitvoer (aanvrager)	Lokale verenigingen	4 uur

Indirecte kosten: personeel	Rol	Structureel
Uren voor lokale uitvoer (aanvrager)	Coördinatie	18 uur

Directe kosten: materieel	Structureel	Eenmalig
Kosten voor spelmaterialen	€ 125.-	
Kosten voor de locatie (huur) gymzaal 16 uur	€ 320.-	
Kosten voor de locatie (huur) theorielokaal 4 uur	€ 320.-	
Kosten voor handboek		€ 250.-
Kosten voor service en licentie (per jaar)	€ 500.-	

Indirecte kosten: organisatie	Verplicht	Structureel	Eenmalig
Advisering, coaching en monitoring door eigenaar (per jaar)	<input checked="" type="checkbox"/>	€ 1000.-	
Deskundigheidsbevordering (training van uitvoerder, inclusief uren) KidsXtra en motorische tests (LVS)	<input checked="" type="checkbox"/>		€ 1200.-
Deskundigheidsbevordering sportvereniging voor het inrichten aanbod naar jonge doelgroep	<input checked="" type="checkbox"/>		€ 600.-
PR & Communicatie per project	<input type="checkbox"/>	€ 250.-	
Reiskosten personeel	<input type="checkbox"/>	€ 150.-	

De totaalkosten van 1 nieuw traject komen om en nabij de €7.000,-. Bij herhaling van een traject in hetzelfde jaar zullen de kosten ongeveer €3.500,- bedragen. Bij herhaling van het traject in een ander jaar liggen de kosten rond de €5.000,- per jaar tenzij door doorontwikkeling de onderdelen 'handboek' en 'deskundigheidsbevordering' dusdanig gewijzigd zijn dat gebruik van een nieuw handboek, en het volgen van training ter bevordering van deskundigheid volgens de nieuwe inzichten nodig is.

3. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.

Motorische achterstand is een onderwerp dat absoluut niet eenduidig en uitgebreid beschreven is in wetenschappelijke literatuur, en al helemaal niet voor de leeftijdsgroep van 2 t/m 6 jaar. In Nederland is een studie van Geuze (2016) een van de weinige studies die een bruikbare grondslag biedt voor de omschrijving van het probleem.

Aard

In de eerste levensfasen maakt een kind veel ontwikkelingen door, ook op het motorische vlak. Er zijn verschillende theorieën over motorische ontwikkeling beschreven (Essays UK, 2018) zoals de ontwikkellijnen van Mesker (fases van antagonisme, symmetrie, lateralisatie en dominantie), Ayres (motoriek en zintuiglijke ontwikkeling) en Gesell (ontwikkeling 'kop-naar voet', ontwikkeling van 'binnen-naar-buiten', ontwikkeling van enkelvoudige naar samengestelde bewegingen, ontwikkeling van 'massaal' naar 'effectief' bewegen). Natuurlijk ontwikkelt ieder kind zich op zijn eigen individuele niveau en tempo, maar op een gegeven moment kan een achterstand dusdanig ver zijn opgelopen dat de achterstand moeilijker behandelbaar wordt, en dit heeft dan negatieve gevolgen voor de verdere noodzakelijke motorische ontwikkelingen.

De motorische achterstand waarover we spreken heeft betrekking op kinderen met een tekort aan motorische vaardigheden ten opzichte van hun leeftijdgenoten, die niet door medische oorzaken of een tekort aan intelligentie verklaard worden (in de literatuur wordt motorische achterstand veelal aangeduid als Developmental Coordinative Disorder ofwel DCD). De belangrijkste kenmerken zijn: 1) gebrek aan motorische vaardigheid, vooral in complexere bewegingen en onder stress (bijvoorbeeld tijdsdruk); 2) traag, variabel en niet-vloeiend bewegingsverloop; 3) onnauwkeurigheid; 4) variabiliteit; 5) gebrekkig visueel-ruimtelijk inzicht; 6) problemen in het plannen van de onderdelen van een motorische taak, zoals nodig bij veters strikken; 7) komt tot uiting in verschillende, maar niet noodzakelijk in alle motorische vaardigheden (Geuze, 2016).

Ernst/spreiding

De prevalentie van motorische ontwikkelingsstoornissen onder 6- tot 12-jarigen in het gewone basisonderwijs wordt geschat op 1,7 tot 7,5%. De verhouding jongens:meisjes loopt uiteen van 1:1 tot 5:1. Op een totaal van 345 kinderen met een motorische ontwikkelingsachterstand in zes studies is de verhouding 1,7:1 (Geuze, 2016). Deze cijfers komen echter wel uit onderzoeken waarbij de onderzoekspopulatie bestond uit kinderen in de leeftijdsgroep van 5-14 jaar. Over kinderen in de leeftijden van 2-4 jaar zijn weinig gegevens bekend.

