

Meneertje Onhandig!

Een Mixed Methods-benadering naar de rol van beweegprofessionals in het herkennen, handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen – een praktijkstudie

Wendy Drahn (313188) & Gennaro Esposito (317755)
Martin Brouwer | 03-06-2022
Hanzehogeschool Groningen | Opleiding Fysiotherapie



Product

Bachelorthesis afstudeerfase, eerste gelegenheid

Titel: Meneertje Onhandig!

Ondertitel: Een Mixed Methods-benadering naar de rol van beweegprofessionals bij het herkennen, handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen.

Auteurs: W. Drahn (383188) & G.A. Esposito (317755).

Onderwijsinstelling

Hanzehogeschool Groningen, Bachelor Fysiotherapie

Begeleider: M. Brouwer.

Eerste beoordelaar: M. van Burgsteden.

Tweede beoordelaar: R. Domburg.

Opdrachtgever

Revalidatie Friesland

Onderzoeksbegeleiders: S. Flap en H.A. Reinders-Messelink.

Onderzoek: Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP) bij Developmental Coordination Disorder (DCD).

Locatie: Lyndenstein, Beetsterzwaag.

Afdeling: Kinderrevalidatie.

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt de bachelorthesis ‘Meneertje Onhandig!: een Mixed Methods-benadering naar de rol van beweegprofessionals in het herkennen, handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen’, geschreven door Wendy Drahn en Gennaro Esposito in het kader van de afstudeerfase van de bachelor Fysiotherapie aan de Hanzehogeschool Groningen.

De keuze voor deze bachelorthesis is het resultaat van voorgaand onderzoek tijdens de minor Fysiotherapie & Kinderen en een gedeelde interesse binnen het vakgebied ‘Kinderfysiotherapie’. In oktober 2020 is Sarah Flap voor Revalidatie Friesland gestart met de succesvolle sociale innovatie ‘Juiste Zorg Op de Juiste Plek’ (JZOJP) voor kinderen met Developmental Coordination Disorder (DCD) (Revalidatie Friesland Academie, 2021). In het kader van ‘JZOJP’ zijn wij nader tot een relevante onderzoeksvraag gekomen.

Met de verzamelde onderzoeksgegevens hopen wij nieuwe inzichten te verschaffen voor professionals die tijdens hun dagelijkse werkzaamheden te maken krijgen met motorisch onhandige kinderen (of met een formele diagnose ‘DCD’), ongeacht in welke hoedanigheid zij werkzaam zijn met deze doelgroep. Het afstuderen is een leerzaam proces geweest, waardoor wij ons beiden als completere fysiotherapeuten kunnen begeven op de arbeidsmarkt. Het gezamenlijk schrijven van deze scriptie bood ons tevens de mogelijkheid om een omvangrijker onderzoek aan te gaan, waarbij wij elkaar door onze uiteenlopende perspectieven en denkwijzen op diverse fronten hebben kunnen uitdagen en aanvullen.

Gedurende het schrijven van de bachelorthesis zijn wij begeleid door drs. M.A. Brouwer (docent Fysiotherapie aan de Hanzehogeschool Groningen en klinisch epidemioloog), mw. S. Flap (projectleider bij Revalidatie Friesland en MSc. Healthy Ageing Professional) en dr. H.A. Reinders-Messelink (bewegingswetenschapper, onderzoeker en beleidsmedewerker wetenschappelijk onderzoek bij Revalidatie Friesland). Wij willen hen dan ook bijzonder bedanken voor de prettige begeleiding en samenwerking. Er was ruimte voor feedback/feed-forward en nieuwe ideeën en visies op de momenten dat wij vastliepen.

Daarnaast willen wij mw. M. van Eijk (MSc. Kinderfysiotherapeut) van de afdeling Kinder- en Jeugdrevalidatie (Treant Zorggroep) bedanken voor het helpen bij het corrigeren van onze bachelorthesis. En uiteraard willen wij afsluiten met het bedanken van alle respondenten die hebben meegewerkt aan ons onderzoek.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Wendy Drahn & Gennaro Esposito,
Groningen, 3 juni 2022

Samenvatting

Introductie

De term ‘motorische onhandigheid’ wijst op het lager scoren op het motorisch gebied ten opzichte van leeftijdsgenoten, door het verlaat behalen van mijlpalen en/of een beperkte motorische variabiliteit, waaraan geen medische conditie of mentale retardatie aan ten grondslag ligt (Scholten & de Blécourt, 2009; Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2019). De problematiek komt in eerste plaats tot uiting in gecompliceerde motorische vaardigheden, al heeft het niet (h)erkennen van de complexiteit en consequenties van een onhandige motoriek een negatief effect op de activiteiten en participatie van het kind. De sociale innovatie ‘Juiste Zorg Op de Juiste Plek’ (JZOJP) van Revalidatie Friesland focust zich op vroegtijdige signalering en interventie (bij DCD), waardoor (secundaire) problemen voorkomen kunnen worden, behandeling dichterbij huis kan plaatsvinden en de samenwerking tussen professionals geoptimaliseerd kan worden. Deze studie fungeert als verlengstuk van de sociale innovatie en richt zich op de rol van beweegprofessionals in het herkennen, handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen, evenals de factoren die van invloed zijn op het aannemen van een (nieuwe) visie.

Methode

Aan deze cross-sectionele studie namen 68 participanten deel. De Mixed Methods-benadering betreft een triangulatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. Het onderzoek bestond uit het afnemen van individuele, semigestructureerde diepte-interviews en het verspreiden van een eenmalige onderzoeks-enquête onder beweegprofessionals in de provincie Friesland. Het verwerken van de onderzoeksgegevens is gedaan met gebruikmaking van ATLAS.ti en IBM SPSS Statistics 27, waarbij de resultaten middels beschrijvende statistiek worden weergegeven. Voor het vinden van relevante literatuur ter verkenning en ondersteuning van de gevonden onderzoeksgegevens is doorlopend literatuur- en bureauonderzoek uitgevoerd.

Resultaten

De kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksgegevens laten zowel overeenkomsten als verschillen zien, al kan worden gesteld dat er nog geen optimale situatie bestaat aangaande het herkennen, handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen. Kinderen worden getest, er is contact binnen en met scholen, met ouders en externe organisaties, maar er zijn ook nog veel knelpunten binnen deze processen. Voor de (nieuwe) visie kan worden ingezet op het verbeteren van kennis en communicatie, het eerder inzetten van motorische testen, het bieden van goede beweeginterventies en/of gymlessen en het optimaliseren van samenwerkingsverbanden tussen verschillende professies binnen de beweeg-, onderwijs- en zorgsector.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de rol van beweegprofessionals betreffende het herkennen, handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen tot op heden zonder consensus blijft. Dit komt mede door het ontbreken van een beroepsprofiel en de verschillende werk- en handelwijzen, waardoor het aannemen van een actieve rol binnen dit proces op verscheidene manieren kan worden opgevat en ingevuld. Voor het aannemen van een (nieuwe) visie is het van belang om de kwaliteiten van beweegprofessionals in de toekomst optimaal in te zetten, door het creëren van een specifiek beleid, met daar waar mogelijk het optimaliseren en/of in ogenschouw nemen van de knelpunten en door de beweegprofessionals geschetste ideale toekomstsituatie.

Trefwoorden

Beweegparticipatie, beweegprofessionals, Developmental Coordination Disorder (DCD), Mixed Methods-benadering en motorische onhandigheid.

Abstract

Introduction

The term 'motor clumsiness' refers to a lower motor score compared to peers, due to delayed achievement of milestones and/or limited motor variation, which is not due to a medical condition or mental retardation (Scholten & de Blécourt, 2009; Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2019). The problem is primarily expressed in complicated motor skills, although failure to recognize the complexity and consequences of clumsy motor skills harms has a negative effect on the child's activities and participation. The social innovation 'Juiste Zorg Op de Juiste Plek' (JZOJP) of Revalidatie Friesland focuses on early identification and intervention (for DCD), so that (secondary) problems can be prevented, treatment can take place closer to home and cooperation between professionals can be optimized. This study functions as an extension of the social innovation and focuses on the role of exercise professionals in recognizing, dealing with and guiding motor clumsy children, as well as the factors that influence the adoption of a (new) vision.

Method

68 participants participated in this cross-sectional study. The Mixed Methods-Approach involves the triangulation of qualitative and quantitative research methods. The research consisted of conducting individual, semi-structured in-depth interviews and distributing a one-off research survey among exercise professionals in the province of Friesland. The processing of the research data was done using ATLAS.ti and IBM SPSS Statistics 27, with the results presented by descriptive statistics. A continuous literature and desk (re)search were carried out to find relevant literature to explore and support the research data found.

Results

The qualitative and quantitative research data show both similarities and differences in the results, although it can be stated that an optimal situation does not yet exist concerning recognizing, dealing with, and guiding motor clumsy children. Children are examined, and there is contact with and within schools, with parents and external parties, but there are also many bottlenecks within these processes. For a (new) vision, efforts can be made to improve knowledge and communication, the earlier use of motor tests, the provision of good exercise interventions and/or PE lessons, and the optimization of collaboration between different professions within the exercise-, education-, and care sector.

Conclusion

It can be concluded that the role of exercise professionals concerning recognizing, dealing with, and guiding motor clumsy children remains without consensus to date. This is partly due to the lack of a professional profile and the different working methods, which means that assuming an active role within this process can be interpreted in different ways. For adopting a (new) vision, it is important to make optimal use of the abilities of exercise professionals in the future. This can be done by creating a more specific policy, where possible optimizing and/or considering the bottlenecks and the ideal future situation outlined by the exercise professionals.

Keywords

Exercise participation, exercise professionals, Developmental Coordination Disorder (DCD), Mixed Methods-Approach, motor clumsiness.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Abstract	4
1. Inleiding.....	7
2. Theoretisch kader.....	9
2.1 <i>De motorische ontwikkeling in ogenschouw</i>	9
2.2 <i>Van motorische onhandigheid naar Developmental Coordination Disorder</i>	10
2.3 <i>Gevolgen op stoornis-, activiteiten en participatieniveau.....</i>	10
2.4 <i>De meerwaarde van vroegtijdige herkenning binnen de onderwijsstructuur</i>	11
2.5 <i>Het bieden van passend onderwijs en sport vanuit gemeenten</i>	12
3. Methode.....	14
3.1 <i>Onderzoeksopzet.....</i>	14
3.2 <i>Onderzoekssetting.....</i>	14
3.3 <i>Medisch Ethische Toetsing</i>	14
3.4 <i>Kwalitatief onderzoek.....</i>	15
3.4.1 <i>Onderzoekspopulatie en steekproef</i>	15
3.4.2 <i>Onderzoeksprocedure</i>	15
3.4.3 <i>Data-analyse.....</i>	15
3.5 <i>Kwantitatief onderzoek.....</i>	16
3.5.1 <i>Onderzoekspopulatie en steekproef</i>	16
3.5.2 <i>Onderzoeksprocedure</i>	16
3.5.3 <i>Data-analyse.....</i>	16
4. Resultaten.....	17
4.1 <i>Kwalitatief onderzoek.....</i>	17
4.1.1 <i>Demografische gegevens</i>	17
4.1.2 <i>Onderzoeksresultaten</i>	17
4.1.3 <i>(Begrips-)kennis.....</i>	17
4.1.4 <i>Werkwijze</i>	18
4.1.5 <i>Communicatie</i>	19
4.1.6 <i>Verleden en toekomstvisie</i>	20

4.2 Kwantitatief onderzoek	21
4.2.1 Demografische gegevens	21
4.2.2 Opleiding- en werksituatie	22
4.2.3 (Begrips-)kennis	23
4.2.4 Werkwijze	23
4.2.5 Toekomstvisie	24
5. Discussie	26
5.1 Bepaling en interpretatie van de resultaten	26
5.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek	27
5.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	29
6. Conclusie	30
Bibliografie.....	31
Bijlagen.....	36
<i>Bijlage 1: Lijst met symbolen, afkortingen en definities</i>	<i>36</i>
Bijlage A: Afkortingenlijst	36
Bijlage B: Verklarende woordenlijst	37
<i>Bijlage 2: Protocol Ethische Toetsing Onderzoek door studenten.....</i>	<i>38</i>
Bijlage A: Schema Zorgvuldigheidsmaatregelen Onderzoek	38
Bijlage B: Kwalitatief onderzoek.....	39
Bijlage C: Kwantitatief onderzoek.....	43
<i>Bijlage 3: Kwalitatief onderzoek</i>	<i>47</i>
Bijlage A: Topiclijst.....	47
Bijlage B: Interviewguide	48
Bijlage C: Informatiebrief en informed consent	50
<i>Bijlage 4: Kwantitatief onderzoek</i>	<i>52</i>
Bijlage A: Onderzoeks-enquête	52
Bijlage B: Informatiebrief en informed consent	59
<i>Bijlage 5: Gemeentelijke sportakkoorden</i>	<i>61</i>

1. Inleiding

Motorische ontwikkelingsproblemen bestaan al sinds het ontstaan van het menselijk ras, al wordt het hebben van een ‘motorisch ontwikkelingsprobleem’ pas sinds 1987 officieel erkend, toen de American Psychiatric Association (APA) een aparte categorie vormde met de naam ‘Developmental Coordination Disorder’ (DCD), in de volksmond beter bekend als ‘motorische onhandigheid’. DCD komt voor bij alle geslachtsvormen, leeftijden, etniciteiten en sociaaleconomische omstandigheden. Regelmatig is er sprake van comorbiditeit, in combinatie met problematiek uitstekkend over andere ontwikkelingsgebieden. Het (h)erkennen, handelen en begeleiden van deze kinderen is essentieel om primaire en secundaire problematiek te beperken en/of te voorkomen (Hadders-Algra, et al., 2021).

Ten tijde van de International Consensus Meeting London in het Canadese Ontario is, in navolging op de APA, consensus gesloten over het gebruik van de term ‘DCD’, als vervanging voor incorrecte termen als ‘Minimal Brain Dysfunction’, ‘clumsy child’ of ‘ontwikkelingsdyspraxie’ (Geuze, Jongmans, Schoemaker, & Smits-Engelsman, 2001). DCD, in het Nederlands omschreven als een coördinatie-ontwikkelingsstoornis (ICD-10, code F82), is één van de meest voorkomende aandoeningen op de kinderleeftijd. De geschatte prevalentie wordt het vaakst geciteerd op 5-6%, al varieert de literatuur binnen een bereik van 1,4-19% (Smits-Engelsman & Verbecque, 2021). Binnen de ICD-10 classificatie wordt de aandoening opgenomen in de groep ‘Neurologische Ontwikkelingsstoornissen’, gevolgd door de subgroep ‘Motorische Stoornissen’ (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2019).

Desalniettemin is er een verschil tussen het hebben van een ‘onhandige motoriek’ en het krijgen van de diagnose ‘DCD’. In tegenstelling tot andere motorische stoornissen, waaronder cerebrale parese (CP), kan er bij de diagnose ‘DCD’ geen duidelijke oorzaak voor de aanwezigheid van de aandoening worden aangetoond. Het stellen van de diagnose is door het sterk variërende klinische beeld, de afwezigheid van een eenduidige medische oorzaak en de veelvoorkomende aanwezigheid van comorbiditeit niet eenvoudig. Dikwijls gaat het hier om een ernstige spraak(taal)moeilijkheden (ESM), autismespectrumstoornissen of een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD). De diagnose kan dan ook alleen gesteld worden door een arts die hiertoe opgeleid is, op basis van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2019).

Aangezien het onderzoek zich richt op het verkrijgen inzichten over de vaardigheden rondom het herkennen, handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen door beweegprofessionals in de provincie Friesland, wordt ervoor gekozen om gebruik te maken van de termen ‘motorische onhandigheid’, ‘onhandige motoriek’ of een ‘motorisch ontwikkelingsprobleem’, in plaats van de officiële diagnose ‘DCD’. Dit aangezien de diagnose vaak tot op heden niet is gesteld en er wordt gewerkt met beweegprofessionals die geen zorgachtergrond hebben.

Het onderzoek kijkt naar het belang van motoriek en beweegparticipatie, met als achterliggend doel het beperken en/of voorkomen van de negatieve vicieuze (gedrags-)cirkel en secundaire sociaal emotionele en fysieke problematiek, waaronder faalangst en verminderde deelname aan sociale activiteiten. De ‘Nederlandse richtlijn voor diagnostiek en behandeling van kinderen, adolescenten en volwassenen met Developmental Coordination Disorder’ onderschreef in 2019 dat (gym)leerkrachten een belangrijke rol (kunnen) spelen in het signaleren van een motorisch onhandige kinderen (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2019). Tegenstrijdige resultaten werden gevonden in recent Nederlands onderzoek, dat aantoonde dat circa 60% van de deelnemende moeders een gebrek aan kennis en ondersteuning op de school van hun kind

signaleerden, na het ontvangen de diagnose ‘DCD’ (Lust, et al., 2022). Binnen de rol van de beweegprofessionals blijven tot op heden veel onduidelijkheden bestaan aangaande hun rol in dit proces, hun (begrips-)kennis, alsmede wat men inzet om deze kinderen te signaleren, te verwijzen en/of te begeleiden en wat hun huidige visie hierop is.

Het overkoepelende onderzoek ‘Juiste Zorg Op de Juiste Plek (bij DCD)’ van Revalidatie Friesland werkt toe naar vroegtijdige signalering, waardoor eerder hulp ingeschakeld kan worden en (secundaire) problemen ondervangen kunnen worden. Het waar mogelijk verplaatsen van de behandeling naar de eerste lijn en waar het moet te laten plaatsvinden in de tweede lijn heeft tevens invloed op het voorkomen van duurdere zorg. De visie die is gekoppeld aan deze bachelorthesis kan als volgt worden omschreven: ‘Wanneer er bij scholen meer kennis aanwezig is over motorische onhandigheid, kunnen problemen bijtijds gesignaleerd worden en kan passende hulp vroegtijdig worden ingeschakeld. Wanneer gedacht wordt aan een motorisch ontwikkelingsprobleem in welke vorm dan ook, zullen de eerste en de tweede lijn, de ouders, de beweegprofessionals (en het kind) dusdanig samenwerken, zodat het kind zo snel en goed mogelijk zonder zorgprofessionals verder kan’.

De onderzoeksvraag die hierbij hoort luidt als volgt: “Wat is de rol van beweegprofessionals in het herkennen, handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen en welke factoren zijn volgens beweegprofessionals van belang voor een (nieuwe) visie?”.

2. Theoretisch kader

Beweegprofessionals* zien steeds meer motorische ontwikkelingsproblemen en -achterstanden bij basis- en middelbare scholieren voorbijkomen, die daardoor niet of minder goed de lessen bewegingsonderwijs en/of sportactiviteiten binnen of buiten schooltijd kunnen volgen (van Beeman & Beckerman-Wagner, 2021). Daar komen de groeiende eisen en prestatiedruk die de maatschappij aan kinderen stelt bovenop, waardoor deze kinderen steeds vroeger tekort zullen schieten in hun ontwikkeling. Dit terwijl bewegingsvaardigheden een uiterst belangrijke voorwaarde zijn voor het kunnen participeren aan allerlei soorten activiteiten, al samen met het ervaren van plezier bij en/of aan het bewegen.