Gevolgen

Uit onderzoek blijkt dat kinderen die op jonge leeftijd een jaar achterliggen in motorische ontwikkeling, niet in staat zijn om op latere leeftijd op een vergelijkbaar niveau te scoren wat betreft fysieke indicatoren als uithoudingsvermogen, kracht of evenwicht (gemeten op de Movement Assessment Battery) als hun leeftijdgenoten die op jongere leeftijd wel normale motorische ontwikkeling hadden (Haga, 2009). Er kunnen ook gevolgen zijn voor de sociale, emotionele en cognitieve ontwikkeling van kinderen met een motorische achterstand en voor de fysieke fitheid. Door hun onhandigheid kunnen zij buitengesloten worden in spel en sport, impopulair zijn, een lage zelfwaardering ontwikkelen, niet graag naar school gaan of motivatie voor leren en bewegingsactiviteiten verliezen. Hierdoor doen ze weinig bewegingservaring op, wat de al genoemde gevolgen versterkt, ook op latere leeftijd (Geuze, 2016).

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Biologische oorzaken

Waarschijnlijk is bij motorische achterstand sprake van niet-optimale verbindingen in het zenuwstelsel, hetzij door aanleg of doordat efficiënte verbindingen (nog) niet zijn ontstaan gedurende de ontwikkeling. Een gebrek aan oefening kan daaraan bijdragen.

Naast structurele beperkingen kunnen er ook functionele beperkingen zijn op verschillende functieniveaus:

- Spierniveau: overmatig variabele regulatie van kracht en timing en gebrekkige coördinatie.
- Sensorisch niveau: de gevoeligheid en nauwkeurigheid van kinesthetische en visuoruimtelijke waarneming is bij veel kinderen minder goed ontwikkeld.
- Cognitief niveau: hierbij schieten aandachtsprocessen tekort

(Geuze, 2016)

Bewegingsangst

Bewegingsangst kan gedefinieerd worden als een specifieke cognitie (uit bijvoorbeeld een negatieve bewegingervaring), gekoppeld aan een emotie (de negatieve bewegingervaring die leidde tot pijn) en gekoppeld aan gedrag (bewegingsvermijding). Een kind met bewegingsangst heeft een hogere spierspanning of gaat bibberen en dit verandert bewegingspatronen. Het kind kan zich daardoor een heel andere motoriek aanleren en niet goed meekomen in de gymles, met als resultaat de al eerder beschreven gevolgen.

Bewegingsvermijding leidt tot minder bewegingervaring (Emck & Van de Kamp, 2008). Bewegingsangst kan zo het precedent scheppen voor motorische achterstand of kan juist de motorische achterstand bewegingsangst in de hand werken (Geuze, 2016).

Gebrek aan bewegingervaring als gevolg van bewegarmoede

Kinderen bewegen in deze tijd minder dan wat wenselijk is voor kinderen (Tremblay et al., 2016). Motorische achterstand heeft een wisselwerking met een gebrek aan bewegingervaring als gevolg van te weinig bewegen. Kinderen met een motorische achterstand bewegen minder, zo laat een Amerikaans-Israëlische studie van Cermak et al. (2016) zien. Helaas laat het artikel niet de richting van het verband zien, maar op jonge leeftijd zal de bewegarmoede eerder een gevolg van een motorische achterstand zijn en in mindere mate een oorzaak (dat zullen op deze leeftijd vooral de biologische oorzaken zijn). Het is echter een cyclisch proces: door motorische achterstand raken kinderen vaak buitengesloten van sport en spel door leeftijdsgenootjes en zullen ze zich afzijdig houden hiervan en minder bewegen. Hierdoor kunnen motorische vaardigheden weer minder goed ontwikkelen.

Sociale omgeving: Rol van ouders, kinderopvang, peuterspeelzaal en school

De rol van de ouders als het gaat om fysiek actief en gezond leefgedrag van de kinderen speelt een niet te onderschatten rol (Gustafson & Rhodes, 2006; Sallis, Prochaska, Taylor, 2000). Vooral de support van de ouders en de attitude ten aanzien hiervan bepaalt voor een deel de mate van gezond beweeggedrag van kinderen en het gezin. Support betekent in dit geval ondersteuning en aanmoediging van het kind zodat deze gemotiveerd wordt te bewegen (Fenner et al., 2016; Janicke et al., 2014; Totland et al., 2014).

Fysieke omgeving:

De openbare ruimtes in Nederland zijn klein en de ruimte om vrij en veilig buiten te kunnen spelen zijn minder. Het aanbod van sedentaire alternatieven zoals iPad's, PC's en TV is daarnaast groot en wordt een groot deel van de vrije tijd hieraan besteed, ten koste van bezigheden die meer fysieke inspanning vragen (He et al., 2009, Patriarca et al., 2009). Daarnaast is er ook op school te weinig aandacht en tijdsbesteding voor bewegingsonderwijs, en is het niveau bij reguliere sportverenigingen vaak te laag voor kinderen met motorische achterstand. De kans is aanwezig dat deze kinderen zich niet prettig voelen bij een vereniging en stoppen met sporten, met uiteraard nadelige gevolgen voor de tijd die aan beweging besteed wordt en de bewegingervaring. Dit laatste valt overigens niet geheel binnen de invloedssfeer van de interventie. Kader van verenigingen krijgt wel een training m.b.t. passende inhoud van hun trainingen, maar het al dan niet oprichten van een aparte tak voor de doelgroep is, hoe wenselijk het ook is, aan het bestuur van de

vereniging.

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

Factor	Subdoel	Interventie-onderdeel
Biologische factoren	Subdoel 1: Motorische achterstand op 1 of meer van de 4 motorische hoofdgroepen verminderen	Beweeglessen
Beweegangst	Subdoel 2: Verminderen beweegangst	Beweeglessen
Tekort aan bewegingservaring als gevolg van beweegarmoede	Subdoel 3: Bewegparticipatie als onderdeel van de vrijetijdsbesteding	Beweeglessen en sportinstuiven
Sociale omgeving	Subdoel 4: Stimulans tot meer bewegen in de vrije tijd met de kinderen Subdoel 5: Voorbeeldfunctie ouders	Ouderbijeenkomsten
Fysieke omgeving	Subdoel 4: Stimulans tot meer bewegen in de vrije tijd met de kinderen Subdoel 5: Voorbeeldfunctie ouders	Ouderbijeenkomsten

Tabel 1: Aan te pakken factoren interventie KidsXtra + bijbehorende subdoelen

Biologische factoren:

Beweeglessen:

In de beweeglessen worden de achterstanden op 1 of meer van de 4 motorische hoofdgroepen op een directe manier aangepakt. Door meer te bewegen en bezig te zijn, zullen de kinderen beter worden op deze vaardigheden. Daarnaast kunnen ze met de huiswerk oefeningen gericht oefeningen doen voor hun individuele motorische probleem, zodat er ook sprake is van specific skill intervention.

Factor Beweegangst:

Beweeglessen:

In de eerste beweegles worden door de beweeginstructeur de testen op de 4 beweegangsten uitgevoerd zodat inzichtelijk wordt waar de specifieke beweegangsten van de kinderen zitten. In de beweeglessen worden specifieke protocollen gebruikt om de beweegangsten aan te pakken. Deze protocollen voor elke beweegangst staan in het handboek KidsXtra.

Factor Tekort aan bewegingservaring als gevolg van beweegarmoede:

Beweeglessen:

Als een kind een motorische achterstand heeft is het advies doorgaans om veel te oefenen in zoveel mogelijk beweegsituaties. De beweeglessen die de kinderen volgen haakt hier direct op in doordat door de beweeglessen per definitie de tijd die besteed wordt aan lichamelijke beweging, toeneemt. Gebrek aan

bewegingservaring als in stand houdende factor van beweegangst en motorische achterstand wordt hiermee ook verminderd.

Factor Sociale omgeving:

Ouderbijeenkomsten:

In de ouderbijeenkomsten ligt de nadruk op het overbrengen van kennis over een actieve leefstijl, waardoor bewustwording en de kennis ontstaat en die kunnen toepassen in hun dagelijks gezinsleven. Daarnaast leren de ouders hoe en welke beweegactiviteiten ondernomen kunnen worden met jonge kinderen, zodat binnen het gezin activiteit wordt gestimuleerd waarbij de ouders de voorbeeldrol aannemen.

Factor fysieke omgeving:

In de ouderbijeenkomsten wordt focus gelegd op de fysieke omgeving waar men woont en leeft. Er wordt bekeken waar de kansen liggen tot meer buitenspel in een veilige situatie.

Verantwoording – max 1000 woorden

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

Subdoel 1: Motorische achterstand op 1 of meer van de 4 motorische hoofdgroepen verminderen

Aan te pakken factor: Biologische factoren

Interventie-onderdeel: Beweglessen

Door de beweglessen wordt er direct gewerkt aan de fysieke vaardigheden en kennis van het lichaam door allerlei beweegervaringen op te doen, puur door ermee bezig te zijn en te blijven. Ongemerkt worden, door veel oefening, in de hersenen verbindingen gelegd middels constante feedbackloops van inkomende feedback (via ogen, oren, proprioceptoren), waarop wordt gereageerd door gewenste aanpassing in de stand van het lichaam, zodat men bijvoorbeeld niet omvalt (Schmidt, 1975).