Voor het vinden van relevante literatuur ter verkenning en ondersteuning van de gevonden onderzoeksresultaten, zijn de volgende deelvragen opgesteld die gedurende de bachelorthesis beantwoord worden:

- Wat is de definitie van motorische onhandigheid en DCD?
- Wat zijn de meest voorkomende symptomen van motorisch onhandige kinderen?
- Wat is de meerwaarde van vroege herkenning van motorisch onhandige kinderen (binnen de onderwijsstructuur)?
- Hoe is het herkennen, handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen op dit moment binnen de gemeenten van de provincie Friesland ingericht?

2.1 De motorische ontwikkeling in ogenschouw

Voor het begrijpen van de complexiteit van de huidige situatie is het van belang om in ogenschouw te nemen wanneer er wordt gesproken van een ‘normale’, ‘afwijkende’ of ‘onhandige’ motorische ontwikkeling. Ontwikkeling in het algemeen kan worden opgevat als “een reeks progressieve veranderingen, die leidt tot hogere niveaus van differentiatie, groei en functioneren” (Feldman, van Loon, Voets, & van der Wielen, 2020). Eén van de bekendste definities van de ‘motorische ontwikkeling’ is die van V.G. Payne, welke luidt als volgt: “De motorische ontwikkeling bestaat uit veranderingen in motorisch gedrag die de interactie van het rijpende organisme en zijn/haar omgeving reflecteert” (Payne & Isaacs, 2016).

De motorische ontwikkeling kan aanvankelijk worden beoordeeld vanaf zeven weken postmenstruele (PM) leeftijd, wanneer het embryo de allereerste gegeneraliseerde bewegingen laat zien. Vanaf drie à vier maanden postnataal krijgt een zuigeling beschikking over doelgerichte motoriek, die kan worden bijgehouden met behulp van motorische mijlpalen. Deze theorie, die gebaseerd is op de neurale maturatietheorie, stelt dat de ontwikkeling volgens een vast plan verloopt en dat kinderen zich op identieke wijze ontwikkelen. Een theorie waar kritiek op aanwezig is, aangezien de manier en het tijdstip waarop het kind de vaardigheden aanleert zeer veel variatie vertoont (van Empelen, Nijhuis-van der Sanden, & Hartman, 2016).

De leeftijd waarop motorische mijlpalen worden bereikt, kent namelijk een grote spreiding, die allemaal als ‘normaal’ gedefinieerd kunnen worden (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2019). We spreken van een ‘afwijkende’ motorische ontwikkeling wanneer een kind zich voor wat betreft de motoriek trager ontwikkelt (dan leeftijdsgenoten) en hierdoor belemmerd wordt in zijn/haar activiteiten en/of participatie. Over het algemeen is er sprake van beperkingen in zowel de diversificatie (een begrensde bewegingsselectie) als in het adaptatievermogen (een gelimiteerd vermogen om een strategie te selecteren in diverse motorische omstandigheden). Het hebben van een motorisch ontwikkelingsprobleem kan veroorzaakt worden door

onderliggende pathologie(ën), maar kan tevens ook zonder duidelijke oorzaak bestaan, zoals binnen deze bachelorthesis nader besproken wordt (Hadders-Algra, et al., 2021).

2.2 Van motorische onhandigheid naar Developmental Coordination Disorder

Kinderen met motorische ontwikkelingsproblematiek presenteren zich niet allemaal op identieke wijze, alhoewel de term ‘motorische onhandigheid’ eveneens wijst op het lager scoren op het gebied van motoriek ten opzichte van leeftijdsgenoten. Deze groep kinderen kenmerken zich onder meer door: 1) een gebrek aan motorische vaardigheden, met name onder stress bij complexe bewegingen; 2) problemen met het verwerken van sensorische informatie, waaronder visuele en tactiele input; 3) problemen met het opbouwen van interne representaties en feed-forward-aansturing van bewegingen; 4) moeite met dynamische, onvoorspelbare situaties, zoals bij teamsporten en 5) minder frequente participatie in activiteiten dan leeftijdsgenoten (van Empelen, Nijhuis-van der Sanden, & Hartman, 2016).

Motorische onhandigheid kan formeel worden geclassificeerd als DCD. Deze diagnose kan alleen gesteld worden door een arts die hiertoe geschoold is, te denken valt aan een kinder-(revalidatie)arts, jeugdarts of kinderneuroloog, op grond van de vier criteria van de DSM-5*. Een diagnose kan dientengevolge niet door een andere (paramedische) zorg en/of beweegprofessional worden gesteld. De DSM-5 criteria geven aan dat de diagnose wordt gesteld op basis van motorische beperkingen in activiteiten en participatie en dus niet op grond van specifieke stoornissen in de anatomie en/of fysiologie van het kind. De DSM-5 gaat bovendien niet uit van een neurologische oorzaak, die immers (tot op heden) onbekend is (Geuze R., 2016).

Tabel 1: De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2013).

Criterion	Verantwoording
<i>Criterion A</i>	Het verwerven en uitvoeren van gecoördineerde motorische vaardigheden verloopt substantieel onder het niveau dat verwacht mag worden gezien de kalenderleeftijd van de betrokkene en zijn/haar mogelijkheden om deze vaardigheden te leren en te gebruiken. De moeilijkheden komen tot uiting in onhandigheid (zoals dingen laten vallen of ergens tegenaan botsen), een trage en onnauwkeurige uitvoering van motorische vaardigheden (zoals iets vangen, gebruik van een schaar of bestek, schrijven, fietsen of sporten).
<i>Criterion B</i>	De deficiënties in motorische vaardigheden van criterium A interfereren significant en persisterend met de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) passend bij de kalenderleeftijd (zoals zelfverzorging en voorziening in levensonderhoud), en hebben invloed op de schoolprestaties, (voorbereidende) beroepsactiviteiten, vrijetijdsbesteding en spel.
<i>Criterion C</i>	De symptomen beginnen in de vroege ontwikkelingsperiode.
<i>Criterion D</i>	De deficiënties in de motorische vaardigheden kunnen niet beter worden verklaard door een verstandelijke beperking of visusstoornis, en kunnen niet worden toegeschreven aan een neurologische aandoening die invloed heeft op beweging (zoals cerebrale parese, spierdystrofie of een degeneratieve stoornis).

2.3 Gevolgen op stoornis-, activiteiten en participatieniveau

Alhoewel het stellen van de diagnose ‘DCD’ of ‘motorische onhandigheid’ is gebaseerd op beperkingen in activiteiten- en participatieniveau en in mindere mate op stoornisniveau, spelen

de gevolgen wel degelijk voort op laatstgenoemde. Het hebben van een onhandige motoriek kan onder meer leiden tot fysieke, sociaal-emotionele en gedragsmatige problemen. Het etiologische* verband tussen een onhandige motoriek enerzijds en (mentale) gezondheidsproblemen anderzijds zijn extensief en gecompliceerd, maar kunnen mede verklaard worden door de constante voortschrijdende ontwikkeling van de hieraan gekoppelde hersengebieden.

Kinderen met motorische onhandigheid of 'DCD' bewegen gemiddeld minder en scoren bovendien gemiddeld genomen lager op verschillende gezondheidsgerelateerde fitheidscomponenten dan leeftijdsgenoten (van der Hoek, et al., 2012). Dit komt deels tot uiting in de grondmotorische vaardigheden, waaronder (spier-)uithoudingsvermogen, spierkracht en flexibiliteit (Cantell, Crawford, & Tish Doyle-Baker, 2008; Li, Wu, Cairney, & Hsieh, 2011). Een verlaagde fysieke fitheid leidt zowel op de korte als lange termijn tot gezondheidsrisico's, waaronder het ontwikkelen van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 en overgewicht/obesitas (Rodrigues, Abreu, Resende, Goncalves, & Gouvea, 2013).

De lichamelijke groei maakt inherent de voortschrijdende cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling mogelijk. De stoornis kan leiden tot een laag gevoel van eigenwaarde, het minder ervaren van plezier en succeservaringen op school en een verslechtering van de schoolresultaten (Zwicker, Suto, Harris, Vlasakova, & Missiuna, 2017). Kinderen met motorische onhandigheid ervaren tevens een significant lagere zelfeffectiviteit tijdens het sporten en hebben daarnaast een lagere ervaring van zelfperceptie van competenties tijdens activiteiten die motorische, fysieke en/of atletische vaardigheden vragen (Spittle, FitzGerald, Mentiplay, Williams, & Licari, 2018; Noordstar, et al., 2014). Bovendien ervaren kinderen een verlaagde waarneming van hun eigen competenties in (sociale) groepssituaties, met name als het gaat om participatie aan team-sporten en vrije spelactiviteiten (Cairney, Hay, Faught, Mandigo, & Flouris, 2005). In sommige gevallen vertaalt dit zich in een verlaagd gevoel van zelf- of eigenwaarde of kwaliteit van leven (Zwicker, Harris & Klassen, 2012; Spittle, FitzGerald, Mentiplay, Williams, & Licari, 2018).

Longitudinaal onderzoek toont aan dat gedragsproblemen en verminderde deelname aan sociale activiteiten in een latere levensfase aanwezig blijven. Vergeleken met een normaal ontwikkelend kind ervaren kinderen met motorische onhandigheid significant meer sociale problematiek. Adolescenten en jongvolwassenen geven aan dat ze (vaker) frustratie, teleurstelling en bezorgdheid vanuit hun ouders hebben ervaren (Stephenson & Chesson, 2008). Bovendien hadden met name vrouwen een verhoogd risico op het ontwikkelen van mentale gezondheidsproblemen (Harrowell, Hollén, Lingam, & Emond, 2017). Tevens rapporteerden kinderen in de leeftijdscategorie 10-12 jaar significant meer symptomen van depressiviteit ten opzichte van leeftijdsgenoten (Draghi, Cavalcante Neto, & Tudella, 2021). Een deel van deze kinderen hebben zich geaccepteerd gevoeld door hun sociale omgeving, maar ook een deel geeft aan dat ze sociale afstand hebben ervaren (Watson & Knott, 2006).

2.4 De meerwaarde van vroegtijdige herkenning binnen de onderwijsstructuur

Door de afwezigheid van een duidelijke somatische stoornis en het feit dat kinderen met motorische onhandigheid een zeer heterogene groep vormen, maakt dat het risico ontstaat dat de hulpvraag eerder wordt afgedaan als overbezorgdheid of 'het komt wel weer goed, het ene kind is nou eenmaal sneller dan het andere kind'. Vanuit de werkgroep 'JZOJP' bestaat de indruk dat het herkennen, handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen die dan wel DCD hebben nog niet optimaal verloopt. De impressie bestaat dat men wel kan signaleren dat de motorische ontwikkeling achterblijft ten opzichte van leeftijdsgenoten, maar dat het niet helder gekregen kan worden wat er precies aan de hand is en hoe men hier vervolgstappen op kan inzetten.

Vroegtijdige identificatie van kinderen met motorische ontwikkelingsproblematiek wordt vanuit de ‘European Academy for Childhood Disability (EACD)’ aanbevolen, al wordt het stellen van de diagnose niet aanbevolen tot een leeftijd van vijf jaar (Blank, Smits-Engelsman, Polatajko, & Wilson, 2012; Blank, et al., 2019). Er komen steeds meer veelbelovende aanwijzingen dat vroegtijdige interventie bij kinderen (met een vermoeden op) motorische onhandigheid of DCD effectief lijkt te zijn. Vroegtijdige adequate interventie wil niet zeggen dat de motorische ontwikkelingsproblematiek in het geheel zullen verdwijnen, maar het geldt wel dat het kind hierdoor kan leren om op een passende manier met de situatie om te gaan en secundaire problematiek beperkt en/of voorkomen kan worden. Deze interventies kunnen worden aangeboden in volledige klassen, kleine groepen of individueel, waarbij de voorschoolse educatie als sleutelement wordt gezien voor vroegtijdige interventie (Zwicker & Lee, 2021).

2.5 Het bieden van passend onderwijs en sport vanuit gemeenten

De problematiek die motorisch onhandige kinderen ervaren worden vaak gezien als ‘licht’, waardoor er in vergelijking met personen met meer zichtbare beperkingen minder aandacht is voor de behoeften van deze kinderen (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2019). Het bieden van passend onderwijs en sport wordt geregeld vanuit de Rijksoverheid, maar de invulling hiervan kan per gemeente verschillen.

De Rijksoverheid heeft al jaren als doel om ‘passend onderwijs’ aan te bieden, zodat alle leerlingen een plaats krijgen op een onderwijsinstelling die past bij zijn/haar kwaliteiten en/of potentie (Rijksoverheid, sd). Nederlandse kinderen hebben recht op voldoende onderwijstijd, vastgelegd binnen het aantal normuren dat een kind naar school dient te gaan. Een tijd die uiterst lastig kan zijn voor een kind met motorische onhandigheid, alleen al omdat merendeel van de schooltaken motorische activiteiten vereist. De doelen van het bieden van passend onderwijs onderschrijven onder meer dat de kwaliteiten en de behoeften tot onderwijs van het kind bepalend zijn en niet de beperkingen, waarvoor zij onderwijsondersteuning moeten ontvangen indien nodig (Rijksoverheid, sd). Tot op heden is er binnen de Rijksoverheid geen specifiek beleid aanwezig voor kinderen met motorische onhandigheid en/of hoe deze kinderen passend onderwijs geboden kan worden.

Tabel 2: Normuren voor Nederlandse kinderen.

Onderwijstype	Onderwijsniveau	Normuren
<i>Basisonderwijs</i>		7.520 uur
<i>Middelbaar onderwijs</i>	Vmbo	3.700 uur
	Havo	4.700 uur
	Vwo	5.700 uur

Het bieden van passend sport- en beweging(-sonderwijs) wordt door Rijksoverheid geregeld vanuit het Nationaal Sportakkoord ‘Sport verenigt Nederland’, dat loopt van 2018 tot en met 2022. Dit met als doel dat iedereen, ongeacht leeftijd en/of sociaaleconomische achtergrond, mee kan doen aan ‘Sport en Beweging’. De inhoud van het Nationaal Sportakkoord wordt per individuele gemeente ingevuld en wordt vanaf dan het ‘Lokaal Sportakkoord’ genoemd. Om inzichtelijk te maken hoe gemeenten de kosten van eventuele initiatieven en verbeteringen van sport- en beweegprogramma’s kunnen financieren, is er een overzicht gemaakt van de subsidies die zij ontvangen vanuit de Rijksoverheid. Hiermee zijn zij in staat om verbeterpunten uit- en door te voeren die in het Lokaal Sportakkoord worden besproken. Inhoudelijke informatie over de sportakkoorden per gemeenten zijn te vinden in bijlage 5.

Tabel 3: Gemeenten en ontvangen subsidies vanuit de Rijksoverheid.

Gemeente	Subsidie	Gemeente	Subsidie
<i>Achtkarspelen</i>	€40.000,-.	<i>Opsterland</i>	€40.000,-.
<i>Ameland</i>	€20.000,-.	<i>Schiermonnikoog</i>	€20.000,-.
<i>Dantumadeel</i>	€20.000,-.	<i>Smallingerland</i>	€60.000,-.
<i>De Friese Meren</i>	€60.000,-.	<i>Zuidwest-Friesland</i>	€100.000,-.
<i>Harlingen</i>	€20.000,-.	<i>Terschelling</i>	€20.000,-.
<i>Heerenveen</i>	€60.000,-.	<i>Tietjerksteradeel</i>	€40.000,-.
<i>Leeuwarden</i>	€120.000,-.	<i>Vlieland</i>	€20.000,-.
<i>Noordoost-Friesland</i>	€60.000,-.	<i>Waadhoeke</i>	€60.000,-.
<i>Ooststellingwerf</i>	€40.000,-.	<i>Weststellingwerf</i>	€40.000,-.

Binnen de gemeenten zijn op basis van bovengenoemde subsidies en het Lokaal Sportakkoord initiatieven gaande die voor gezondheidsverbetering moeten zorgen en sport- en beweegactiviteiten moeten stimuleren (zie: tabel 4). Het meest genoemde initiatief is ‘Sport op Basisscholen (Extra)’. ‘Sport op Basisscholen’ is een initiatief van De Friesland (Verzekeringen) en Sport Fryslân, met als doel om het bewegingsonderwijs en daarmee de gezondheid van kinderen te stimuleren en verbeteren door het inzetten van vakleerkrachten op basisscholen. Met ‘Sport op Basisscholen (Extra)’ worden er aan kinderen die motorisch niet meekomen speciaal extra gymlessen aangeboden. Dit zijn gymlessen in kleine groepen onder leiding van een vakleerkracht, met als doel weer plezier te ervaren aan beweegactiviteiten en het verkleinen van motorische achterstanden (Sport op Basisscholen, sd; Sport op Basisscholen, sd).

Tabel 4: Gemeentelijke initiatieven.

Gemeente	Subsidie	Gemeente	Subsidie
<i>Achtkarspelen</i>	‘SOB’.	<i>Opsterland</i>	‘SOB (extra)’.
<i>Ameland</i>	‘SOB’.	<i>Schiermonnikoog</i>	‘SOB’.
<i>Dantumadeel</i>	‘SOB’.	<i>Smallingerland</i>	‘SOB (extra)’.
<i>De Friese Meren</i>	‘SOB (extra)’ en ‘Spelenderwijs in beweging’.	<i>Zuidwest-Friesland</i>	‘SOB (extra)’.
<i>Harlingen</i>	‘SOB’.	<i>Terschelling</i>	‘SOB’.
<i>Heerenveen</i>	‘SOB’.	<i>Tietjerksteradeel</i>	‘SOB’.
<i>Leeuwarden</i>	‘SOB (extra)’.	<i>Vlieland</i>	‘SOB’.
<i>Noordoost-Friesland</i>	‘SOB’.	<i>Waadhoeke</i>	‘SOB’.
<i>Ooststellingwerf</i>	‘SOB (extra)’.	<i>Weststellingwerf</i>	‘SOB (extra)’, ‘Peutergym’ en ‘Jong, Fit & Vaardig’.

Het initiatief ‘Jong, Fit en Vaardig’ richt zich op peuters, met als doel om op jonge leeftijd verschillende bewegingsmogelijkheden te ervaren en te ontdekken. Binnen het project ontvangen kinderopvanglocaties in de gemeente Weststellingwerf een pakket met materialen voor de thema’s ‘Balanceren’, ‘Lopen en Springen’, ‘Rollen en Kruipen’ en ‘Oog-handcoördinatie’ (Gemeente Weststellingwerf, 2021). Binnen dezelfde leeftijdscategorie bestaat het ‘Fries beweeginitiatief’ van Stichting de Friesland, die meer dan honderd kinderopvanglocaties in de provincie Friesland ondersteunen met tips en materiaal (Stichting De Friesland, sd).

Het initiatief ‘Spelenderwijs in beweging’ werkt met een preventieve aanpak om beweegachterstand bij jonge schoolkinderen te voorkomen of vroeg te signaleren (Stichting De Friesland, sd). ‘Peutergym’ wordt aangeboden vanuit de overkoepelende organisatie ‘Sport Fryslân’.

3. Methode

3.1 Onderzoeksopzet

Deze bachelorthesis betreft de opzet van een cross-sectionele studie, waarbij er is gekozen voor een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. Bij een cross-sectioneel onderzoekdesign wordt op één bepaald tijdstip één onderdeel geobserveerd. De probleemstelling is vanuit meerdere perspectieven benaderd en onderzocht middels triangulatie*, om de kwaliteit van het onderzoek te kunnen verbeteren (Verhoeven, 2018). De Mixed Methods-benadering is een koppeling dataverzamelingsmethoden en betreft één van de manieren om triangulatie te laten optreden (de Boer, 2016).