KidsXtra hanteert om die reden de werkwijze van Motorisch Remedial Teaching in groepsverband. Dit wordt toegepast bij kinderen met een motorische achterstand. Bij KidsXtra wordt in de beweglessen gericht op het verbeteren van de grootmotorische vaardigheden (www.mrtinbeweging.nl). Ook krijgen de kinderen huiswerk oefeningen mee die specifiek betrekking hebben op hun motorisch probleem. Deze individugerichte specific skill training is effectief gebleken als interventiemethode bij kinderen met een motorische achterstand (Pless & Carlson, 2000; Mosterd-van der Meijs, 2010). Onderzoeksresultaten naar de effecten van een MRT-interventie zijn helaas weinig beschikbaar, maar een Nederlands onderzoek van Constandse uit 2009 laat gunstige resultaten zien bij kinderen met een motorische achterstand. Vergelijking van een groep kinderen die de MRT-interventie volgden, maakten een grotere sprong voorwaarts in hun motorische vaardigheden dan kinderen met een motorische achterstand die in de controlegroep zaten (Mombarg et al., 2012).

Subdoel 2: Verminderen beweegangst

Aan te pakken factor: beweegangst

Interventie-onderdeel: Beweeglessen

De werkwijze van MRT betreft het creëren van beweegsituaties met verschillende moeilijkheidsgraden waardoor er altijd geoefend kan worden vanuit een veilige, op het individuele kind afgestemde situatie waarbij het zich op zijn of haar gemak voelt (graded exposure). Dit zodanig opstellen van de beweegsituaties dat mislukking in eerste instantie voorkomen wordt is een effectieve aanpak om het zelfvertrouwen van het kind in zijn of haar eigen beweegvaardigheden te laten toenemen en kan voorkomen dat het kind vroegtijdig afhaakt (Emck & van de Kamp, 2008). Vanuit die situatie is het kind sneller gemotiveerd om te bewegen omdat het zelfvertrouwen heeft in de gegeven situatie. In de beweegsituaties wordt altijd uitgegaan van de grenzen die het kind aangeeft. Als het geforceerd wordt zal het de angst kunnen voeden. Tegelijkertijd zullen kinderen die al wat meer zelfvertrouwen of vaardigheden hebben op een bepaald beweegonderdeel kiezen voor de moeilijkere variant van een oefening. Veel cijfers uit onderzoek naar de effectiviteit van MRT op beweegangst zijn helaas niet voorhanden.

Subdoel 3: Bewegparticipatie als onderdeel van de vrijetijdsbesteding

Aan te pakken factor: Tekort aan bewegingservaring als gevolg van beweegarmoede

Interventie-onderdeel: Beweeglessen

Het voorkomen van gebrek aan ervaring door stimuleren van gevarieerde bewegingservaring is altijd een goed advies. Elke vorm van beweging is beter dan geen beweging. Dit moet gericht zijn op het verbeteren van algemene motorische vaardigheden, niet alleen van functie, waarbij ook vaardigheden waar het kind goed in is en plezier in heeft, in het oefenen worden betrokken (Geuze, 2016). Hoewel de specifieke taakgerichte aanpak erg effectief is (en ook KidsXtra maakt hiervan gebruik vanwege de MRT-aanpak), blijft er zo ook ruimte om de algemene vaardigheden te ontwikkelen, niet alleen die vaardigheden waar het kind problemen mee heeft. Door de wekelijkse trainingsmomenten zal per definitie de tijd die aan lichamelijke beweging wordt gespendeerd, toenemen, maar ook zal door het gevarieerd oefenen in de beweeglessen, de beweegervaring toenemen met motorische ontwikkeling als gevolg (Cairney, 2005).