Kwalitatief onderzoek richt zich op het interpreteren van ervaringen, belevingen en achterliggende verklaringen voor keuzes die men maakt in expliciete situaties (De Jong, et al., 2016). Hierbij worden geen numerieke gegevens verzameld. Het betreft daarmee een interpretatief onderzoek, waarbij er van verschillende perspectieven wordt uitgegaan, in dit geval bereikt door het afnemen van individuele, semigestructureerde diepte-interviews. Na het verzamelen van de kwalitatieve onderzoeksgegevens, is er overgegaan op een kwantitatieve onderzoeksmethode, ook wel bekend als een empirisch analytische onderzoeksopzet. Deze onderzoeksmethode kenmerkt zich door het omzetten van de verzamelde onderzoeksgegevens naar numerieke data.

Ter verkenning en ondersteuning van de (gevonden) onderzoeksgegevens is aanvullend literatuur- en archiefonderzoek gedaan, beter bekend als ‘bureauonderzoek’. Hierbij is gebruik gemaakt van een inhoudsanalyse, waarbij informatie over het betreffende onderwerp is verzameld en geanalyseerd, om aan de hand van probleemstelling verbanden te leggen (Verhoeven, 2018).

3.2 Onderzoekssetting

Het praktijkgerichte onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van Revalidatie Friesland (RF) en in samenwerking met verscheidene organisaties binnen de beweeg- en onderwijssector in de provincie Friesland.

3.3 Medisch Ethische Toetsing

Voorafgaand aan de uitvoering van het onderzoek is het protocol ‘Medisch Ethische Toetsing door studenten’ doorlopen en werd derhalve niet-WMO-plichtig bevonden. Participanten werden geen gedragswijzen opgelegd en zij werden niet blootgesteld aan mogelijk schadelijke handelingen (zie: bijlage 2). De participanten ontvingen voor aanvang van het onderzoek een informatiebrief, een vraag om deelname en een informed consent (zie: bijlage 3C en 4B).

Naast de Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek (WMO) is er eveneens voldaan aan de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Alle vertrouwelijke persoonsgegevens die tijdens het onderzoek zijn verzameld, zijn niet gebruikt voor andere doeleinden dan het tot stand brengen van de onderzoeksresultaten. Verzamelde gegevens, waaronder e-mailadressen en geluidopnames, zijn direct na afronding van het onderzoek verwijderd en/of opgeslagen op een beveiligde schijf. Alle gegevens zijn anoniem verwerkt. Desalniettemin kregen participanten de keuze om op de hoogte te worden gehouden van het onderzoek. Hiervoor kon hij/zij zijn/haar e-mailadres vrijwillig achterlaten.

3.4 Kwalitatief onderzoek

3.4.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

De participanten zijn door de onderzoekers benaderd en op verschillende wijze gerekruteerd. De buurtsportcoaches die hebben deelgenomen aan het onderzoek zijn geworven via Marije Plantinga (Projectleider Sport Fryslân). De overige participanten zijn via het internet, het eigen netwerk of via eerdere deelnemers verworven.

De precieze omvang van de steekproef kon op voorhand niet worden vastgesteld, omdat er werd gestreefd naar het principe van saturatie* (Baarda, et al., 2018). Er werd gezocht naar een representatieve steekproef, welke een goede afspiegeling zou zijn van de onderzoekspopulatie (Baarda, et al., 2018). Hiervoor zijn vooraf in- en exclusiecriteria opgesteld, waaraan de participant diende te voldoen voor deelname aan het onderzoek (zie tabel 5).

Tabel 5: In- en exclusiecriteria praktijkgericht onderzoek.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Werkzaam als (stagiair) beweegprofessionaal	Begrijpt de Nederlandse taal niet en heeft geen tolk of vertaler beschikbaar
Werkzaam met kinderen tussen de 0-18 jaar	Niet werkzaam binnen de provincie Friesland

3.4.2 Onderzoeksprocedure

De dataverzamelmethode betreft het afnemen van individuele, semigestructureerde diepte-interviews. Het uitgangspunt van deze dataverzamelmethode is dat deze zo min mogelijk verstoord wordt en zo natuurlijk mogelijk verloopt. De keuze voor het gebruik van deze methode is gebaseerd op het verwerven van inzichten in de ervaringen, belevingen, betekenissen, gevoelens en kennis van de participanten (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-Van Doorn, & Rosendal, 2019). Door het vooraf in samenspraak met de opdrachtgever opstellen van een topiclijst en interviewgide, werd er aan de participanten voor het merendeel dezelfde vragen gesteld (zie: bijlage 3A en 3B). Hierdoor was het mogelijk om deze in een later stadium op identieke wijze te verwerken en met elkaar te vergelijken.

Voorafgaand aan de afname van het diepte-interview is er bij de participanten gecontroleerd of de aard en het doel van het onderzoek voor hen voldoende duidelijk was. Het correct voor zich hebben van deze informatie is van belang om demand characteristics* te voorkomen (De Jong, et al., 2016). Gedurende het gesprek is er gebruik gemaakt van Silence and Tell-Me-More probes*. Tevens vergt het werken met diepte-interviews om constante reflectie van de gesprekken en daarbij eventuele verbetering van de interviewgide. Doordat de vragen niet vastliggen is er ruimte om deze aan te passen en/of aan te vullen en verschil in structuur aan te brengen.

3.4.3 Data-analyse

Alle diepte-interviews zijn afgenomen middels Microsoft Teams, die de mogelijkheid biedt om de gesprekken te transcriberen. Voor een dubbele controle werden de interviews opgenomen met opnameapparatuur, waardoor de transcripten in een later stadium ad-verbatim* konden worden verwerkt. De transcripten zijn gecodeerd middels het computerprogramma ATLAS.ti. Hierbij is gebruik gemaakt van de Grounded Theory van Glaser en Strauss (1967), die richting gaf aan het interpreteren en coderen van de verzamelde onderzoeksgegevens.

Tabel 6: Grounded Theory Methode van Glaser & Strauss (1967).

Code	Uitwerking
<i>Open coderen</i>	Het coderen van fragmenten uit de transcripten.
<i>Axiaal coderen</i>	Het vergelijken van fragmenten met eenzelfde of vergelijkbare code en het toekennen van supercodes .
<i>Selectief coderen</i>	Het samennemen van supercodes tot thema's .

3.5 Kwantitatief onderzoek

3.5.1 Onderzoekspopulatie en steekproef

Op basis van de verzamelde onderzoeksgegevens uit het kwalitatieve onderzoek, werd vervolgonderzoek uitgezet middels een kwantitatieve dataverzamelmethode. De participanten voor dit onderzoek zijn op identieke wijze benaderd als geldend voor het kwalitatieve onderzoek. Voor hen gelden tevens dezelfde in- en exclusiecriteria.

Voor het kwantitatieve onderzoek is gekozen voor een (doelgerichte) selecte steekproef, omdat het onduidelijk is hoeveel individuen tot de onderzoekspopulatie behoren (Baarda, Dit is onderzoek!, 2019). De steekproef omving 438 organisaties, waarvan 402 basis- en middelbare scholen, 33 kinderopvangorganisaties (inclusief Sport-BSO) en drie overige sportorganisaties. Bij een steekproefgrootte bij een betrouwbaarheidsniveau van 95% en een foutenmarge van 5% diende de steekproef te bestaan uit 205 participanten.

3.5.2 Onderzoeksprocedure

De dataverzamelmethode die is ingezet tijdens het kwantitatieve onderzoek betreft een eenmalige onderzoeks-enquête, opgesteld op basis van eerder verworven resultaten. Het uitgangspunt van deze dataverzamelmethode betreft het bevestigen en/of verwerpen van theorieën en hypothesen. Bovendien wordt deze methode ingezet om feiten te verzamelen en deze mogelijk te generaliseren* naar een grotere populatie.

De onderzoeks-enquête is na goedkeuring van de opdrachtgever op 20 april verzonden en op 13 mei gesloten voor verdere input. De onderzoeks-enquête is afgenomen via het onlineprogramma Qualtrics, zodat de participanten op een eigen gekozen moment de vragenlijst konden invullen zonder directe interactie te hebben met de onderzoekers (Baarda, et al., 2018). Qualtrics biedt tevens de mogelijkheid om participanten op basis van ingevulde antwoorden extra vragen te stellen of juist vragen over te slaan.

3.5.3 Data-analyse

Om een valide en betrouwbaar onderzoeksresultaat te handhaven, hebben beide onderzoekers de onderzoeksgegevens op dezelfde wijze verwerkt. Er is gekozen voor beschrijvende statistiek. Voor het verwerken van de statistiek is gebruik gemaakt van het statistische softwarepakket IBM SPSS Statistics 27. SPSS helpt bij het verzamelen, invoeren, lezen, bewerken en het analyseren van de onderzoeksgegevens. Bovendien is dit programma in staat om centrum- en spreidingsmaten en correlatie tussen twee of meerdere variabelen te berekenen en de onderzoeksresultaten te beoordelen op betrouwbaarheid en validiteit.

4. Resultaten

4.1 Kwalitatief onderzoek

4.1.1 Demografische gegevens

Het kwalitatieve onderzoek vond plaats met gebruikmaking van individuele semigestructureerde diepte-interviews met beweegprofessionals in de provincie Friesland. In totaal namen zes participanten deel aan dit deel van het onderzoek, waarbij relevante demografische gegevens in tabel 7 zijn beschreven. Om de anonimiteit van de participanten te waarborgen, wordt vanaf nu gesproken over P* (participant) met een volgnummer.

Tabel 7: Demografische gegevens van de onderzoekspopulatie.

Participant	Geslacht	Beroep	Duur interview
P1	Man	Vakleerkracht, opleider	00:46:35
P2	Vrouw	Groepsleerkracht, Body Map	00:27:10
P3	Man	Buurtportcoach	00:28:07
P4	Man	Pedagogisch medewerker (Sport-BSO)	00:19:30
P5	Man	Bewegingsconsulent, Buurtportcoach	00:39:59
P6	Vrouw	Docent lichamelijke opvoeding	00:29:23

De zes participanten die hebben deelgenomen aan het onderzoek werken binnen een diversiteit aan settings. Van de vier mannen en twee vrouwen die zijn geïnterviewd, werken twee als buurtportcoach, twee als (vak)leerkracht, één als docent Lichamelijke Opvoeding en de laatste als pedagogisch medewerker op een Sport-BSO.

4.1.2 Onderzoeksresultaten

Uit de data-analyse van de interviews zijn 23 categorieën naar voren gekomen, die in een later stadium konden worden samengenomen tot vijf thema's (zie tabel 8).

Tabel 8: Coderingslijst.

Thema's	Categorieën	Fragmenten
<i>(Begrips-)kennis</i>	4 categorieën	58 fragmenten
<i>Werkwijze</i>	11 categorieën	212 fragmenten
<i>Communicatie</i>	4 categorieën	63 fragmenten
<i>(Verleden en) toekomstvisie</i>	5 categorieën	66 fragmenten

4.1.3 (Begrips-)kennis

Het onderdeel '(Begrips-)kennis' vormt zich door de vragen toebehorend bij het overeenkomstige topic. De interviews starten unaniem met de vraag of de participanten bekend zijn met kinderen met motorische onhandigheid, hoe zij deze zouden omschrijven en/of hij/zij ooit te maken hebben gehad met een motorisch onhandig kind. Hieruit komt naar voren dat alle participanten tijdens hun dagelijkse werkzaamheden als beweegprofessional te maken hebben (gehad) met deze doelgroep.

Het omschrijven van een kind met motorische onhandigheid vertoont zowel overeenkomsten als verschillen. Veelgehoorde antwoorden liggen in het ervaren van problematiek op het gebied van balans, balvaardigheid, fijne motoriek en oog-handcoördinatie. Vier van de zes participanten geven aan dat motorisch onhandige kinderen sneller uitvallen tijdens het hinkelen en dat dit een voorspellende waarde lijkt te hebben voor onder meer de arm- en beenkracht. Alternatieve

verklaringen voor het hebben van motorische onhandigheid worden gegeven op het gebied van primaire reflex en/of het hebben van een correlatie met overgewicht.

“Kinderen hebben het evenwicht niet meer. Maar ook heel veel primaire reflexen die nog niet goed ontwikkeld zijn, waardoor ze dus motorische, ja, achterstanden krijgen” (p.2).

Het kennisniveau en de inhoud van het curriculum van opleidingen worden genoemd als redenen voor het hebben van moeite met het (h)erkennen van motorische onhandigheid. Drie van de zes participanten volgden de ‘Academie voor Lichamelijke Opvoeding’ (ALO), twee participanten studeerden aan de ‘Pedagogische Academie voor Basisonderwijs’ (PABO) en de laatste participant volgde de opleiding tot ‘Pedagogisch Medewerker’. De opleiding wordt vaak als ontoereikend ervaren in het aanbieden van leerstof op het gebied van de motorische ontwikkeling en problematiek die hieruit kan voortstromen. Eén van de participanten is zelf opleider op het gebied van Bewegen(d leren) en biedt met zijn organisatie onder meer de opleiding Motorisch Remedial Teaching (MRT) aan en onderkent dit gegeven.

“Nou, dat krijg je vaak op een ALO niet eens mee, mijn eigen opleiding. Heel veel ALO’ers die bij ons de opleiding volgen, slaan helemaal, die slaan steil achterover. Die zegt goh, waarom hebben wij dit soort dingen nooit gehad?” (p.1).

Men geeft aan informatie te missen vanuit hun basisopleiding, maar ook in het kader van oorzaak-gevolgrelaties op het gebied van motorische onhandigheid. De focus ligt volgens de participanten op de PABO nu met name op de cognitieve en sociaalemotionele ontwikkeling, uitgaande van het leren lezen, schrijven en rekenen en de voorwaarden die nodig zijn om dit te kunnen beheersen. Men is van mening dat de motorische ontwikkeling en het belang van bewegen hierdoor onderschikt raakt. De focus van de ALO ligt op het beter laten bewegen van leerlingen vanuit een pedagogisch perspectief, waardoor kinderen competent en enthousiast worden om nu en later deel te nemen aan de beweeg- en sportcultuur (Bax, et al., 2017).

4.1.4 Werkwijze

Vier van de zes participanten geven aan dat zij de kinderen testen indien zij opmerken dat een kind motorisch onhandige kenmerken vertoont en/of niet meekomt ten opzichte van leeftijdsgenoten. Dit betreft allen kinderen in de basisschoolleeftijd. De meest voorkomende motorische test die wordt ingezet betreft de 4S-en test. Op zowel de kinderopvang als op de middelbare school worden geen motorische testen afgenomen, waarbij één van de participanten aangeeft dat hij vindt dat het niet zijn taak en/of expertise is om motorische testen af te nemen.

“Ja, zouden we kunnen afnemen, maar school moet dat eigenlijk doen vanuit hun expertise en met hun gym” (p.4).

Op de middelbare school worden motorisch opvallende kinderen besproken tijdens het teamoverleg en worden eventuele vervolgstappen genomen door de zorgcoördinator. Op basisscholen wordt dit gedaan met de leerkracht van het kind en/of samen met de intern begeleider (Ib’er). Eén van de respondenten geeft bovendien aan dat wanneer een kind als ‘motorisch onhandig’ wordt bestempeld, er contact wordt gelegd met de school van het desbetreffende kind en zij gezamenlijk een plan van aanpak maken. Door drie van de zes respondenten worden extra beweegmomenten ingepland, zij het tijdens of na school. Hierbij worden verscheidende initiatieven, waaronder ‘Sport op Basisscholen’ of extra beweeggroepjes, genoemd.

Ja. Ja, nou, dat zijn wat meer bewegingstussendoortjes. We hebben in principe elke week een 'Beweging van de week'. Dat zijn hele kleine bewegingen, uh, op één voet staan. Uh, tot tien tellen met je ogen dicht kunnen staan. Voor sommige kinderen al heel moeilijk. Het zijn uh, 'Bewegingen van de week' die eigenlijk door heel de school heen gaan" (p.2).

Door twee van de zes participanten wordt benoemd dat het samenvoegen van kinderen op niveau bevorderend is voor het hebben van plezier in bewegen en de ontwikkeling van het kind. Men geeft aan dat zij zien dat (bijna) alle kinderen profiteren van differentiatie, wat tevens maakt dat dit één van de belangrijkste punten is die naar voren komt in de toekomstvisie. Wanneer men het niet zelf redt door het inplannen van dergelijke momenten, is men van mening dat doorverwijzen noodzakelijk is.

"Want ze mogen bij mij heel vaak een keuze maken vanuit twee oefeningetjes en dan zit er altijd wel eentje tussen die, die bij ze past, dus uitgaande van de opdracht die gegeven wordt, kunnen ze altijd mee" (p.5).

Een ander onderdeel dat wordt benoemd is dat men van mening is dat er eerder gestart moet worden met (het stimuleren van) beweging. Drie van de zes respondenten geeft aan dat kinderen vanaf peuterleeftijd jaarlijks gescreend moeten worden, om zo uitval te voorkomen.

4.1.5 Communicatie

Het onderdeel 'Communicatie' is, net zoals het onderdeel '(Begrips-)kennis', gebaseerd op de gelijknamige topic. 'Communicatie' kan worden verdeeld over drie categorieën, te weten: 'Communicatie met en binnen school', 'Communicatie met ouders en kind' en 'Communicatie met de (kinder-)fysiotherapeut of andersoortige professional'.

De communicatie met en binnen school is afhankelijk van de organisatie waar men mee van doen heeft. Zowel interne als externe organisaties, als het verschil tussen basis- en middelbare scholen, heeft invloed op de communicatie en (bestaande) samenwerkingsverbanden. Indien wordt geconstateerd dat een kind motorisch onhandig is, zal veelal contact worden opgenomen met de Ib'er of remedial teacher (RT'er), indien deze op scholen aanwezig is. Uit de interviews worden wisselende samenwerkingsverbanden aangekaart, waarbij het onderling contact hebben over leerlingen niet als vanzelfsprekend wordt beschouwd. Wanneer er sprake is van een nauwer samenwerkingsverband waarbij de (externe) professionals als vast gezicht op de scholen fungeren en een vertrouwensband hebben kunnen opbouwen met de kinderen, verloopt dit contact met en binnen scholen efficiënter.

"En, wij zijn meer in ons team, zegt zijn ook wel een aantal, die zijn gewoon vakleerkracht. Maar hè, ik doe het meer op scholen waar ik, waar ik gewoon langskom, hè? Ik ben er gewoon buurtsportcoach in de regio en dan kan ik alleen maar het advies geven aan de, de groepsleerkrachten en wat er dan daadwerkelijk mee gebeurt. Nou, daar heb ik niet echt zicht op" (p.3).

Het hebben van contact met ouders en kind wordt als belangrijk benadrukt, maar niet als vanzelfsprekend ervaren. Met enige regelmaat gaat vanuit de geïnterviewden uit dat zij contact opnemen met de ouders voor het afgeven van een eventueel advies ten aanzien van bijvoorbeeld een consult bij een kinderfysiotherapeut. In het bijzonder hebben de buurtsportcoaches niet direct contact met de ouders, tenzij nadrukkelijk wordt gevraagd om hun expertise.

Bij dergelijke problematiek wordt een groot beroep gedaan op ouderbetrokkenheid, om de impact hiervan te onderschrijven en voor eventuele therapietrouw bij initiatieven. Als knelpunt

ervaren een deel van de participanten de druk die opgelegd wordt vanuit de ouders en/of het niet onderkennen van het belang (van de motorische ontwikkeling). Wel degelijk wordt genoemd dat het hebben van contact leidt tot het opbouwen van een vertrouwensband, waardoor in de toekomst gerichtere begeleiding kan worden ingezet.

“Ja, altijd met het kind. Ja, dus dan ging ik eerst met het kind en dan vervolgens belde ik de ouders. Of als het kind niet kwam, dan belde ik de ouders en dan ging ik naar aanleiding daarvan in gesprek met het kind. En heel vaak willen ze op zich ook wel, maar durven ze dan niet, maar als je ze dan een beetje helpt, dan... Je kunt dan ook bijvoorbeeld hun uitleggen dat je hun doel lager legt, waardoor zij zelf het idee hebben dat ze het wel kunnen” (p6).

Als de Ib’er en/of RT’er niet tot een oplossing kan komen, dan gaat deze hulp zoeken buiten de school, denkbaar in de vorm van een doorverwijzing en/of samenwerkingsverband. Drie van zes participanten geeft aan zelf in contact te staan met een of meerdere (kinder-)fysiotherapeut(en) in de regio, al dan niet via de school. De terugkoppeling vanuit de (kinder-)fysiotherapeut is vaak wel aanwezig, maar op summiere wijze. De meeste informatie verschaft de bewegingsprofessional via het kind zelf. Door één participant is benoemd dat een kinderfysiotherapeut actief betrokken is geweest door het geven van handelingsadviezen bij een van de initiatieven die de gemeente heeft opgezet. Men geeft aan het (in de toekomst) interessant te vinden als de kinderfysiotherapeut (en/of andersoortige professional) meekijkt tijdens de gymles.

“Nee. Ik heb zelf dan, uhm, uiteindelijk wel met een fysio, hebben we wel een lijntje van ja hoe gaat het, wat zie je? Ja, ik geef aan wat ik heb gezien. Fysio gaat er mee aan de slag, die koppelt het later wel weer eens terug van eh. Eh, hoe vind jij dat het gaat, dus dat soort dingen. Dus wel contact” (p.2).

4.1.6 Verleden en toekomstvisie

De toekomst loopt inherent verweven aan het verleden, waarin eerdere initiatieven en onderzoeken hebben plaatsgevonden vallend binnen het kader van dit onderzoek. Initiatieven in het verleden bestonden onder meer uit het verkrijgen van consensus over de inzet van motorische testen. Binnen Sport Fryslân is unaniem besloten tot het afnemen van de 4S-en test, maar over het algemeen wordt duidelijk dat er verschillende werkwijzen worden aangenomen in het herkennen, handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen.

Wanneer de participanten wordt gevraagd naar het schetsen van hun ideale situatie, komt men tot de volgende punten:

- Het inzetten van (motorische) testen en/of vragenlijsten moet meteen leiden tot onderwijsverbetering;
- Het geven van goede gymlessen, bij voorkeur bij kleuters nog elk dagdeel en vanaf groep drie en vier minimaal drie keer in de week;
- Het kind meer helpen op alle fronten en minder vast blijven hangen op ‘kleine’ oefeningen;
- Het stimuleren van sport buiten school, om de juiste sport te vinden en/of eventuele uitval te voorkomen;
- Het realiseren van een goed en uitdagend schoolplein, waarbij het kind voldoende begeleiding ondervindt;
- Het creëren van bewustwording omtrent het feit dat kinderen zoveel mogelijk zelfstandig naar school moeten komen, bij voorkeur lopend of fietsend, om voor school al beweging en ervaring op te doen.

“Lopend, fietsen naar school, goed schoolplein, goed bewegingsonderwijs, dynamische school-situatie, observatiesysteem, overleg met ouders, kennis van kindvriendelijke sportaanbieders” (p.1).

4.2 Kwantitatief onderzoek

4.2.1 Demografische gegevens

De eenmalige onderzoeks-enquête leverde 62 participanten op, waarvan veertien participanten zijn geëxcludeerd voor verdere deelname aan het onderzoek (N = 48). Vijf participanten werden geëxcludeerd wegens het niet akkoord gaan met het gebruik van de onderzoeksgegevens voor onderzoeksdoeleinden en negen participanten werden geëxcludeerd omdat zij niet werkzaam waren binnen de provincie Friesland.

22 van de 48 geïncludeerde participanten voltooiden de onderzoeks-enquête niet (volledig), wat leidt tot een voltooiingspercentage van 54,2%. Besloten is de niet-voltooiden onderzoeks-enquêtes mee te nemen in de data-analyse, gezien de waardevolle informatie die deze bevatten. Hierdoor kan de populatie (N*) afwijken per vraag, alsmede door het feit dat men op verscheidene vragen meerdere antwoorden kon geven.

Tabel 9: Demografische gegevens van de onderzoekspopulatie.

Variabele	Kenmerk	Onderzoekspopulatie
Geslacht (N = 44)	<i>Man</i>	6 (13,6%)
	<i>Vrouw</i>	37 (84,1%)
	<i>Anders</i>	1 (2,3%)
Leeftijd (N = 41)	<i>Jonger dan 25 jaar</i>	5 (12,2%)
	<i>25-35 jaar</i>	8 (19,5%)
	<i>36-45 jaar</i>	9 (22%)
	<i>46-55 jaar</i>	11 (26,3%)
	<i>56-65 jaar</i>	8 (19,5%)
Gemeente (N = 46)	<i>Achtkarspelen</i>	2 (4,3%)
	<i>Ameland</i>	1 (2,2%)
	<i>Dantumadeel</i>	1 (2,2%)
	<i>De Friese Meren</i>	5 (10,9%)
	<i>Harlingen</i>	3 (6,5%)
	<i>Heerenveen</i>	4 (8,7%)
	<i>Leeuwarden</i>	5 (10,9%)
	<i>Noordoost-Friesland</i>	3 (6,5%)
	<i>Ooststellingwerf</i>	2 (4,3%)
	<i>Opsterland</i>	2 (4,3%)
	<i>Schiermonnikoog</i>	0 (0,0%)
	<i>Smallingerland</i>	4 (8,7%)
	<i>Zuidwest-Friesland</i>	7 (15,2%)
	<i>Terschelling</i>	0 (0,0%)
	<i>Tietjerksteradeel</i>	2 (4,3%)
	<i>Vlieland</i>	0 (0,0%)
	<i>Waadhoeke</i>	2 (4,3%)
	<i>Weststellingwerf</i>	3 (6,5%)

Van het totaal aantal participanten die de onderzoeks-enquête hebben ingevuld, wil één participant (2,3%) liever niet aangeven tot welk geslacht hij/zij behoort. 6 mannen en 37 vrouwen

hebben geparticipeerd aan het onderzoek en gaven tevens hun sekse aan, waarbij de meest frequent gekozen leeftijdscategorie wordt aangemerkt als ‘46-55 jaar’ (26,3%), tegenover de minst frequent gekozen leeftijdscategorie ‘jonger dan 25 jaar’ (12,2%).

Binnen de provincie Friesland zijn achttien gemeenten, welke allen meegenomen zijn in dit onderzoek. Geen van de participanten die heeft deelgenomen aan de onderzoeks-enquête komt uit de gemeente ‘Schiermonnikoog’, ‘Terschelling’ en ‘Vlieland’ (0%). De drie meest gekozen gemeenten vertegenwoordigen 37% van de binnengekomen onderzoeksgegevens; de gemeente ‘Zuidwest-Friesland’ met zeven participanten en de gemeenten ‘de Friese Meren’ en ‘Leeuwarden’ met beide vijf participanten.

4.2.2 Opleiding- en werksituatie

De participanten is gevraagd naar verschillende variabelen omtrent hun opleidingsniveau en (huidige) werksituatie. Het opleidingsniveau van de beweegprofessionals betreft in het merendeel van de gevallen (87,5%) een opleiding aan het ‘hoger beroepsonderwijs’ (hbo), gevolgd door het ‘voortgezet onderwijs’ (7,5%) en afsluitend met het ‘middelbaar beroepsonderwijs’ (mbo) en basisonderwijs (beiden 2,5%). Aan het hoger beroepsonderwijs volgden de meeste participanten de opleiding tot leraar basisonderwijs (PABO) of docent lichamelijke opvoeding (ALO) of de Master Special Education(al) Needs.

De participanten is tevens gevraagd of hij/zij extra relevante opleidingen en/of cursussen heeft gevolgd omtrent bewegingsonderwijs en ontwikkeling van kinderen. De meest genoemde opleidingen/cursussen betreffen de post-bachelor ‘Leergang Vakbekwaamheid Bewegingsonderwijs’ en de cursussen ‘Motorisch Remedial Teaching’ (MRT) en ‘Bewegend Leren’.

Tabel 10: opleidingsniveau en werk(ervaring) van de onderzoekspopulatie.

Variabele	Kenmerk	Onderzoekspopulatie
Opleidingsniveau (N = 40)	<i>Geen diploma</i>	0 (0,0%)
	<i>Basisonderwijs</i>	1 (2,5%)
	<i>Voortgezet onderwijs</i>	3 (7,5%)
	<i>Middelbaar beroepsonderwijs</i>	1 (2,5%)
	<i>Hoger beroepsonderwijs</i>	35 (87,5%)
	<i>Wetenschappelijk onderwijs</i>	0 (0,0%)
	<i>Doctor, PhD</i>	0 (0,0%)
Werksetting (N = 53)	<i>Kinderopvang/BSO</i>	3 (5,7%)
	<i>Regulier basisonderwijs</i>	34 (64,1%)
	<i>Regulier voortgezet onderwijs</i>	4 (7,5%)
	<i>Sportvereniging-/organisatie</i>	9 (17,0%)
	<i>Anders, namelijk...</i>	3 (5,7%)
Werkervaring (N= 40)	<i>Ik ben stagiair(e)</i>	3 (7,5%)
	<i>0-5 jaar</i>	5 (12,5%)
	<i>5-10 jaar</i>	5 (12,5%)
	<i>10-15 jaar</i>	3 (7,5%)
	<i>15-20 jaar</i>	7 (17,5%)
	<i>Meer dan 20 jaar</i>	17 (42,5%)

Er is een sterke verdeling in werksetting bij de participanten, waarbij de categorie ‘Regulier Basisonderwijs’ het meest voorkomend is (64,1%), gevolgd door de categorieën ‘Sportvereniging-/organisatie’ (17,0%) en ‘Regulier Voortgezet Onderwijs’ (7,5%). De participanten zijn voornamelijk werkzaam in de volgende functies: ‘(Vak)leerkracht’ (12), ‘Directeur’ (11) en

‘Buurtsportcoach’ (6). Het aantal jaar werkervaring van de beweegprofessionals werd gedomineerd door de categorie ‘Meer dan 20 jaar’ (42,5%), gevolgd door de categorie ‘15-20 jaar’ (17,5%) en de categorieën ‘0-5 jaar’ en ‘5-10 jaar’ met beiden 12,5%.

4.2.3 (Begrips-)kennis

Binnen de onderzoeks-enquête werden de participanten gevraagd of men bekend is met het begrip ‘motorische onhandigheid’ en de formele diagnose ‘DCD’ die het kind. Van de veertig participanten die antwoord hebben gegeven op deze vraag, gaven 36 participanten (90%) aan bekend te zijn met het begrip ‘motorische onhandigheid’, tegenover vier participanten die aangaven hier niet bekend mee te zijn (10%). De begripskennis omtrent het begrip ‘DCD’ lag lager, waarop slechts 66% van de participanten aangaf hiermee bekend te zijn.

De participanten die aangaven bekend te zijn met ‘motorische onhandigheid’ werd gevraagd om dit begrip nader te omschrijven. De volgende beschrijving werden gegeven:

- Het ervaren van moeite met het uitvoeren van bepaalde bewegingen;
- Het ervaren van moeite met coördinatieve bewegingen;
- Het sneller hebben van ongelukken (ten opzichte van leeftijdsgenoten);
- Het onhandiger en/of minder vaardig zijn (ten opzichte van leeftijdsgenoten).

De participanten wordt tevens gevraagd hoe men zijn/haar eigen kennisniveau inschat, gericht op de motorische ontwikkeling in het algemeen. Van de 27 participanten gaven zeventien participanten aan een ‘gemiddelde’ kennis te bezitten (63%), tegenover zeven participanten die ‘veel’ kennis bezaten (25,9%). Dit maakt 88,9% van de populatie uit, waarbij uitschieters zijn naar ‘weinig’ (7,4%) en ‘zeer veel’ (3,7%) kennis.

Tabel 11: Kennis omtrent motorische ontwikkeling.

Kenmerk	Onderzoekspopulatie
<i>Geen</i>	0 (0,0%)
<i>Weinig</i>	2 (7,4%)
<i>Gemiddeld</i>	17 (63,0%)
<i>Veel</i>	7 (25,9%)
<i>Zeer veel</i>	1 (3,7%)

4.2.4 Werkwijze

Geen van de participanten gaf aan nog nooit tijdens zijn/haar werkzaamheden als beweegprofessional een kind met motorische onhandigheid in contact te zijn geweest. 4% van de participanten komt vaak in aanraking te komen met deze problematiek, tegenover 66% die hier (regelmatig) contact mee heeft en 30% die zelden met deze doelgroep in aanraking komt. Van de 27 respondenten geeft 66% aan (momenteel) geen les te geven aan kinderen met motorische onhandigheid, waar de overige 33% dit wel doet.

Om meer inzicht te krijgen omtrent het herkennen, handelen en begeleiden werd de vraag gesteld of er binnen de organisatie een standaard handelingsprotocol aanwezig is. Hierop hebben 18 participanten (66%) aangegeven dat dit niet aanwezig is, tegenover 9 participanten (33%) waarbij een dergelijk protocol wel in werking is. Over de aanpak van deze organisaties werd het volgende gezegd:

- Er wordt (vroegtijdige) screening afgenomen;
- Er wordt MRT ingeschakeld indien problemen worden ondervonden;
- Er is een samenwerkingsverband met professionals om leerlingen te ondersteunen.

Ter verdieping op het signaleringsproces is gevraagd of men gebruik maakt van (motorische) testen en/of vragenlijsten. De antwoordopties waren verdeeld over 'Ja, ik maak hier gebruik van', 'Nee, ik maak hier geen gebruik van' en 'Nee, dit laat ik aan een andere professional over'. Tien van de 26 participanten (38%) gaven aan zelfstandig motorische testen af te nemen, een gelijk verdeelde groep laat dit aan een andere professional over (38%) en zes participanten geven aan in geen enkel geval motorische testen te gebruiken en/of dit door een andere professional te laten afnemen. Met name de 4S-en test (41,7%) en de MQ-Scan (16,7%) worden veel afgenomen. Overige antwoordopties werden maar een enkele keer benoemd.

Dit allen wordt gevolgd door de vraag welke stappen men onderneemt als zij herkennen dat een kind motorische onhandigheid vertoont. Vijf van de negentien (26,3%) participanten neemt contact op met de ouders, eventueel met de raad om contact op te nemen met de huisarts en/of kinderfysiotherapeut. Twee van de negentien (10,5%) participanten geeft aan geen stappen te ondernemen (of niet te weten welke stappen dit mogelijkwijs kunnen zijn). Wanneer de stappen binnen scholen gecentreerd blijven, zoekt de beweegprofessional contact met de intern begeleider, mentor of (vak)leerkracht (van het kind).

Aan tien participanten werd gevraagd of zij extra tijd en/of aandacht schenken aan motorisch onhandige kinderen. Negen van de tien participanten (90%) gaf aan dit te doen, tegenover de enkele respondent die dit niet doet (10%). De participanten werd tevens gevraagd of er binnen de organisatie waar zij werkzaam zijn ook extra voorzieningen aanwezig zijn die een kind met motorische onhandigheid kunnen ondersteunen. Van de 24 participanten geven vijftien participanten (63%) aan dat deze er niet zijn, tegenover negen participanten waarbij dit wel aanwezig is (37%). Deze extra voorzieningen zijn met name in de vorm van een samenwerkingsverband met een eerstelijns therapeut (op school) of met de schoolarts, gevolgd door ondersteuning van een vakleerkracht (gymnastiek), buurtsportcoach, MRT of ambulante begeleiding.

4.2.5 Toekomstvisie

Aan het eind van de enquête zijn de participanten open vragen gesteld om informatie te verschaffen over (hun visie over) de huidige situatie en hun ideaalbeeld voor de toekomst. De volgende knelpunten zijn voornamelijk in de trant van:

- Er is geen unaniem meldpunt of systeem aanwezig, met name bij sportverenigingen, waar men met vraagstukken kan aankloppen;
- Het hebben van te weinig tijd om kinderen extra (of goede) aandacht te kunnen bieden, waarbij ook de procedures die hieraan zijn gekoppeld lang duren;
- Onduidelijkheid over de vervolgstappen die men kan ondernemen en/of naar wie een beweegprofessional kan verwijzen;
- Een gebrek aan kennis binnen het team en/of de organisatie omtrent deze problematiek en/of het doorverwijzen van motorisch onhandige kinderen;
- De (beperkende) rol van ouders binnen het proces, die de cognitieve vaardigheden als belangrijker inschatten en/of minder bereidwillig zijn om hulp van een kinderfysiotherapeut in te schakelen.

Wanneer men wordt gevraagd aan te geven waar zij vinden dat de nadruk (in de toekomst) op gelegd moet worden, kom de volgende antwoorden naar voren:

- Het eerder inzetten van screening/(motorische) testen en/of vragenlijsten, maar zeker niet de oudere kinderen hierbij vergeten;
- Het creëren van duidelijkheid in vervolgstappen nadat men motorische onhandigheid gesignaleerd heeft;

- Betere samenwerkingsverbanden tussen organisaties en professionals (scholen, huisartsen, kinderfysiotherapeuten en buurtsportcoaches);
- Meer expertise binnen de organisatie (in de trant van een beweegcoördinator, MRT'er of vakleerkracht), beginnend bij het aanbieden van kennis op opleidingen;
- Meer aandacht voor de motorische ontwikkeling en dit net zo belangrijk maken/ervaren als taal, rekenen en spelling.

De laatste vraag die de participanten wordt gesteld is gericht op het schetsen van een ideaal beeld aangaande het herkennen, handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen en welke factoren hierop van invloed kunnen zijn. De volgende punten werden aangekaart:

- Een jaarlijkse screening/afname van (motorische) testen en/of vragenlijsten bij het kind;
- Een (betere) signaleringslijst op scholen en welke stappen eventueel te ondernemen;
- Een verbeterde samenwerking tussen organisaties en extra ondersteuning van (externe) professionals om kinderen sneller en beter te kunnen helpen.

5. Discussie

5.1 Bepaling en interpretatie van de resultaten

Wellicht is één van de belangrijkste resultaten het gegeven dat beweegprofessionals zich een rol toebedelen in het proces rondom het herkennen, handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen. Uit het onderzoek is tevens gebleken dat de invulling van deze rol verschilt per beweegprofessional en organisatie. Een gegeven dat nog nooit werd onderzocht binnen de provincie Friesland en diens gevolge niet vergeleken kan worden met eerder verschaft resultaten.