Subdoel 4: Stimulans tot meer bewegen in de vrije tijd met de kinderen

Aan te pakken factor: Sociale omgeving

Interventie-onderdeel: Ouderbijeenkomsten

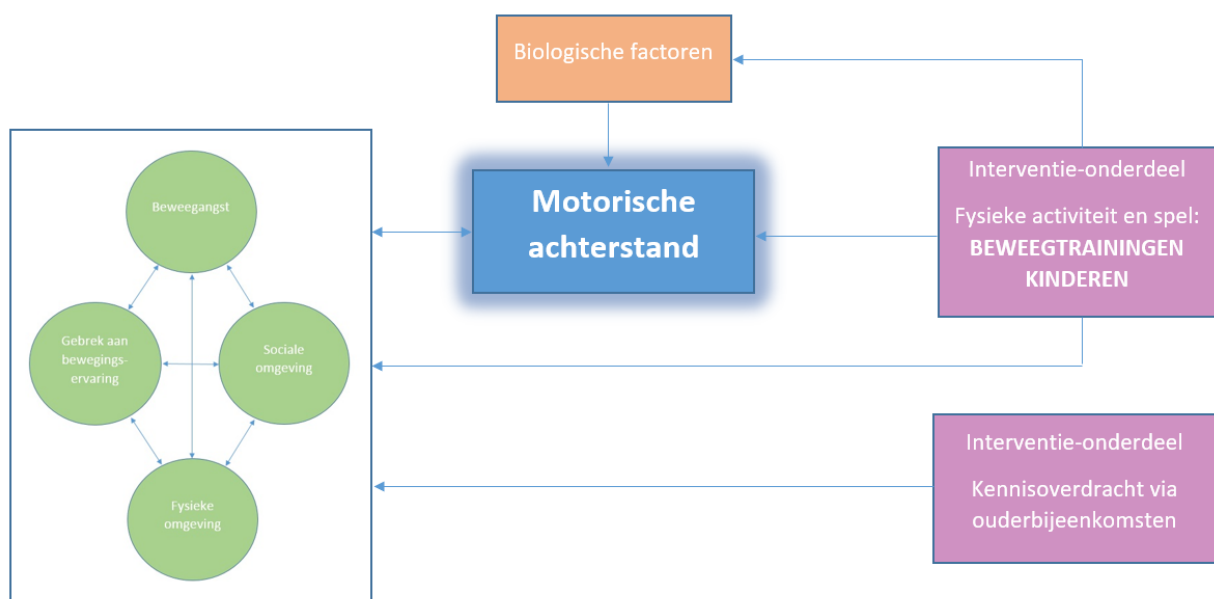
De betrokkenheid en begeleiding die ouders geven, aan hun kinderen is cruciaal. (Gustafson & Rhodes, 2006; Fenner et al., 2016; Janicke et al., 2014, Totland et al., 2014). Middels de ouderbijeenkomsten worden er door kennisoverdracht aan de ouders tips, adviezen en kennis overgedragen met betrekking tot gezond beweeggedrag. Een ander belangrijk element is de ondersteuning en support van de ouders naar de kinderen toe. Daarom is er in de ouderbijeenkomsten ook aandacht voor ondersteuning zodat de ouders handvaten krijgen hoe de switch naar lichamelijke activiteit in het bijzonder op een stimulerende en inspirerende manier kan gebeuren, zonder dat er een onnodige autoritaire of geforceerde aanpak nodig is (subdoel 4).

Subdoel 5: Voorbeeldfunctie ouders

Aan te pakken factor: Fysieke omgeving

Interventie-onderdeel: Ouderbijeenkomsten

Het voorbeeld dat ouders geven aan hun kinderen, d.w.z. de houding en gewoontes ten aanzien van beweging, aan hun kinderen, is eveneens cruciaal. (Gustafson & Rhodes, 2006; Fenner et al., 2016; Janicke et al., 2014, Totland et al., 2014). Middels de ouderbijeenkomsten worden er door kennisoverdracht aan de ouders tips, adviezen en kennis overgedragen met betrekking tot gezond beweggedrag. Hiermee willen we bewerkstelligen dat de deelnemende ouders een helder beeld krijgen over hoeveel beweging nodig is, in welke ontwikkelstadia de kinderen zich bevinden op welke manieren men fysiek actief kan zijn, ook als men beperkt is tot minimale fysieke ruimte, of als men geen financiële middelen heeft, en hoe ze zelf het voorbeeld kunnen geven als fysiek actieve ouder (subdoel 5).



Afbeelding 1: Concept map KidsXtra. In het paars de interventie-onderdelen die de veroorzakende factoren en/of in stand houdende factoren (in het kader) van motorische achterstanden aanpakken

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Matthes, J. (2017). Rapportage KidsXtra Kerkrade 2016-2017. RiskCare Preventie BV.

Het onderzoek betreft een procesevaluatie van KidsXtra trajecten in de regio Kerkrade in de periode 2016-2017 waarbij tevens is gekeken naar de effecten van de interventie. Hierbij zijn de gegevens verzameld door vragenlijsten (evaluatie ouders) en zijn de gegevens van de metingen gebruikt voor de effectevaluatie.

Het programma is zonder problemen uitgevoerd kunnen worden en het was goed haalbaar voor de uitvoerend professionals om de volledige inhoud aan bod te laten komen.

In totaal hebben 51 kinderen deelgenomen aan de interventie, waarvan 46 kinderen voor 75% (minimumwaarde om tot 'afgerond' te kunnen worden gerekend) de interventie afgerond. 75% betreft in dit geval de aanwezigheid tijdens de beweeglessen. De kinderen waren afkomstig uit 11 verschillende basisscholen uit de regio Kerkrade. Meer dan de helft van de kinderen had gezond gewicht (54,3%) en 39% had overgewicht. Na deelname was het aantal kinderen dat een motorische achterstand had op 1 van de 4 motorische hoofdgroepen gedaald..

Hetzelfde geldt voor bewegangst; na de interventie was het aantal kinderen dat 1 van de 4 bewegangsten had, gedaald..