Uit het onderzoek komt naar voren dat het merendeel van de 68 participanten bekend is met de term en/of kinderen met ‘motorische onhandigheid’. Een gegeven dat op basis van de prevalentie, die het vaakst geciteerd wordt op 5-6%, praktisch gezien nihil is, aangezien een kleine berekening laat zien dat in een gemiddelde klas van twintig kinderen tenminste één motorisch onhandig kind aanwezig zou moeten zijn (Smits-Engelsman & Verbecque, 2021). De toenevende aandacht voor dit onderwerp, maar tevens nog altijd het ontbreken van specifieke gemeentelijke initiatieven en vruchtbare samenwerkingsverbanden, suggereert dat er nog winst te behalen valt.

Gesteld wordt dat de motorische ontwikkeling van Nederlandse kinderen al enkele decennia achteruit gaat. De Motoriek Peiling 2021 van de Haagse Hogeschool en de Vrije Universiteit Amsterdam (VU) toonde in hetzelfde jaar met de MQ-Scan aan dat het motorisch beeld per provincie (per aantal geteste kinderen) in de provincie Friesland ‘relatief gemiddeld’ scoort (Hoeboer & de Vries, 2022). Het Kenniscentrum Sport en Bewegen startte, mede naar aanleiding van publicaties van het Mulier Instituut uit 2020, de ‘Breed Motorische Ontwikkeling’ (BMO), met als doel dat kinderen een brede basis wordt geboden voor een leven lang plezier in sport en bewegen. Hierbij wordt niet alleen aandacht geschonken aan de motorische ontwikkeling, maar hierbij worden tevens de sociaalemotionele en cognitieve ontwikkeling bij betrokken.

Het ondersteunen van beweegprofessionals heeft nog geen breed draagvlak en/of eerdere initiatieven binnen de provincie Friesland, al betekent dit niet dat er geen landelijke acties bestaan. Het Gymmermansoog-project, dat tussen 2014 en 2019 werd uitgevoerd, onderzocht hoe gymleerkrachten op basisscholen het beste konden worden ondersteund bij hun rol in de gezonde motorische ontwikkeling. Binnen het project werd gebruik gemaakt van de 4-Vaardighedentest (ook wel 4S-en test genoemd), waarna kinderen volgens het stoplichtmodel werden ingedeeld in een bepaalde categorie; ‘Groen’ voor een leeftijdsconforme motorische ontwikkeling, ‘Oranje’ voor een matige motorische achterstand en ‘Rood’ voor een ernstige motorische achterstand. Hieruit voortvloeiend werd de ondersteuningsroute Bewegen en Motoriek opgesteld, die over verschillende lagen gaan, waarbij ‘samenwerken’ het sleutelwoord is (Hogeschool van Amsterdam, 2022).

Aangezien de invulling van de rol van beweegprofessionals per individu en organisatie afwijkt, is de beweegprofessionals gevraagd om hun ideale toekomstbeeld te schetsen. Op basis van de verzamelde kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksgegevens kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan:

- Het eerder inzetten van screening/(motorische) testen en/of vragenlijsten en/of het jaarlijks afnemen van deze testen;

- Het creëren van aandacht voor de motorische ontwikkeling en/of het nut van dagelijkse beweging bij een bredere doelgroep, waaronder beweegprofessionals;
- Het creëren van een signaleringslijst en ondersteuningsroute op scholen, waarop de stappen die men kan ondernemen inzichtelijk gemaakt kunnen worden;
- Het creëren van een (online) meldpunt of systeem voor beweegprofessionals die vanuit zijn/haar organisatie niet in de gelegenheid zijn om met collega's te overleggen en/of waar protocollen ontoereikend zijn;
- Het stimuleren van sport en spel binnen en buiten school, om de juiste sport te vinden en/of eventuele uitval te voorkomen;
- Het creëren van extra tijd en/of aandacht om deze kinderen te begeleiden, onder andere door het op school binnenhalen van (externe) professionals en/of organisaties;
- Het geven van extra gym- en beweegmomenten, zowel op klassikaal als individueel niveau;
- Het verwezenlijken en/of verbeteren van (bestaande) samenwerkingsverbanden tussen organisaties, gemeenten en professionals binnen de beweeg-, onderwijs- en zorgsector.

Het aannemen van deze aanbevelingen kan niet zonder nader onderzoek te doen naar de implicaties hiervan. Het eerder inzetten van motorische testen wordt vanuit de Nederlandse DCD-richtlijn, uitzonderingen daargelaten, niet aanbevolen bij kinderen jonger dan vijf jaar. Hetzelfde geldt voor het eventueel stellen van een diagnose. Het 'eerder' inzetten van motorische testen blijft dus beperkt tot een bepaalde leeftijdscategorie, tenzij bij toekomstig onderzoek anders kan worden aangetoond.

Er is ook al jaren onderzoek gaande naar het inzetten van (motorische) testen en/of vragenlijsten, al is er tot op heden geen consensus over welk meetinstrument hiervoor het beste kan worden gebruikt (de Kraauw, 2013; De Jong, et al., 2016). De onderzoeksgegevens laten zien dat door de verschillende organisaties een diversiteit aan meetinstrumenten werd ingezet, waarbij kritisch gekeken dient te worden naar de validiteit en betrouwbaarheid hiervan. Het creëren van consensus, maar ook een stappenplan voor wanneer de screening dient plaats te vinden, alsmede het creëren van een signaleringslijst en ondersteuningsroute (inclusief (online) systeem) wordt genoemd voor de toekomst. Het Gymmermansoog-project kan derhalve als voorbeeld dienen voor de provincie Friesland.

Het creëren van aandacht voor de motorische ontwikkeling en/of het nut van dagelijkse beweging wordt gehinderd door het plan van Minister van Onderwijs Dennis Wiersma, die reeds zijn plan presenteerde om in schooljaar 2022/2023 meer aandacht voor basisvaardigheden, waaronder lezen en rekenen, te creëren, met als gevolg dat de druk die beweegprofessionals voelen mogelijk nog verder zal stijgen. Dit interfereert met de wens dat beweegprofessionals graag extra tijd, aandacht en beweeg-/gymlessen willen besteden aan het begeleiden van motorisch onhandige kinderen.

Voor de haalbaarheid van bovengenoemde punten dient dientengevolge kritisch gekeken te worden naar het inzetten van vervolgonderzoek. Landelijk onderzoek is toereikend en de resultaten zijn veelbelovend, maar het betreft een lang en tijdrovend proces. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden gedaan in hoofdstuk 5.3.

5.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Het onderzoek betrof een triangulatie van kwalitatieve en kwantitatieve dataverzamelingsmethoden. Voor het verschaffen van onderzoeksgegevens binnen de kwalitatieve

dataverzamelmethode is gekozen voor afname van individuele, semigestructureerde diepte-interviews, waarbij werd gestreefd naar het principe van saturatie. De verzamelde onderzoeksgegevens vertoonden veel overlap, waardoor kan worden gesteld dat het bereiken van dit principe is behaald. Desalniettemin kan er als kritische noot worden toegevoegd dat het voeren van extra interviews voor een betrouwbaarder resultaat hadden kunnen zorgen. Door de tussenkomst van vrije dagen, vakantie en opkomende tentamen- en examenperiodes was het werven van participanten penibel.

De onderzoekspopulatie van de diepte-interviews betrof verschillende professies binnen de onderwijs- en beweegsector, waardoor er variatie aan blikken op de vooraf opgestelde thema's en bijbehorende vragen geworpen kon worden. Het verschil in leeftijdscategorieën, maar ook in ervaring (zowel in jaren als met motorisch onhandige kinderen), heeft als voordeel dat er vanuit verscheidene invalshoeken waarbij creativiteit en ambitie een rol spelen naar de vraagstukken kon worden gekeken. Een mogelijk kritisch punt kan liggen in het feit dat alle participanten vooraf bekend waren met motorische onhandigheid en/of dit eerder waren tegengekomen tijdens zijn/haar dagelijkse werkzaamheden, wat ervoor kan zorgen dat men vanuit een eigen referentiekader het diepte-interview in is gegaan. Er kunnen in dit geval geen uitspraken worden gedaan over mensen die geen ervaring hebben met deze doelgroep.

Voor het verwerken van de onderzoeksgegevens is gebruik gemaakt van de Kwaliteitsprocedure van Devers, waarin wordt gesproken over vier criteria om de kwaliteit te waarborgen. Om de interne validiteit ('credability') te garanderen wordt gebruik gemaakt van triangulatie, verkregen door het afnemen van een eenmalige onderzoeks-enquête aangaande hetzelfde onderwerp. Doordat meerdere onderzoekers de transcripten hebben gecodeerd zal de situatie zich voordoen dat de gevonden bewijzen evident beter kunnen worden geïnterpreteerd. Er treedt onderzoekstriangulatie op door de transcripten door beide onderzoekers te laten controleren op tegenstrijdigheden en overeenkomsten, waardoor de kans op interpretatiefouten kleiner wordt. De externe validiteit ('transferability') kan verzekert door de duidelijke omschrijving van de rol van de onderzoeker(s), hoe de methoden stapsgewijs zijn uitgevoerd (inclusief aanwezige topicijst, wijze van transcriberen en voorbeeldvragen voor de interviews). Met de betrouwbaarheid ('dependability') in ogenschouw genomen kan worden gesteld dat de compleetheid en accuraatheid van de transcripten hoog is, mede door de aanwezigheid van het codeerschema en de benadering van de data-analyse. Doordat er meerdere critici hebben gekeken naar de methode van het onderzoek en de data-analyse kan er worden gesteld dat er een sceptical peer review heeft plaatsgevonden (Devers, 1999).

Naast het afnemen van individuele, semigestructureerde diepte-interviews is tevens onder een grotere steekproef een onderzoeks-enquête afgenomen. Hiermee is gepoogd extra informatie te verkrijgen in settingen als het basisonderwijs, het voortgezet onderwijs, kinderopvangorganisaties (inclusief Sport-BSO) en/of sportverenigingen-/organisaties. Ook hierbij speelt de timing van het onderzoek een bepalende rol, gezien het feit dat de enquête is uitgezet aan het begin van een schoolvakantie. De verwachting is dat het onderzoek hierdoor een grote non-respons groep heeft gekregen.

Aan de onderzoeks-enquête waren duidelijk afgebakende in- en exclusiecriteria verbonden, waardoor veertien participanten werden geëxcludeerd voor verdere deelname van het onderzoek. Bovendien voltooiën nog eens 22 participanten de onderzoeks-enquête niet volledig. Hierdoor is het aantal onderzoeksgegevens minder dan in eerste instantie werd verwacht, al werden de uitkomsten van het onderzoek hierdoor wel degelijk betrouwbaarder. Doordat de onderzoeks-enquête is opgesteld met het oog op het verzamelen van relevante informatie

aangaande de huidige situatie en de ideale toekomstsituatie, zijn zowel open als gesloten vragen gesteld. Dit zorgde voor veel beschrijvende statistische onderzoeksgegevens, waarbij opvallend veel overlap werd vertoond met de verzamelde onderzoeksgegevens uit het kwalitatieve onderzoek. hiermee kan voorzichtig worden gesteld dat de resultaten van beide onderzoeken elkaar versterken, maar door het niet behalen van de gewenste steekproefomvang van 205 participanten is het niet mogelijk om de gegevens te generaliseren tot alle beweegprofessionals in de provincie Friesland.

Voor het interpreteren van de onderzoeksgegevens dient rekening te worden gehouden met eventueel opgetreden bias, gezien de kans bestaat dat mensen die de motorische ontwikkeling als belangrijk beschouwen een groter deel van de populatie uitmaakt, in vergelijking met mensen die dit als minder belangrijk beschouwen.

Dit alles werd weergegeven binnen de cross-sectionele opzet van deze studie. Bij dit type onderzoek vindt er geen interventie noch randomisatie plaats. Hierdoor is dit type onderzoek snel uit te voeren, maar dit heeft als keerzijde dat dit de statische analyse complex(er) maakt. Gezien de korte tijdsspanne waarbinnen dit onderzoek afgenomen diende te worden, is de keuze gevallen op dit type onderzoek. Op basis van de huidig verworven onderzoeksresultaten kan een (voorlopig) antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag, met kritische aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

5.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Aangezien deze studie behoort tot het overkoepelende onderzoek ‘JZOJP’ worden bredere aanbevelingen gedaan dan alleen toebehorend tot het subonderdeel ‘beweegprofessionals’. Binnen de Nederlandse DCD-richtlijn, opgesteld door zorgprofessionals op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen (NVR), wordt onderschreven dat beweegprofessionals een belangrijke rol (kunnen) spelen in het signaleren en/of begeleiden van motorisch onhandige kinderen. Dit gegeven wordt onderschreven door diverse recente wetenschappelijke onderzoeken, maar lijkt praktisch nog niet uitvoerbaar door het ontbreken van consensus over de invulling van deze rol. Voor eventueel vervolgonderzoek kunnen aanbevelingen worden gedaan in de richting van het verkrijgen van uniformiteit en consensus aangaande dit onderwerp (middels een focusgroep), waarbij zowel zorg- als beweegprofessionals samen worden gebracht. Hierbij kan eventueel breder vergelijkend onderzoek worden ingezet, waarbij kan worden gekeken naar de huidige status in andere provincies in Nederland.

Aan dit onderzoek hebben bovendien een beperkt aantal participanten deelgenomen, waardoor het niet mogelijk is om de resultaten te generaliseren tot een grotere populatie. Om conclusies te trekken die wel generaliseerbaar zijn, is vervolgonderzoek onder een grotere onderzoekspopulatie nodig. Daar komt bij dat er tijdens dit onderzoek geen gebruik is gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten, aangezien deze tot op heden niet bestaan. Het ontwikkelen en in gebruik nemen van een gevalideerde en betrouwbare vragenlijst kan de onderzoeksgegevens aannemelijker maken, mogelijkserwijs op identieke wijze als het Gymmersoog-project.

Bovendien wordt aanbevolen om onderzoek te doen naar eventuele onderzoeks- en subsidie-mogelijkheden vanuit individuele gemeenten uit de provincie Friesland, alsmede het verzamelen van resultaten van de bestaande genoemde initiatieven. Tevens wordt aanbevolen om vervolgonderzoek te doen naar het verbeteren/optimaliseren van de onderlinge communicatie en/of samenwerkingsverbanden met binnen en/of met (externe) (gezondheids-)organisaties.

6. Conclusie

De rol van beweegprofessionals in het herkennen, handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen is aan verandering en persoonlijke voorkeuren onderhevig. Door het tot op heden ontbreken van een beroepsprofiel is onduidelijk wat hun precieze rol betreft. Bovendien hanteren de diverse (externe) organisaties in de beweeg- en onderwijssector verschillende werken en handelwijzen, welke van elkaar afwijken en medeverantwoordelijk zijn voor het ontbreken van uniformiteit onder beweegprofessionals. Er bestaat geen duidelijke afbakening en/of toekenning voor de verschillende stappen die ondernomen kunnen worden, waardoor deze door de jaren heen zichzelf hebben gevormd, afhankelijk van de persoonlijke voorkeuren en/of mogelijkheden van de individuele beweegprofessional (binnen zijn/haar organisatie).

Desalniettemin geldt dat een groot deel van de kwaliteiten beschikbaar zijn, maar dat er dient gekeken te worden hoe deze in de toekomst optimaal ingezet kunnen worden. Om dit te bereiken is de volgende visie opgesteld: ‘Wanneer er bij scholen meer kennis aanwezig is over motorische onhandigheid, kunnen problemen bijtijds gesignaleerd worden en kan passende hulp vroegtijdig worden ingeschakeld. Wanneer gedacht wordt aan een motorisch ontwikkelingsprobleem in welke vorm dan ook, zullen de eerste en de tweede lijn, de ouders, de beweegprofessionals (en het kind) dusdanig samenwerken, zodat het kind zo snel en goed mogelijk zonder zorgprofessionals verder kan’.

Het creëren van een specifiek beleid kan mogelijk bijdragen aan het aannemen van de (nieuwe) visie als wel het verbeteren van het huidige proces rondom het herkennen, handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen. De factoren die door beweegprofessionals worden genoemd voor het aannemen van deze (nieuwe) visie betreffen het creëren van de juiste informatieverstrekking, variërend tot het aanbieden van informatie op opleidingen als voor (reeds) werkzame beweegprofessionals, het frequenter en eerder inzetten van motorische testen, het bieden van meer en kwalitatief goede beweeginterventies en/of gymlessen, het verbeteren van communicatie met en binnen scholen en met ouders/externe partijen en het optimaliseren/verwezenlijken van samenwerkingsverbanden tussen verschillende professies binnen de beweeg-, onderwijs- en zorgsector. Voor het behalen van deze doelen dient extra tijd en aandacht vrij gemaakt te worden, ingezet te worden op kennisbehoefte en indien mogelijk extra (beweeg)professionals aannemen om aan de eisen van het passend onderwijs en het Nationaal/Lokaal Sportakkoord te kunnen voldoen.

Bibliografie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, fifth edition. Washington: American Psychiatric Association Publishing.
- Baarda, B. (2019). *Dit is onderzoek!* Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., & van der Velden, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Bax, H., Brouwer, B., Klaassen, C., van der Palen, H., Roelofsen, S., Vervoorn, A., de Wit, G. (2017). *Beroepsprofiel leraar lichamelijke opvoeding*. Zeist: Jan Luiting Fonds.
- Blank, R., Barnett, A., Cairney, J., Green, D., Kirby, A., Polatajko, H., Vinçon, S. (2019). International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychosocial aspects of developmental coordination disorder. *Developmental medicine and child neurology*, 61(3), 242-285.
- Blank, R., Smits-Engelsman, B., Polatajko, H., & Wilson, P. (2012). European Academy for Childhood Disability (EACD): recommendations on the definition, diagnosis and intervention of developmental coordination disorder (long version). *Developmental medicine and child neurology*, 54(1), 54-93.
- Cairney, J., Hay, J., Faught, B., Mandigo, J., & Flouris, A. (2005). Developmental Coordination Disorder, Self-Efficacy toward Physical Activity and Participation in Free Play and Organized Activities: Does Gender Matter? *Adapted Physical Activity Quarterly*, 22(1), 67-82.
- Cantell, M., Crawford, S., & Tish Doyle-Baker, P. (2008). Physical fitness and health indices in children, adolescents and adults with high or low motor competence. *Human Movement Science*, 27(2), 344-362.
- de Boer, F. (2016). Mixed Methods: een nieuwe methodologische benadering? *Kwalon*, 11(2).
- De Jong, A., De Maesschalck, L., Legius, M., Vandenbroele, H., Glorieux, M., & Visser, M. (2016). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- de Jonge, M., Singh, A., & Lucassen, J. (2020). *Metten van motorische vaardigheden bij 4- tot 12-jarigen: gebruik van motorische testen om kinderen in Nederland beter te laten bewegen*. Utrecht: Mulier Instituut.
- de Kraauw, A. (2013). *Het BeweegABC: een onderzoek naar het functioneren voor het bijsturen van sport- en beweegbegeleid binnen gemeenten*. Eindhoven: Fontys Sporthogeschool Eindhoven.

- Devers, K. (1999). How will we know "good" qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health Services Research*, 34(5), 1155-1187.
- Draghi, T., Cavalcante Neto, J., & Tudella, E. (2021). Symptoms of anxiety and depression in schoolchildren with and without developmental coordination disorder. *Journal of Health Psychology*, 1519-1527.
- Feldman, R., van Loon, D., Voets, L., & van der Wielen, G. (2020). *Ontwikkelingspsychologie*. Amsterdam: Pearson Benelux B.V.
- Gemeente Achtkarspelen en Tytsjerksteradiel. (2021). *Sportakkoord Achtkarspelen en Tytsjerksteradiel*.
- Gemeente De Fryske Marren. (2020). *Sport- en Beweegakkoord De Fryske Marren*. Joure.
- Gemeente Harlingen. (2021). *Sportakkoord Gemeente Harlingen*. Gemeente Harlingen.
- Gemeente Heerenveen. (2020). *Sportakkoord Gemeente Heerenveen*. Gemeente Heerenveen.
- Gemeente Leeuwarden. (sd). *Ons sportakkord*. Opgehaald van Sportakkoord Leeuwarden: <https://www.sportakkoordleeuwarden.nl/ons-sportakkoord/>
- Gemeente Ooststellingwerf. (2020). *Lokaal sport- en beweegakkoord Ooststellingwerf*.
- Gemeente Opsterland. (2020). *Lokaal sport- en beweegakkoord Opsterland*.
- Gemeente Smallingerland. (2020). *Ons sportakkoord*. Opgehaald van Sportakkoord Smallingerland: <http://www.sportakkoordsmallingerland.nl/ons-sportakkoord/>
- Gemeente Vlieland. (2020). *Sportakkoord Gemeente Vlieland*.
- Gemeente Waadhoeke. (2020). *Sportakkoord "Waadhoeke Beweegt Mee"*. Franeker.
- Gemeente Weststellingwerf. (2019). *Samen sportief vooruit! Lokaal akkoord sport en bewegen Weststellingwerf*.
- Gemeente Weststellingwerf. (2021, maart 22). *Lokaal sportakkoord Weststellingwerf laat ook peuters bewegen*. Opgehaald van Gemeente Weststellingwerf : <https://www.weststellingwerf.nl/lokaal-sportakkoord-weststellingwerf-laat-ook-peuters-bewegen>
- Geuze, R. (2016, april 6). Motorische ontwikkelingsstoornissen: DCD en dyspraxie. *Klinische Kinderneuropsychologie*, 2e herziene druk, 553-584.
- Geuze, R., Jongmans, M., Schoemaker, M., & Smits-Engelsman, B. (2001). Clinical and research diagnostic criteria for developmental coordination disorder: a review and discussion. *Human Movement Science*, 20, 7-47.
- Hadders-Algra, M., Pangalila, R., Becher, J., van der Burg, J., Hielkema, T., & de Moor, J. (2021). *Kinderrevalidatie*. Assen: Uitgeverij Koninklijke van Gorcum BV.

- Harrowell, I., Hollén, L., Lingam, R., & Emond, A. (2017). Mental health outcomes of developmental coordination disorder in late adolescence. *Developmental medicine and child neurology*, 59(9), 973-979.
- Hoeboer, J., & de Vries, S. (2022). *Motoriek Peiling 2021*. Den Haag/Amsterdam: De Haagse Hogeschool/Vrije Universiteit Amsterdam.
- Hogeschool van Amsterdam. (2022). *Gymmermansoog*. Amsterdam: Urban Vitality.
- Kenniscentrum Sport & Bewegen. (2020). *Van jongs af aan vaardig bewegen*. Ede: Kenniscentrum Sport & Bewegen.
- Laurent de Angulo, M., Brouwers-de Jong, E., Bijlsma-Schlösser, J., Bulk-Bunschoten, A., Pauwels, J., & Steinbuch-Linstra, I. (2008). *Ontwikkelingsonderzoek in de Jeugdgezondheidszorg. Het Van Wiechenonderzoek. De Baecke-Fassaert Motoriekttest*. Van Gorchum.
- Li, Y., Wu, S., Cairney, J., & Hsieh, C. (2011). Motor coordination and health-related physical fitness of children with developmental coordination disorder: a three-year follow-up study. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2993-3002.
- Lust, J., Adams, I., Reinders-Messelink, H., Luijckx, J., Schoemaker, M., & Steenbergen, B. (2022). The diagnostic trajectory of developmental coordination disorder in the Netherlands: Experiences of mothers. *Child: care, health and development*, 48(1), 139-149.
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (2019). *Motorische Ontwikkeling*. Utrecht: Stichting Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ).
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. (2019). *Nederlandse richtlijn voor diagnostiek en behandeling van kinderen, adolescenten en volwassenen met Developmental Coordination Disorder (DCD)*. Nederlandse Richtlijn, DCD Netwerk Nederland & Oudervereniging Balans, Utrecht.
- Noordstar, J., Stuive, I., Herweijer, H., Holty, L., Oudenampsen, C., Schoemaker, M., & Reinders-Messelink, H. (2014). Perceived athletic competence and physical activity in children with developmental coordination disorder who are clinically referred, and control children. *Research in Developmental Disabilities*, 35(12), 3591-3597.
- Payne, V., & Isaacs, L. (2016). *Human Motor Development: A Lifespan Approach*. McGraw-Hill Education.
- Revalidatie Friesland Academie. (2021, december 16). *Project 'Juiste zorg op de juiste plek voor DCD' ruim een ton subsidie gekregen!* Opgehaald van Revalidatie Friesland Academie: <https://academie.revalidatie-friesland.nl/2021/12/project-juiste-zorg-op-de-juiste-plek-voor-dcd-ruim-een-ton-subsidie-gekregen/>

- Rijksoverheid. (sd). *Doelen passend onderwijs*. Opgehaald van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/passend-onderwijs/doelen-passend-onderwijs>
- Rijksoverheid. (sd). *Overzicht aantal uren onderwijstijd*. Opgehaald van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/schooltijden-en-onderwijstijd/overzicht-aantal-uren-onderwijstijd>
- Rodrigues, A., Abreu, G., Resende, R., Goncalves, W., & Gouvea, S. (2013). Cardiovascular risk factor investigation: a pediatric issue. *International Journal of General Medicine*(6), 57-66.
- Samen actief naar gezondheid: Dantumadiel en Noardeast-Fryslân. (2022). *Samen actief naar gezondheid*. Opgehaald van Samen actief naar gezondheid : <https://www.samenactiefnaargezondheid.nl>
- Scholten, S., & de Blécourt, A. (2009). Somatische problemen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smits-Engelsman, B., & Verbecque, E. (2021, september). Pediatric care for children with Developmental Coordination Disorder, can we do better? *Biomedical Journal* .
- Spittle, A., FitzGerald, T., Mentiplay, B., Williams, J., & Licari, M. (2018). Motor impairments in children: More than just the clumsy child. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 54(10), 1131-1135.
- Sport op Basisscholen. (sd). *Over Sport op Basisscholen*. Opgehaald van Sport op Basisscholen : <https://www.sportopbasisscholen.nl>
- Sport op Basisscholen. (sd). *Sport op Basisscholen Extra*. Opgehaald van Sport op Basisscholen : <https://www.sportopbasisscholen.nl/sport-op-basisscholen-extra/>
- Stephenson, E., & Chesson, R. (2008). 'Always the guiding hand': parents' accounts of the long-term implications of developmental coordination disorder for their children and families. *Child: care, health and development*, 34(3), 335-343.
- Stichting De Friesland. (sd). *Fries beweeginitiatief*. Opgehaald van Stichting de Friesland: <https://www.stichtingdefriesland.nl/zorgprojecten/the-daily-mile-tdm-kinderopvang>
- Stichting De Friesland. (sd). *Spelenderwijs in beweging*. Opgehaald van Stichting De Friesland: <https://www.stichtingdefriesland.nl/zorgprojecten/spelenderwijs-in-beweging>
- van Beeman, L., & Beckerman-Wagner, M. (2021). *Ontwikkelingspsychologie*. Groningen/Utrecht: Noordhoff Uitgevers.
- van der Hoek, F., Stuive, I., Reinders-Messelink, H., Holty, L., de Blécourt, A., & Maathuis, C. (2012). Health-related physical fitness in Dutch children with Developmental Coordination Disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 33(8), 649-655.

- van Empelen, R., Nijhuis-van der Sanden, R., & Hartman, A. (2016). *Kinderfysiotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-Van Doorn, C., & Rosendal, H. (2019). *ZorgBasics: Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Watson, L., & Knott, F. (2006). Self-esteem and coping in children with developmental coordination disorder. *British Journal of Occupational Therapy*, 69, 450-456.
- Zwicker, J., & Lee, E. (2021). Early intervention for children with/at risk of developmental coordination disorder: a scoping review. *Developmental medicine and child neurology*, 63(6), 659-667.
- Zwicker, J., Harris, S., & Klassen, A. (2012). Quality of life domains affected in children with developmental coordination disorder: a systematic review. *Child: Care, Health and Development*, 39(4), 562-580.
- Zwicker, J., Suto, M., Harris, S., Vlasakova, N., & Missiuna, C. (2017). Developmental Coordination Disorder is more than a motor problem: Children describe the impact of daily struggles on their quality of life. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(2), 65-73.

Bijlagen

Bijlage 1: Lijst met symbolen, afkortingen en definities

Bijlage A: Afkortingenlijst

Tabel 12: Afkortingenlijst.

Afkorting	Definitie
<i>4S-en test</i>	4 skills test (of 4 vaardigheden test).
<i>BSO</i>	Buitenschoolse opvang.
<i>DCD</i>	Developmental Coordination Disorder.
<i>DSM-5</i>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
<i>Ib'er</i>	Intern begeleider.
<i>ICD</i>	International Classification of Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.
<i>MeSH</i>	Medical Subject Headings.
<i>MRT</i>	Motorisch Remedial Teaching.
<i>N</i>	Onderzoekspopulatie.
<i>P</i>	Participant.
<i>RT'er</i>	Remedial teacher.
<i>SPSS</i>	Statistical Package for the Social Science.

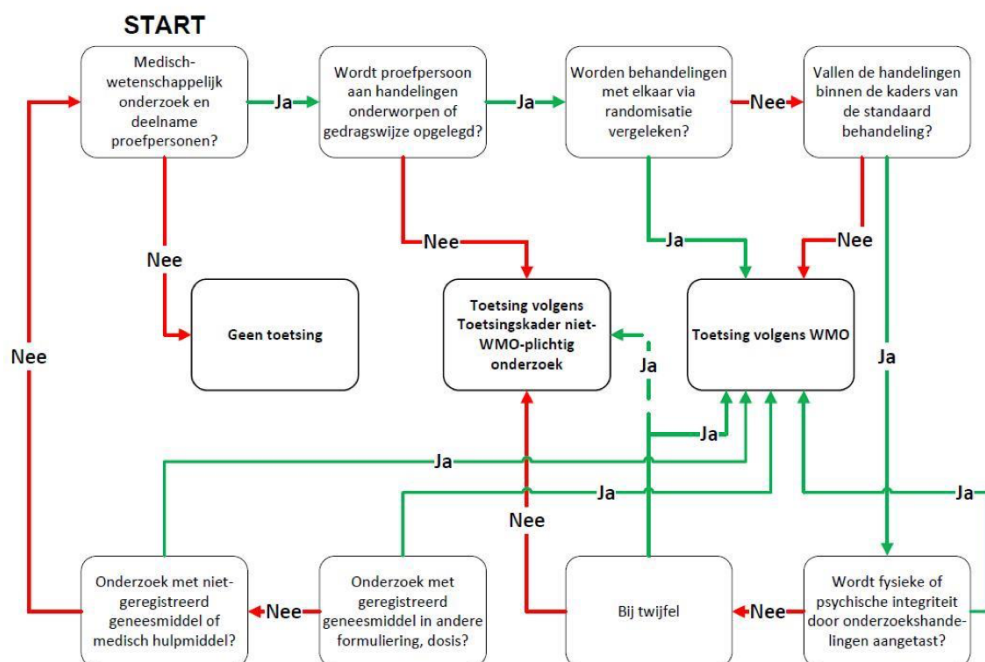
Bijlage B: Verklarende woordenlijst

Tabel 13: Verklarende woordenlijst.

Begrip	Definitie
<i>Ad-verbum</i>	Woordelijk; woord voor woord.
<i>Beweegprofessional</i>	Een professional op het gebied van bewegen, het stimuleren tot beweging en omgang met eventuele bewegingsproblematiek.
<i>Etiologie</i>	Oorzakelijkheidsleer.
<i>Principe van saturatie</i>	Het principe van saturatie stelt dat er gestopt kan worden met het afnemen van nieuwe diepte-interviews op het moment dat er geen nieuwe informatie meer uit de volgende interviews gehaald kan worden.
<i>Silence Probe</i>	Een Silence Probe geeft de participant de ruimte om op zichzelf en zijn/haar antwoorden te reflecteren en deze mogelijk aan te passen of te verklaren, doordat de onderzoeker zich stil houdt (na beantwoording van de vraag).
<i>Tell-Me-More Probe</i>	Met Tell-Me-More Probes wordt de participant bevestigd en vraagt de onderzoeker door op antwoorden die hij/zij ontvangt van de participant.
<i>Triangulatie</i>	Driehoeksmeting; het vanuit verschillende perspectieven onderzoeken om dezelfde onderzoeksvraag te beantwoorden.

Bijlage 2: Protocol Ethische Toetsing Onderzoek door studenten

Bijlage A: Schema Zorgvuldigheidsmaatregelen Onderzoek



Bijlage B: Kwalitatief onderzoek

Toetsing volgens Wetenschappelijk Onderzoek met Mensen (WMO) is voor dit onderzoek niet noodzakelijk.

Tabel 14: Schema Zorgvuldigheidsmaatregelen Onderzoek

Onderdelen	Gegevens
Studieonderdeel	Afstudeeropdracht (AO).
Begeleider	Martin Brouwer
Onderwerp	De rol van beweegprofessionals in het herkennen, handelen en begeleiden van kinderen met motorische onhandigheid.
Begin- en eindtijd onderzoek	Februari tot en met juni 2022.
Beschrijving onderzoek	Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de rol van beweegprofessionals in het herkennen, handelen en begeleiden van kinderen met motorische onhandigheid in de basisschool- en middelbare schoolleeftijd.

Ondertekening

Ondergetekenden verklaart/verklaren zonder voorbehoud en naar waarheid bijgaand formulier te hebben ingevuld in verband met het in kader van de opleiding Fysiotherapie (Hanzehogeschool Groningen) uit te voeren onderzoek.

Datum: 13-02-2022.

Tabel 15: Handtekeningen studenten.

Naam van de student(en)	Handtekening(en)
Wendy Drahn	
Gennaro Esposito	

Tabel 16: Toetsing volgens Wetenschappelijk Onderzoek met Mensen.

	A	B	C
1. Privacy en anonimiteit			Nee Ja
1.1 Ken je de naam van de proefpersonen?		Hoe is de anonimiteit gegarandeerd?	X
	Nee ⬅	Ja ➡	Wanneer worden de gegevens vernietigd en wie is daar verantwoordelijk voor? Als de naam van een proefpersoon of een bedrijf toch wordt gepubliceerd, geven de betrokkenen daar dan expliciet toestemming voor?
1.2 Ken je het e-mailadres van de proefpersoon?	Nee ⬅	Ja ➡	Hoe zorg je ervoor dat het adres uit je adressenlijst verdwijnt, onder andere met het

			oog op spam/verspreiding van virussen?	
1.3 Beschik je over andere persoonlijke gegevens?	Nee ⬇	Ja ➔	Zijn deze gegevens nodig? Waarom?	X
1.4 Komen proefpersonen op foto of op beeld- of geluidband te staan?	Nee ⬇	Ja ➔	Zijn de proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Geven zij hier nadrukkelijk toestemming voor?	X
			Wie krijgen dit materiaal te zien of te horen?	
1.5 Wordt er gewerkt met bekenden van de onderzoekers?			Bestaat de mogelijkheid van rolverwarring?	X
	Nee ⬇	Ja ➔	Zijn er problemen denkbaar op het gebied van privacy of bijvoorbeeld strijdigheid van belangen en de verhouding die kan ontstaan door een lastige testuitslag?	
			Wat wordt er gedaan om deze problemen te voorkomen? Welke alternatieve oplossingen zijn overwogen en waarom zijn die niet toegepast?	
2. Informatie en toestemming				
2.1 Wordt proefpersonen expliciet om toestemming gevraagd?	Ja ⬇	Nee ➔	Waarom niet?	
2.2 Worden proefpersonen vooraf op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek?	Ja ⬇	Nee ➔	Waarom niet?	
			Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?	
2.3 Wordt proefpersonen naar waarheid duidelijk gemaakt wie de opdrachtgever is/welke belangen de opdrachtgever heeft?	Ja ⬇	Nee ➔	Waarom niet?	
			Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?	
2.4 Kunnen proefpersonen deelname weigeren?	Ja ⬇	Nee ➔	Waarom niet?	
2.5 Kunnen proefpersonen op elk moment stoppen/van verdere medewerking afzien?	Ja ⬇	Nee ➔	Waarom niet?	

2.6 Wordt de proefpersoon duidelijk gemaakt in welke rol je met ze werkt?	Ja ⬇	Nee ➔	Waarom niet?
2.7 Wordt proefpersonen de mogelijkheid geboden om op de hoogte te worden gebracht van uitkomsten/resultaten?	Ja ⬇	Nee ➔	Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht? Waarom niet?
2.8 Wordt aan proefpersonen onjuiste informatie verstrekt over de opdrachtgever, het doel van het onderzoek of dergelijke?	Nee ⬇	Ja ➔	Waarom wel? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?
2.9 Zijn (sommige) proefpersonen minderjarig?	Nee ⬇	Ja ➔	Is toestemming geregeld met ouders/verzorgers? Zo nee, waarom niet?
2.10 Zijn (sommige) proefpersonen wilsonbekwaam?	Nee ⬇	Ja ➔	Is toestemming geregeld met eventuele andere verantwoordelijkheden? Zo nee, waarom niet?
2.11 Is er een protocol gemaakt waarin staat hoe en in welke bewoordingen proefpersonen over punten 2.1 tot en met 2.8 op de hoogte worden gebracht?	Ja ➔	Nee ➔	Ja? Zie het toestemmingsformulier. Nee? Waarom niet?
3. Mogelijke schadelijke effecten			
3.1 Is er tijdens het onderzoek sprake van misleiding van proefpersoon?	Nee ⬇	Ja ➔	Waarom is dit nodig? Wat is de aard van de misleiding? Wanneer en hoe worden proefpersonen op de hoogte gebracht (debriefing)?
3.2 Kan de proefpersoon door deelname geestelijk, sociaal, fysiek of ander nadeel ondervinden?	Nee ⬇	Ja ➔	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?