Onder de ouders van kinderen die als interventielocatie basisschool Bleijerheide hadden, is een evaluatie uitgevoerd middels een vragenlijst, en waren de bevindingen zeer positief te noemen. 16 van de 18 ouders hadden de vragenlijst ingevuld. Alle 16 waren ze van mening dat het programma meerwaarde had voor hun kind. Eveneens beoordeelden alle ouders dat de inhoud van het programma en de begeleiding tijdens de beweeglessen ruim voldoende (6x) of goed (10x) voldeed aan hun verwachtingen. Alle ouders hadden ook het idee dat de kinderen plezier beleefden aan de lessen en slechts 2 ouders zagen desondanks geen vooruitgang in motorische capaciteiten bij hun kind. De communicatie voorafgaand en tijdens het programma was voldoende (5x, ruim voldoende (6x) of goed (6x). 14 ouders waren tevreden over het tijdstip en 2 ouders vonden het tijdstip niet geschikt. Over de locatie was iedereen tevreden.

De kritische succesfactoren van het programma zijn:

- goede ligging locatie: zo dicht mogelijk bij school zodat de gang van kinderen naar het project laagdrempelig blijft.
- goede doorverwijzing door gedegen samenwerking van alle partijen
- expertise van de uitvoerende professionals
- korte lijnen tussen de uitvoerende professionals

Belangrijke aanbevelingen die voor komende edities worden meegenomen zijn de volgende:

- maximale groepsgrootte van 12 personen. Nu was er een groep van 18 personen in 1 traject en dat was lastig om goede orde en organisatie te houden in de lessen.
- Meer lessen waarbij de ouders aanwezig kunnen zijn om te kijken bij de beweeg les
- Bij elke interventie een evaluatie van de ouders verplicht stellen om meer input vanuit de ouders te krijgen

De complete uitwerking van de evaluatie is te vinden in een apart toegestuurde bijlage.

Matthes, J. (2020). Rapportage Sportimpuls KidsXtra Beek 2018-2020. RiskCare Preventie BV.

Het hoofddoel van Peuters in actie Beek was dat de thema's bewegen en gezonde (op)voeding structureel en op een zo goed mogelijke manier worden geïmplementeerd op de peuteropvang en op de kinderopvang, om zo alle kinderen van 2-4 jaar een platform te bieden waarin zij zich zo optimaal mogelijk kunnen ontwikkelen en waardoor achterstanden kunnen worden voorkomen. Het hoofddoel hebben we zeer zeker gerealiseerd. Hier hebben we ook vanaf minuut 1 op ingezet. We hebben de pedagogisch medewerkers geïnspireerd en opgeleid met goed gedachtegoed en een fijne werkwijze afgestemd op hun eigen situatie, expertise en locatie. De pedagogisch medewerkers hebben weinig kaas gegeten van dit thema waardoor je bij de basis moet beginnen. Het mooie is wel hoe vaardig we ze hebben gemaakt ondanks het enigszins sceptische begin waarin ze nog niet zo goed wisten waar ze aan waren begonnen. Uiteindelijk heeft het enthousiasme van de kinderen en de grote ontwikkelingstappen die zij maakten een aanstekelijk gevoel gegeven bij de pedagogisch medewerkers waardoor ze automatisch zijn gaan geloven in de aanpak.

De peuters zelf hebben enorme stappen gezet in hun ontwikkeling. We hebben kinderen op motorisch vlak enorm vooruit zien gaan maar zeer zeker ook op sociaal- emotioneel vlak. Daarnaast hebben we veel angsten voor bewegen weggenomen door de peuters zelf hun grenzen te laten bepalen en verleggen. Na afloop van de projectperiode van 24 maanden had nog maar 15% van de kinderen een motorische achterstand. Dit ten opzichte van 55% aan het begin van de projectperiode.

Ouders zijn zich zeer zeker bewuster geworden van gezonde voeding en de meerwaarde van goed en voldoende bewegen voor hun kinderen. Ondanks dat we de ouderbijeenkomsten nog moeten uitvoeren zijn ouders wekelijks op de hoogte gehouden van de lessen die we hebben uitgevoerd en de ontwikkelingen die de kinderen hebben meegemaakt. We kregen enorm leuke en enthousiaste reacties. Ouders gaven aan ook in de vrije tijd meer naar buiten te gaan door het zien van de vaardigheden van hun kinderen in de filmpjes.

Diverse verenigingen hebben samen met ons sport- en beweegaanbod ontwikkelt voor de peuterdoelgroep. We hebben een cursus aan hen verzorgd hoe dit te doen. We hebben ze meegenomen in de werkwijze waarin je het sportspecifieke volledig los moet laten voor deze doelgroep. Ga lekker sporten, spelen en bewegen met de kinderen. Zorg dat ze plezier hebben en biedt hen een zo divers mogelijk aanbod. Dit was een ware eye opener voor de sport- en beweegaanbieders.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.