3.3 Kunnen er groeperingen door deelname aan of bijvoorbeeld uitkomsten van onderzoeken of publiciteit erover ervan nadeel ondervinden?	Nee ⬇	Ja ➔	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken?
3.4 Kunnen organisaties en dergelijke (bijvoorbeeld school of woningbouwcorporatie die er 'slecht' van afkomt) nadelen ondervinden van de uitkomsten van of publiciteit rond het onderzoek?	Nee ⬇	Ja ➔	Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen/betreffende organisaties hiervan vooraf op de hoogte?
3.5 Kunnen er op basis van het onderzoek beslissingen worden genomen die nadelig kunnen zijn voor bepaalde (groepen) mensen?	Nee ⬇	Ja ➔	Worden er vooraf afspraken gemaakt over de bespreking van de uitkomsten/uitslagen? Is er de mogelijkheid van opvang, nazorg of doorverwijzing geregeld?
4. Afwegingen voor- en nadelen			
4.1 Als er in het voorgaande zaken zijn waarmee proefpersonen of anderen te kort kunnen worden gedaan, staan daar wellicht voordelen van het onderzoek tegenover?	Ja ⬇	Nee ➔	Welke voordelen zijn dat? In hoeverre wegen de nadelen op tegen de voordelen?

Bijlage C: Kwantitatief onderzoek

Toetsing volgens Wetenschappelijk Onderzoek met Mensen (WMO) is voor dit onderzoek niet noodzakelijk.

Tabel 17: Schema Zorgvuldigheidsmaatregelen Onderzoek

Onderdelen	Gegevens
Studieonderdeel	Afstudeeropdracht (AO).
Begeleider	Martin Brouwer
Onderwerp	De rol van beweegprofessionals in het herkennen, handelen en begeleiden van kinderen met motorische onhandigheid.
Begin- en eindtijd onderzoek	Februari tot en met juni 2022.
Beschrijving onderzoek	Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de rol van beweegprofessionals in het herkennen, handelen en begeleiden van kinderen met motorische onhandigheid in de basisschool- en middelbare schoolleeftijd.

Ondertekening

Ondergetekenden verklaart/verklaren zonder voorbehoud en naar waarheid bijgaand formulier te hebben ingevuld in verband met het in kader van de opleiding Fysiotherapie (Hanzehogeschool Groningen) uit te voeren onderzoek.

Datum: 13-02-2022.

Tabel 18: Handtekeningen studenten.

Naam van de student(en)	Handtekening(en)
Wendy Drahn	
Gennaro Esposito	

Tabel 19: Toetsing volgens Wetenschappelijk Onderzoek met Mensen.

	A		B	C	
1. Privacy en anonimiteit				Nee	Ja
1.1 Ken je de naam van de proefpersonen?			Hoe is de anonimiteit gegarandeerd?		
	Nee ↙	Ja →	Wanneer worden de gegevens vernietigd en wie is daar verantwoordelijk voor? Als de naam van een proefpersoon of een bedrijf toch wordt gepubliceerd, geven de betrokkenen daar dan expliciet toestemming voor?		
1.2 Ken je het e-mailadres van de proefpersoon?	Nee ↙	Ja →	Hoe zorg je ervoor dat het adres uit je adressenlijst verdwijnt, onder andere met het		

			oog op spam/verspreiding van virussen?
1.3 Beschik je over andere persoonlijke gegevens?	Nee ⬇	Ja ➔	Zijn deze gegevens nodig? X Waarom?
1.4 Komen proefpersonen op foto of op beeld- of geluidband te staan?	Nee ⬇	Ja ➔	Zijn de proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Geven zij hier nadrukkelijk toestemming voor?
1.5 Wordt er gewerkt met bekenden van de onderzoekers?			Wie krijgen dit materiaal te zien of te horen? Bestaat de mogelijkheid van rolverwarring?
	Nee ⬇	Ja ➔	Zijn er problemen denkbaar op het gebied van privacy of bijvoorbeeld strijdigheid van belangen en de verhouding die kan ontstaan door een lastige testuitslag?
			Wat wordt er gedaan om deze problemen te voorkomen? Welke alternatieve oplossingen zijn overwogen en waarom zijn die niet toegepast?
2. Informatie en toestemming			
2.1 Wordt proefpersonen expliciet om toestemming gevraagd?	Ja ⬇	Nee ➔	Waarom niet?
2.2 Worden proefpersonen vooraf op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek?	Ja ⬇	Nee ➔	Waarom niet? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?
2.3 Wordt proefpersonen naar waarheid duidelijk gemaakt wie de opdrachtgever is/welke belangen de opdrachtgever heeft?	Ja ⬇	Nee ➔	Waarom niet? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?
2.4 Kunnen proefpersonen deelname weigeren?	Ja ⬇	Nee ➔	Waarom niet?
2.5 Kunnen proefpersonen op elk moment stoppen/van verdere medewerking afzien?	Ja ⬇	Nee ➔	Waarom niet?

2.6 Wordt de proefpersoon duidelijk gemaakt in welke rol je met ze werkt?	Ja ⬇	Nee ➔	Waarom niet?
2.7 Wordt proefpersonen de mogelijkheid geboden om op de hoogte te worden gebracht van uitkomsten/resultaten?	Ja ⬇	Nee ➔	Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht? Waarom niet?
2.8 Wordt aan proefpersonen onjuiste informatie verstrekt over de opdrachtgever, het doel van het onderzoek of dergelijke?	Nee ⬇	Ja ➔	Waarom wel? Worden proefpersonen achteraf op de hoogte gebracht?
2.9 Zijn (sommige) proefpersonen minderjarig?	Nee ⬇	Ja ➔	Is toestemming geregeld met ouders/verzorgers? Zo nee, waarom niet?
2.10 Zijn (sommige) proefpersonen wilsonbekwaam?	Nee ⬇	Ja ➔	Is toestemming geregeld met eventuele andere verantwoordelijkheden? Zo nee, waarom niet?
2.11 Is er een protocol gemaakt waarin staat hoe en in welke bewoordingen proefpersonen over punten 2.1 tot en met 2.8 op de hoogte worden gebracht?	Ja ➔	Nee ➔	Ja? Zie het toestemmingsformulier. Nee? Waarom niet?
3. Mogelijke schadelijke effecten			
3.1 Is er tijdens het onderzoek sprake van misleiding van proefpersoon?	Nee ⬇	Ja ➔	Waarom is dit nodig? Wat is de aard van de misleiding? Wanneer en hoe worden proefpersonen op de hoogte gebracht (debriefing)?
3.2 Kan de proefpersoon door deelname geestelijk, sociaal, fysiek of ander nadeel ondervinden?	Nee ⬇	Ja ➔	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte?

3.3 Kunnen er groeperingen door deelname aan of bijvoorbeeld uitkomsten van onderzoeken of publiciteit erover ervan nadeel ondervinden?	Nee ⬇	Ja ➔	Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken?
3.4 Kunnen organisaties en dergelijke (bijvoorbeeld school of woningbouwcorporatie die er 'slecht' van afkomt) nadelen ondervinden van de uitkomsten van of publiciteit rond het onderzoek?	Nee ⬇	Ja ➔	Zijn proefpersonen hiervan vooraf op de hoogte? Welke nadelen zijn denkbaar? Wat wordt er gedaan om deze nadelen te voorkomen? Wat om de schade te beperken? Zijn proefpersonen/betreffende organisaties hiervan vooraf op de hoogte?
3.5 Kunnen er op basis van het onderzoek beslissingen worden genomen die nadelig kunnen zijn voor bepaalde (groepen) mensen?	Nee ⬇	Ja ➔	Worden er vooraf afspraken gemaakt over de bespreking van de uitkomsten/uitslagen? Is er de mogelijkheid van opvang, nazorg of doorverwijzing geregeld?
4. Afwegingen voordelen en nadelen			
4.1 Als er in het voorgaande zaken zijn waarmee proefpersonen of anderen te kort kunnen worden gedaan, staan daar wellicht voordelen van het onderzoek tegenover?	Ja ⬇	Nee ➔	Welke voordelen zijn dat? In hoeverre wegen de nadelen op tegen de voordelen?

Bijlage 3: Kwalitatief onderzoek

Bijlage A: Topiclijst

Tabel 20: Topiclijst.

Topic	Verantwoording
<i>Introductie</i>	Met het topic ‘Introductie’ worden beide partijen in eerste instantie aan elkaar voorgesteld. Verder zal er worden ingegaan op het doel van het onderzoek en zal er toelichting plaatsvinden over de pseudonimiteit en de omgang met privacygevoelige informatie/gegevens. Vervolgens zal er worden ingegaan op het onderdeel ‘demografische gegevens’, waaronder leeftijd, opleiding, functie en werkervaring. Verder werd er de vraag gesteld of men vooraf aan de start van het interview nog verdere vragen had.
<i>Begripkennis</i>	Met het topic ‘Begripkennis’ wordt gestart om te kijken of de participant kennis heeft over het begrip ‘motorische onhandigheid’ (of dan wel ‘Developmental Coordination Disorder’). Er is gekozen voor dit topic om te kijken of er een uniforme consensus is over wat het begrip inhoudt en/of er verschillende blikken onder beweegprofessionals zijn over dit onderwerp.
<i>Werkwijze</i>	Met het topic ‘Werkwijze’ werden vragen gesteld over het herkennen, handelen en begeleiden van kinderen met motorische onhandigheid. Hierbij werd onder meer ingegaan op de signalering van deze kinderen, het inzetten van eventuele meetinstrumenten of vragenlijsten, welke vervolgstappen er worden genomen, hoe de begeleiding is bij een kind met motorische onhandigheid en wat men zelf het belang vindt van vroege signalering en extra begeleiding van kinderen met motorische onhandigheid. Er is gekozen voor dit topic om duidelijk te krijgen wat de huidige werkwijze is van beweegprofessionals.
<i>Communicatie</i>	Met het topic ‘Communicatie’ wordt er gekeken naar communicatie binnen de school (of organisatie), buiten school (bijvoorbeeld met ouders of andere beweegprofessionals) en communicatie met specialisten (bijvoorbeeld met kinderfysiotherapeuten of artsen). Dit is van belang om duidelijkheid te creëren in de uniformiteit binnen communicatie bij een motorisch onhandig kind.
<i>Toekomstvisie</i>	Met het topic ‘Toekomstvisie’ werd besproken hoe de huidige situatie mogelijk anders kan worden ingericht in de toekomst en hoe men dit voor zich ziet. Hierbij werd de focus gelegd op een potentiële differentie manier van herkennen, handelen en begeleiden en/of de behoefte van beweegprofessionals om andere (kortere) lijnen te creëren met specialisten/andere beroepsgroepen. Er is voor dit onderwerp gekozen om te inventariseren waar de behoefte ligt in de toekomst en/of te kijken of deze er überhaupt is (wellicht is verandering niet nodig).

Bijlage B: Interviewguide

Tabel 21: Interviewguide.

Topic	Voorbeeldvragen
(Begrips-)kennis	• Wat betekent een ‘onhandige motoriek’ volgens u? • Waar denkt u aan als u het begrip ‘Developmental Coordination Disorder’ (DCD) hoort? • Wanneer is een kind volgens u motorisch onhandig? • Waar ligt voor u de grens tussen een normale ontwikkeling of een ontwikkelingsachterstand? • Hoe ziet u dat een kind op motorisch vlak niet meekomt met leeftijds-/groepsgenoten? • Wat weet u over de (verschillen in) motorische ontwikkeling van kinderen?
Werkwijze	• Ziet u binnen uw werkzaamheden met kinderen wel eens motorische onhandigheid voorkomen? • Wat doet u op het moment wanneer u ziet dat een kind motorisch onhandiger is dan zijn/haar leeftijds-/groepsgenoten? • Maakt u gebruik van (motorische) testen of vragenlijsten als u ziet dat een kind op motorisch vlak niet meekomt met leeftijds-/groepsgenoten? • Indien u gebruik maakt van (motorische) testen of vragenlijsten, welke conclusies bindt u hier dan aan vast? • Als u ziet dat een kind motorisch niet goed meekomt, besteedt u hier dan ook extra tijd of aandacht aan? • Worden er bijvoorbeeld ook extra lessen, MRT, samenwerking met de kinderfysiotherapeut of ambulante begeleiding georganiseerd voor kinderen die motorisch onhandig zijn? • Indien het u zelf niet (voldoende) lukt om een kind met motorische moeilijkheden te helpen, welke vervolgstappen onderneemt u dan? • Vindt u dat er voldoende aandacht is voor motorische onhandigheid op scholen of binnen verenigingen? • Wanneer vindt u dat een kind doorverwezen moet worden en binnen welk termijn dient dit te gebeuren? • Hoe ziet het traject na het signaleren eruit en bent u hierbij betrokken?
Communicatie	• Met welke partijen heeft u contact als u signaleert dat een kind motorisch onhandig is (denk aan ouders, kinderfysiotherapeuten, etc.)? • Heeft uw organisatie contact met externe partijen die u kunt inschakelen als u ziet dat een kind extra begeleiding nodig heeft? • Zijn er dingen waar u tegenaan loopt bij het communiceren met en/of over de motorisch onhandige kinderen?
Toekomstvisie	• Hoe kijkt u aan tegen de begeleiding van motorisch onhandige kinderen? Zijn er eventueel dingen waar u tegenaan loopt? • Waar loopt u tegen aan bij de begeleiding van kinderen met motorische problematiek?

- Bent u in de huidige setting tevreden over de werkwijze bij kinderen met motorische onhandigheid?
- Waar vindt u dat er in de toekomst meer nadruk op gelegd moet worden?
- Wat zou u in de toekomst graag anders willen zien en welke factoren zijn daarop van invloed?

Bijlage C: Informatiebrief en informed consent

Beste deelnemer,

Wij willen u vragen om een bijdrage te leveren aan een praktijkgericht onderzoek naar kinderen met motorische onhandigheid (in samenwerking met Revalidatie Friesland, onderzoek ‘Juiste Zorg Op de Juiste Plek (voor DCD)’). Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de huidige stand van zaken rondom het herkennen, handelen en begeleiden van kinderen met motorische onhandigheid door beweegprofessionals. Het onderzoek bestaat uit individuele diepte-interviews.

Waarom bent u uitgekozen voor dit onderzoek?

Voor dit onderzoek zijn wij op zoek naar beweegprofessionals die in zijn/haar dagelijkse werkzaamheden te maken krijgt met kinderen met motorische onhandigheid. Doordat u hier (onbewust) mee in aanmerking komt, willen wij u vragen deel te nemen aan dit onderzoek. Voordat u toestemming hiervoor geeft, volgt hieronder belangrijke informatie over de inhoud van het onderzoek.

Wat wordt er van u verwacht bij het onderzoek?

Als u besluit deel te nemen aan het onderzoek, willen wij u vragen om deel te nemen aan een interview met een van onze onderzoekers. Het interview zal 30 tot 45 minuten duren. Na het interview zal één van de onderzoekers het interview analyseren en nader verwerken. Na afronding van het onderzoek kunt u ervoor kiezen om op de hoogte te worden gehouden van de resultaten.

Is deelname aan het onderzoek vrijwillig?

Ja, de deelname van het onderzoek is volledig gebaseerd op vrijwillige basis. U bent niet verplicht om deel te nemen en kunt tevens op elk moment besluiten uw deelname in te trekken.

Wanneer vindt het onderzoek plaats?

Het onderzoek vindt plaats tussen maart en eind april 2022. In deze periode zullen wij samen tot een geschikt moment komen voor het inplannen van een interview. Indien u ervoor heeft gekozen om op de hoogte te worden gehouden van de resultaten van het onderzoek, ontvangt u in juni 2022 de onderzoeksresultaten.

Wanneer eindigt uw deelname aan het onderzoek?

Uw deelname aan het onderzoek stopt zodra het onderzoek is afgerond. De deelname kan tevens worden gestopt indien u ervoor kiest om vroegtijdig uw deelname af te breken, als de onderzoeker(s) besluit(en) dat het beter is om te stoppen of als de opdrachtgever besluit dat het onderzoek wordt stopgezet. Indien u zelf besluit uw deelname te stoppen, dient u hier geen verantwoording voor af te leggen.

Wat gebeurt er met de verzamelde informatie?

De informatie die tijdens het interview verkregen wordt, zal nader door de onderzoeker(s) worden geanalyseerd en worden meegenomen in de onderzoeksresultaten. Uw gegevens worden anoniem verwerkt en zijn niet aan u terug te herleiden. Op basis van de verzamelde informatie worden er aanbevelingen gedaan om de begeleiding te optimaliseren.

Hoe wordt uw privacy en anonimiteit gewaarborgd?

Alleen de onderzoekers en de organisatie krijgen inzage in uw persoonlijke gegevens. Indien uw gegevens worden verwerkt in het onderzoeksverslag, wordt er gebruik gemaakt van codes, zodat uw privacy gewaarborgd blijft. Deze informatie is niet naar u terug te leiden.

Heeft u nog vragen?

Indien u nog vragen heeft kunt u contact opnemen met de onderzoekers via het volgende e-mailadres: w.drahn@st.hanze.nl.

Indien u na het lezen van deze informatie heeft besloten om deel te nemen aan het onderzoek, vragen wij u om het onderstaande kader te tekenen. Hierbij verklaart u dat:

- U op geheel vrijwillige basis bereid bent om mee te doen aan het onderzoek;
- Dat u de informatiebrief voor deelnemers heeft gelezen, u aanvullende vragen heeft kunnen stellen en dat deze vragen juist zijn beantwoord;
- Dat de uitkomsten verwerkt mogen worden in het onderzoeksverslag en/of een wetenschappelijke publicatie.

☐ Hierbij verklaar ik voldoende geïnformeerd te zijn en stem ik toe vrijwillig te participeren aan het onderzoek.

Handtekening:

Datum:

.....

.....

Bijlage 4: Kwantitatief onderzoek

Bijlage A: Onderzoeks-enquête

Start van blok: Informed Consent

Beste Beweegprofessional,

Graag willen wij uw aandacht vragen voor een onderzoek van de opleiding Fysiotherapie aan de Hanzehogeschool Groningen, in samenwerking met Revalidatie Friesland (onderzoek ‘Juiste Zorg Op de Juiste Plek voor kinderen met Developmental Coordination Disorder (DCD)’). Deze vragenlijst richt zich op de huidige situatie omtrent het herkennen, handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen door beweegprofessionals.

Het invullen van de vragenlijst duurt vijf tot tien minuten. Uw deelname aan het onderzoek is volledig gebaseerd op vrijwillige basis en u kunt op elk moment besluiten uw deelname zonder verantwoording in te trekken. De informatie die uit de vragenlijst wordt verkregen, zal nader door de onderzoekers worden geanalyseerd en verwerkt in de onderzoeksresultaten. Uw gegevens worden anoniem verwerkt en zijn niet tot een individueel persoon (u) terug te herleiden. De enquête sluit voor verdere deelname op 13 mei.

Indien u nog vragen heeft omtrent de vragenlijst en/of het onderzoek, kunt u contact opnemen met de onderzoekers via het volgende e-mailadres: w.drahn@st.hanze.nl.

Q1: Ik geef toestemming voor dit onderzoek en het gebruik van de gegevens voor onderzoeksdoeleinden.

- ☐ Ik ga akkoord, start de enquête
- ☐ Ik ga niet akkoord, beëindig de enquête

Ga naar: einde enquête als ‘Ik ga niet akkoord, beëindig de enquête’.

Einde blok: Informed Consent

Start van blok: Demografische gegevens

Q2: Met welk geslacht identificeert u zichzelf?

- | | |
|-----------------------------|--|
| ☐ Man | ☐ Ik zeg dat liever niet |
| ☐ Vrouw | ☐ Anders, namelijk... |

Q3: Wat is uw leeftijd?

- | | |
|--|---|
| ☐ Jonger dan 25 jaar | ☐ 46-55 jaar |
| ☐ 25-35 jaar | ☐ 56-65 jaar |
| ☐ 36-45 jaar | ☐ Ouder dan 65 jaar |

Q4: In welke gemeente van de provincie Friesland bent u werkzaam?