Max 250 woorden

- Beweeglessen kinderen: Door simpelweg bezig te zijn, wordt de lichamelijke activiteit per definitie al meer en de beweegarmoede minder en krijgen de kinderen steeds meer beweegervaringen. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de bewegangsten van kinderen. Door beweegsituaties met verschillende moeilijkheidsgraden te creëren kan er altijd geoefend worden vanuit een veilige situatie waarbij het kind zich op zijn of haar gemak voelt. Vanuit die situatie is het kind sneller gemotiveerd om te bewegen omdat het zelfvertrouwen heeft in de gegeven situatie en van daaruit kan verder gewerkt worden de motoriek te verbeteren. Dit doorbreekt de vicieuze cirkel waarbij motorische achterstand bewegangst in de hand werkt wat zorgt voor bewegingsvermijding waardoor het kind niet genoeg beweegervaring opdoet.
- Ouderbijeenkomsten: de kinderen zijn nog heel jong, en kunnen nog niet voor zichzelf de situatie creëren om voldoende te bewegen. De rol van ouders als het goede voorbeeld t.a.v. gezond beweeggedrag is een sleutelfactor. Daarom worden de ouderbijeenkomsten. Hier leren de ouders de theorie m.b.t. gezond- en actief beweeggedrag zodat ze een passende thuissituatie kunnen creëren wat betreft beweging en de kinderen dit van jongs af aan met de paplepel ingegoten krijgen.
- De zeer eenvoudige opzet van het programma met 2 onderdelen (beweeglessen en ouderbijeenkomsten) en regionale aanpak maken dat het een overzichtelijk en haalbaar programma is voor de ouders en de kinderen

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).

Cairney, J. Hay, A.J., Faight, B.E., Wade, T.J., Corna, L. & Flouris, A. (2005). *Developmental Coordination Disorder, generalized self-efficacy towards physical activity, and participation in organized and free play activities*. *Journ Ped*, Vol. 147, Issue 4, pp 515-520

Cermak, S.A., Katz, N., Weintraub, N., Steinhart, S., Raz-Silbiger, S., Munoz, M. & Lifshitz, N. (2015). *Participation in physical activity, fitness, and risk for obesity in children with developmental coordination disorder: A cross-cultural study*. *Occup. Ther. Int. Iss.* 22 (2015), pp 163-173

Emck, C. & van de Kamp, M. (2008). *Te bang om te bewegen? Het bewegingsgedrag van kinderen met angststoornissen*. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2008 uitgave 1, pp. 19-24

Essays, UK. (November 2018). *Theorieën Motorische Ontwikkeling*. Retrieved from <https://www.ukessays.com/essays/teaching/theorieen-motorische-ontwikkeling.php?vref=1>

Fenner, A.A., Howie, E.K., Straker, L.M. & Hagger, M.S. (2016). *Exploration of the mechanisms of change in constructs from self-determination theory and quality of life during a multi-disciplinary family-based intervention for overweight adolescents*. *Journal of Sport and Exercise Psychology*

Geuze, R. (2016). *Motorische ontwikkelingsstoornissen: DCD en dyspraxie*. In H. Swaab, A. Bouma, J. Hendriksen, & C. König (editors), *Klinische Kinderneuropsychologie : Clinical child neuropsychology* (2e herziene druk redactie, blz. 553-584)

Gustafson, S.L. & Rhodes, R.E. (2006). *Parental correlates of physical activity in children and early adolescents*. *Sports Med.* Vol. 36, Iss. 1, pp. 79-97

Haga, M. (2009). *Physical fitness in children with high motor competence is different from that in children with low motor competence*. *Physical Therapy*, Vol. 89, Iss. 10, pp. 1089-1097

He, M., Harris, S., Piche, L. & Beynon, C. (2009). *Understanding screen-related sedentary behaviour and its contributing factors among school-aged children: a social-ecologic exploration*. *Am J Health Promot.*, Vol. 23, Iss. 5, pp. 299-308

Janicke, D.M., Steele, R.G., Gayes, L.A., Lim, C.S., Clifford, L.M., Schneider, E.M., Carmody, J.K. & Westen, S. (2014). *Systematic review and meta-Analysis of comprehensive behavioural family lifestyle interventions addressing pediatric obesity*

Matthes, J. (2017). *Rapportage KidsXtra Kerkrade 2016-2017*. RiskCare Preventie BV.

Maccoby, E.E., & Martin, J.A. (1983). *Socialization in the context of family: Parent-Child interaction*. In: *Handbook of child psychology*. Vol. 4, pp 1-101. Mussen, P.H. (Ed.). Wiley, New York

Mombarg, R., Wildeboer, M., Molenkamp, F. & Derksema, R. (2012). *Motorische Remedial Teaching voor de zwakke beweger: Achtergronden, resultaten en toekomst*. Lichamelijke oefening, Oktober 2012.

Mosterd-van der Meijs, R. (2010). *Best-evidence based physiotherapy and occupational therapy intervention for children with Developmental Coordination Disorder (DCD): a systematic review*. Avans+, Breda

Patriarca, A., di Giuseppe, G., Albano, L., Marinelli. & Angelillo, I.F. (2009). *Use of Television, videogames, and computer among children and adolescents in Italy*. *BMC Public Health*, 9:139

Pless, M. & Carlsson, M. (2000). *Effects of motor skill intervention on developmental coordination disorder: a meta-analysis*. *Adapted Physical Activity Quarterly*. Iss. 17 (2000), pp. 381-401

Sallis, J.F., Prochaska, J.J. & Taylor, W.C. (2000). *A review of correlates of physical activity of children and adolescents*. Med Sci Sports Exerc. pp. 963-975

Schmidt, R.A. (1975). *A schema theory of discrete motor skill learning*. Psychological Review, Vol. 82, No. 4, pp. 225-260

Smits-Engelsman, B.C.M, Blank, R., van der Kaay, A., Mosterd-van der Meijs, R., Vlugt-van den Brand, E., Polatajko, H. & Wilson, P.H. (2013). *Efficacy of interventions to improve motor performance in children with developmental coordination disorder: a combined systematic review and meta-analysis*. Developmental Medicine & Child Neurology

Tremblay, M.S., Barnes, J.D., Gonzales, S.A., Katzmarzyk, P.T., Onywera, V.O., Reilly, J.J., Tomkinson, G.R. & Global Matrix 2.0 Research Team. (2016). *Global Matrix 2.0: Report Card grades on the physical activity of children and youth comparing 38 countries*. Journal of Physical Activity and Health, 2016, vol. 13, S343-S366

Totland, T.H., Bjelland, M., Lien, N., Bergh, I.H., Gebremariam, M.K., Grydeland, M., Ommundsen, Y. Andersen, L.F. (2013). *Adolescents' prospective screen time by gender and parental education, the mediation of parental influences*. International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity

Trost, Sallis, Pate, Freedson, 2003. *Evaluating a model of parental influence on youth physical activity*. AJPM, Vol. 25, Iss. 4, pp. 277-282

<http://www.kijkopontwikkeling.nl/mijlpalen/grof-motorische-mijlpalen-2-13-jaar/, 2014>

<http://www.kinderneurologie.eu/ziektebeelden/ontwikkeling/DCD.php>

Praktijkvoorbeeld

Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?

Het verhaal van Bas*

*Bas is een gefingeerde naam

Leeftijd: start traject 4, eind traject 5

Jongen

Heel erg bang voor klimsituaties en spelen met andere kinderen.

Motorisch gezien zwak op het gebied van evenwicht en coördinatie

Bas kwam de eerste les binnen met tranen op de wangen en durfde niet op sport 1 van het klimrek te staan. Lopen over een bank vond hij ook moeilijk en dan vooral het feit dat andere kinderen dat konden zien. Zijn ouders waren heel blij met de mogelijkheid om deel te nemen aan het project.

Bas is van week tot week ontzettend gegroeid in zijn zelfvertrouwen en sociaal emotionele ontwikkeling. Hij heeft veel individuele coachen van mij gehad waarin ik hem alleen maar positief heb benaderd. Alles wat hij deed was goed en kreeg hij een compliment voor. Dit zorgde voor een snelle groeicurve in zijn zelfvertrouwen.

Na drie weken kwam hij zelfs met een big smile de zaal in. En die big smile ging er in de daaropvolgende weken niet meer vanaf, totdat het traject stopte. Toen kwamen de tranen weer. Iets wat mij persoonlijk erg ontroerde. Hij vond het zo erg dat het project stopte.

Klimmen ging van week tot week steeds beter. Na 5 weken klom hij zelfs tot de hoogste sport van het klimrek.

Hij is in de weken sociaal emotioneel gezien ook erg gegroeid. Dit had o.a. te maken met het diverse aanbod aan spelsituaties waarin de volgende thema's aan bod zijn gekomen: samenwerken, samen spelen, samen delen, hulp bieden, hulp vragen, etc.

Wat betreft evenwicht heeft hij met de week kleine stapjes gemaakt. Evenwichtsoefeningen kwamen bijna wekelijks aan bod. Kinderen konden op 3-4 niveaus een evenwichtsoefening uitvoeren waardoor de minst en de meest vaardige kinderen werden uitgedaagd. Daarnaast konden ze op deze manier makkelijker grenzen verleggen. Het vertrouwen kwam er met de week, en in week 12 liep hij volledig zelfstandig over een omgekeerde bank met blokjes erop. Dit ten opzichte van het niet durven lopen over een gewone bank in week 1.

Kortom, een kind dat een enorme groeicurve heeft laten zien in zijn beleving, sociaal-emotionele en motorische ontwikkeling.