- | | |
|---|---|
| ☐ Gemeente Achtkarspelen | ☐ Gemeente Schiermonnikoog |
| ☐ Gemeente Ameland | ☐ Gemeente Smallingerland |
| ☐ Gemeente Dantumadiel | ☐ Gemeente Terschelling |
| ☐ Gemeente De Friese Meren | ☐ Gemeente Tytsjerksteradiel |
| ☐ Gemeente Harlingen | ☐ Gemeente Vlieland |

- | | |
|---|---|
| ☐ Gemeente Heerenveen | ☐ Gemeente Waadhoeke |
| ☐ Gemeente Leeuwarden | ☐ Gemeente Weststellingwerf |
| ☐ Gemeente Noordoost-Friesland | ☐ Gemeente Zuidwest-Friesland |
| ☐ Gemeente Ooststellingwerf | ☐ Ik ben niet werkzaam in de provincie Friesland |
| ☐ Gemeente Opsterland | |

Ga naar: einde enquête als ‘Ik ben niet werkzaam in de provincie Friesland’.

Q5: Wat is uw hoogst genoten opleiding?

- ☐ Geen diploma
- ☐ Basisonderwijs
- ☐ Voortgezet onderwijs (vmbo, havo, vwo of praktijkonderwijs)
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs (mbo)
- ☐ Hoger beroepsonderwijs (hbo)
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- ☐ Doctor, PhD

Q6: Welke opleidingen heeft u gevolgd?

Q7: Heeft u aanvullende opleiding(en)/cursus(sen) over het bewegingsonderwijs en/of de ontwikkeling van kinderen gevolgd?

- ☐ Ja, namelijk...
- ☐ Nee

Q8: Wat is uw huidige functie?

Q9: In welke setting bent u werkzaam met kinderen?

- ☐ Kinderopvang/buitenschoolse opvang (BSO)
- ☐ Regulier basisonderwijs
- ☐ Regulier voortgezet onderwijs
- ☐ Sportvereniging-/organisatie
- ☐ Anders, namelijk...

Q10: Hoeveel jaar werkervaring heeft u?

- | | |
|--|--|
| ☐ Ik ben stagiair(e) | ☐ 10-15 jaar |
| ☐ 0-5 jaar | ☐ 15-20 jaar |
| ☐ 5-10 jaar | ☐ Meer dan 20 jaar |

Einde blok: Demografische gegevens

Start van blok: Herkennen van motorisch onhandige kinderen

Motorische onhandigheid kan zich uiten in het later behalen van mijlpalen, het hebben van een beperkte motorische variatie en/of het duidelijker onhandiger bewegen ten opzichte van leeftijdsgenoten.

Q11: Bent u bekend met motorische onhandigheid?

- ☐ Ja, ik ben hiermee bekend
- ☐ Nee, ik ben hier niet mee bekend

Ga naar: Q12 als 'Nee, ik ben hier niet mee bekend' of Q14 als 'Ja, ik ben hiermee bekend'.

Q12: Wilt u in de toekomst meer informatie ontvangen over het signaleren en begeleiden van motorisch onhandige kinderen?

- ☐ Ja, hier heb ik behoefte aan
- ☐ Nee, hier heb ik geen behoefte aan

Q13: Op welke wijze zou u in de toekomst deze informatie willen ontvangen?

- ☐ Door middel van een opleiding
- ☐ Door middel van een cursus(dag)
- ☐ Door middel van een workshop
- ☐ Door middel van een informatiemap
- ☐ Door middel van informatie via een webpagina
- ☐ Anders, namelijk....

Ga naar: einde enquête als 'Door middel van een opleiding', 'Door middel van een cursus(dag)', 'Door middel van een workshop', 'Door middel van een informatiemap', 'Door middel van informatie via een webpagina' of 'Anders, namelijk...'.

Q14: Hoe zou u een kind met motorische onhandigheid omschrijven?

Q15: In hoeverre heeft u kennis over de motorische ontwikkeling van kinderen?

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Geen | ☐ Veel |
| ☐ Weinig | ☐ Zeer veel |
| ☐ Gemiddeld | |

Q16: Bent u bekend met het begrip 'Developmental Coordination Disorder' (DCD)?

DCD betekent vertaald naar het Nederlands een 'coördinatie-ontwikkelingsstoornis'. Kinderen met DCD hebben een achterstand in de ontwikkeling van motorische vaardigheden en hebben moeite met het coördineren van bewegingen, waardoor zij alledaagse taken minder makkelijk uit kunnen voeren dan leeftijdgenoten. DCD is ook wel de formele diagnose, gesteld door een medisch professional, voor motorische onhandigheid.

- ☐ Ja, ik ben hiermee bekend

- ☐ Nee, ik ben hier niet mee bekend

Q17: Hoe vaak komt u binnen uw werkzaamheden motorisch onhandige kinderen tegen?

- ☐ Nooit
- ☐ Zelden
- ☐ Regelmatig
- ☐ Vaak
- ☐ Heel vaak

Q18: Geeft u op dit moment één (of meerdere) kinderen met (een vermoeden van) motorische onhandigheid les?

- ☐ Ja, ik geef les aan één of meerdere kinderen met (een vermoeden van) motorische onhandigheid
- ☐ Nee, ik geef geen les aan één of meerdere kinderen met (een vermoeden van) motorische onhandigheid

Einde blok: Herkennen van motorische onhandigheid

Start van blok: Handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen

Q19: Hoe goed worden motorisch onhandige kinderen binnen uw organisatie gesignaleerd en begeleid?

- ☐ Helemaal niet
- ☐ Onvoldoende
- ☐ Voldoende
- ☐ Goed
- ☐ Uitstekend

Q20: Is er binnen uw organisatie een standaard protocol voor het signaleren en begeleiden van motorisch onhandige kinderen?

- ☐ Ja, deze is aanwezig
- ☐ Nee, deze is niet aanwezig

Ga naar: Q22 als ‘Nee, deze is niet aanwezig’.

Q21: Kunt u deze aanpak omschrijven?

Q22: Maakt u gebruik van motorische testen en/of vragenlijsten als u ziet dat een kind motorisch onhandig is?

- ☐ Ja, ik maak hier gebruik van
- ☐ Nee, ik maak hier geen gebruik van
- ☐ Nee, dit laat ik aan een andere professional over

Ga naar: Q26 als ‘Nee, ik maak hier geen gebruik van’ of ‘Nee, dit laat ik aan een andere professional over’.

Q23: Van welke motorische testen en/of vragenlijsten maakt u gebruik?

- ☐ De 4'Sen test
- ☐ De Movement ABC-2

- | | |
|--|---|
| ☐ De MQ-Scan | ☐ De Developmental Coordination Disorder Questionnaire (DCD-Q) |
| ☐ De MRT-Test | ☐ De Beweeg-ABC |
| ☐ De Groninger Motoriek Observatielijst (GMO) | ☐ Anders, namelijk... |

Q24: Welke stappen onderneemt u op het moment dat u ziet dat een kind motorisch onhandig is?

- ☐ Ik onderneem geen stappen
- ☐ Ik weet niet welke stappen ik kan ondernemen
- ☐ Ik zoek contact met de ouders
- ☐ Ik zoek contact met professionals
- ☐ Ik zoek contact met een intern begeleider/mentor
- ☐ Ik raad de ouders aan contact op te nemen met de huisarts/kinderfysiotherapeut
- ☐ Ik zoek contact met een externe organisatie (bijvoorbeeld Steunpunt Onderwijs Noord)
- ☐ Anders, namelijk...

Q25: Als u ziet dat een kind motorisch onhandig is, besteedt u hier dan ook extra tijd en/of aandacht aan? Indien u 'ja' kiest, vult u dan in op welke wijze u dit doet.

- ☐ Ja, ik maak hier gebruik van door...
- ☐ Nee, ik maak hier geen gebruik van

Q26: Zijn er binnen uw organisatie extra voorzieningen voor kinderen die motorisch onhandig zijn? Denk hierbij aan bijvoorbeeld Motorische Remedial Teaching (MRT), extra gym- of beweeglessen of ambulante begeleiding.

- ☐ Ja, deze zijn aanwezig
- ☐ Nee, deze zijn niet aanwezig

Q27: In welke vorm worden extra voorzieningen aangeboden aan kinderen die motorisch onhandig zijn?

- ☐ Motorische Remedial Teaching (MRT)
- ☐ Extra gym- of beweeglessen
- ☐ Samenwerking met een eerstelijns therapeut (op school) of schoolarts
- ☐ Ambulante begeleiding
- ☐ Ondersteuning van een vakleerkracht gymnastiek/buurtsportcoach
- ☐ Anders, namelijk...

Einde blok: Handelen en begeleiden van motorisch onhandige kinderen

Start van blok: Toekomstvisie

Q28: Kunt u aangeven in welke mate u het met de volgende stellingen eens of oneens bent?

Stelling	Eens	Oneens
<i>Ik vind dat ik voldoende kennis heb om kinderen met motorische onhandigheid te signaleren en te begeleiden</i>		
<i>Ik vind dat mijn opleiding mij voldoende heeft voorbereid op</i>		

*het signaleren en begeleiden van motorisch onhandige kinderen
Ik vind het lastig om motorisch onhandige kinderen te screenen en door te verwijzen
Ik vind dat binnen de organisatie waar ik werk, het mogelijk is om motorisch onhandige kinderen adequaat te ondersteunen
Ik weet welke stappen ik moet ondernemen als ik een kind met motorische onhandigheid signaleer
Ik vind dat er voldoende samenwerking is tussen scholen en externe partijen om kinderen met motorische onhandigheid te ondersteunen*

Q29: Hoe kijkt u aan tegen het signaleren en/of begeleiden van motorisch onhandige kinderen? Zijn er dingen waar u tegenaan loopt?

Q30: Waar vindt u dat er in de toekomst meer nadruk op gelegd moet worden in het signaleren en/of begeleiden van motorisch onhandige kinderen?

Q31: Wat zou voor u in de toekomst de ideale situatie zijn op het gebied van signaleren en/of begeleiden van motorisch onhandige kinderen en welke factoren zijn daarop van invloed?

Einde blok: Toekomstvisie

Start van blok: Contactgegevens

Q32: Indien u graag extra input wil leveren of op de hoogte gehouden wilt worden van het onderzoek, kunt u hieronder uw opmerkingen en/of e-mailadres achterlaten. Uw e-mailadres en

persoonlijke gegevens worden hierbij vertrouwelijk en anoniem behandeld en worden niet meegenomen in het onderzoek.

Bijlage B: Informatiebrief en informed consent

Beste deelnemer,

Wij willen u vragen om een bijdrage te leveren aan een praktijkgericht onderzoek naar kinderen met motorische onhandigheid (in samenwerking met Revalidatie Friesland, onderzoek ‘Juiste Zorg Op de Juiste Plek (voor DCD)’). Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de huidige stand van zaken rondom het herkennen, handelen en begeleiden van kinderen met motorische onhandigheid door beweegprofessionals. Het onderzoek bestaat uit een onderzoeks-enquête.

Waarom bent u uitgekozen voor dit onderzoek?

Voor dit onderzoek zijn wij op zoek naar beweegprofessionals die in zijn/haar dagelijkse werkzaamheden te maken krijgt met kinderen met motorische onhandigheid. Doordat u hier (onbewust) mee in aanmerking komt, willen wij u vragen deel te nemen aan dit onderzoek. Voordat u toestemming hiervoor geeft, volgt hieronder belangrijke informatie over de inhoud van het onderzoek.

Wat wordt er van u verwacht bij het onderzoek?

Als u besluit deel te nemen aan het onderzoek, willen wij u vragen om deel te nemen aan een onderzoeks-enquête. Het invullen van de onderzoeks-enquête kunt u in uw vrije tijd doen en duurt 5 tot 10 minuten. Na het invullen van de onderzoeks-enquête zal één van de onderzoekers de resultaten analyseren en nader verwerken. Na afronding van het onderzoek kunt u ervoor kiezen om op de hoogte te worden gehouden van de resultaten.

Is deelname aan het onderzoek vrijwillig?

Ja, de deelname van het onderzoek is volledig gebaseerd op vrijwillige basis. U bent niet verplicht om deel te nemen en kunt tevens op elk moment besluiten uw deelname in te trekken.

Wanneer vindt het onderzoek plaats?

Het onderzoek vindt plaats tussen april en mei 2022. Indien u ervoor heeft gekozen om op de hoogte te worden gehouden van de resultaten van het onderzoek, ontvangt u in juni 2022 de onderzoeksresultaten.

Wanneer eindigt uw deelname aan het onderzoek?

Uw deelname aan het onderzoek stopt zodra het onderzoek is afgerond. De deelname kan tevens worden gestopt indien u ervoor kiest om vroegtijdig uw deelname af te breken, als de onderzoeker(s) besluit(en) dat het beter is om te stoppen of als de opdrachtgever besluit dat het onderzoek wordt stopgezet. Indien u zelf besluit uw deelname te stoppen, dient u hier geen verantwoording voor af te leggen.

Wat gebeurt er met de verzamelde informatie?

De informatie die uit de onderzoeks-enquête wordt verkregen, zal nader door de onderzoeker(s) worden geanalyseerd en worden meegenomen in de onderzoeksresultaten. Uw gegevens worden anoniem verwerkt en zijn niet aan u terug te herleiden. Op basis van de verzamelde informatie worden er aanbevelingen gedaan om de begeleiding te optimaliseren.

Hoe wordt uw privacy en anonimiteit gewaarborgd?

Alleen de onderzoekers en de organisatie krijgen inzage in uw persoonlijke gegevens. Indien uw gegevens worden verwerkt in het onderzoeksverslag, wordt er gebruik gemaakt van codes, zodat uw privacy gewaarborgd blijft. Deze informatie is niet naar u terug te leiden.

Heeft u nog vragen?

Indien u nog vragen heeft kunt u contact opnemen met de onderzoekers via het volgende e-mailadres: w.drahn@st.hanze.nl.

Indien u na het lezen van deze informatie heeft besloten om deel te nemen aan het onderzoek, vragen wij u om het onderstaande kader te tekenen. Hierbij verklaart u dat:

- U op geheel vrijwillige basis bereid bent om mee te doen aan het onderzoek;
- Dat u de informatiebrief voor deelnemers heeft gelezen, u aanvullende vragen heeft kunnen stellen en dat deze vragen juist zijn beantwoord;
- Dat de uitkomsten verwerkt mogen worden in het onderzoeksverslag en/of een wetenschappelijke publicatie.

☐ Hierbij verklaar ik voldoende geïnformeerd te zijn en stem ik toe vrijwillig te participeren aan het onderzoek.

Handtekening:

Datum:

.....

.....

Bijlage 5: Gemeentelijke sportakkoorden

Vanuit het Nationaal Sportakkoord wordt verwacht dat gemeenten een Lokaal Sportakkoord opstellen. Hiervoor ontvangt een gemeente een subsidie van €15.000,- euro per jaar om dit te bewerkstelligen. In de provincie Friesland lijken de Lokale Sportakkoorden in de ontwikkelingsfase te zitten, reeds akkoord te zijn of momenteel in uitvoering zijn. In deze bijlage worden de relevante gemeentelijke speerpunten uitgewerkt. Hierbij wordt afgewisseld tussen de termen ‘thema’s’ en ‘ambities’, afhankelijk van de individuele gemeente. Vooraf is het belangrijk te benoemen dat geen enkele gemeente inhoudelijk ingaat op de doelgroep ‘motorische onhandigheid’ en dat hier tot op heden geen specifiek beleid voor bestaat.

5.1 Gemeente Achtkarspelen en Tietjerksteradeel

Inclusief sporten en bewegen

De gemeenten Achtkarspelen en Tietjerksteradeel hebben als speerpunt om iedereen mee te laten doen aan ‘Sport en Bewegen’. Dit willen zij bereiken door meer trainers op te leiden die specifieke doelgroepen kunnen begeleiden. Bovendien willen de sectoren ‘Zorg en Welzijn’, ‘Sport’ en ‘Onderwijs’ meer laten samenwerken om mensen in beweging te krijgen en te houden.

Positieve sportcultuur

De gemeente Achtkarspelen en Tietjerksteradeel willen gezamenlijk inzetten op een inclusieve sportcultuur. Het voorkomen van uitsluiting en discriminatie van sportende kinderen en kwetsbare doelgroepen staat hierbij voorop. Hiermee willen zij jongeren stimuleren om langer aan een sport gebonden te blijven en de kans te vergroten dat zij langer actief blijven. Dit willen zij bereiken door ouders te betrekken als het gaat om de sportbeleving van kinderen, maar ook door sporters toegang te geven tot een vertrouwens-/contactpersoon.

Van jongs af aan vaardig in beweging

De gemeente Achtkarspelen en Tietjerksteradeel willen met het initiatief ‘Van jongs af aan vaardig in bewegen’ kinderen (meer) laten voldoen aan de Beweegrichtlijnen en streven bovendien naar een toename van motorische vaardigheden. Hiervoor wordt ingezet op structurele verbetering van de samenwerking tussen de sectoren ‘Onderwijs’, ‘Kinderopvang’, ‘Zorg en Welzijn’ en ‘Sport en Bewegen’. Hierbij ligt de focus op buurtsportcoaches en vakleerkrachten en hun verbindende rol tussen organisaties. Er wordt tevens getracht meer kinderen gebruik te laten maken van het Jeugdfonds Sport & Cultuur Friesland, door middel van intermediairs (Gemeente Achtkarspelen en Tytsjerksteradiel, 2021).

5.2 Gemeente Dantumadeel en Noordoost-Friesland

De gemeente Dantumadeel en Noordoost-Friesland zetten in op de ambitie ‘Samen actief naar gezondheid’, waarbij partijen met elkaar in contact worden gebracht en een financiële bijdrage wordt geboden voor initiatieven op het gebied van gezondheid en bewegen. Hierbij horen vier ambities, waarvan de ambities ‘Iedereen hoort erbij en doet ook mee’ en ‘Alle kinderen zijn van jongs af aan motorisch vaardig’ in de regel het meest relevant zijn voor motorisch onhandige kinderen (Samen actief naar gezondheid: Dantumadiel en Noardeast-Fryslân, 2022).

5.3 Gemeente De Friese Meren

Het Lokaal Sport- en Beweegakkoord van de gemeente De Friese Meren heeft als doel om mensen plezier te laten beleven in het sporten, zowel nu als in de toekomst. Om dit tot stand te laten komen heeft de gemeenten vier thema’s geïdentificeerd, waarvan er twee relevant zijn voor het onderzoek. Het Lokaal Sport- en Beweegakkoord maakt de komende drie jaren jaarlijks dertigduizend euro beschikbaar voor het uitvoeren van één of meerdere thema’s.

Iedereen in De Fryske Marren kan meedoen aan sport en bewegen

Het Lokaal Sport- en Beweegakkoord stelt dat 44% van de inwoners van de gemeente De Friese Meren gemiddeld één keer per week aan sportactiviteiten doet. Het doel van deze ambitie betreft het verhogen van dit percentage en daarbij tevens de groepen die minder makkelijk mee kunnen komen (met bijvoorbeeld een lichamelijke, verstandelijke en/of gedragsgerelateerde beperking) te includeren. Eén van de ideeën om dit te bereiken betreft het maken van een (gezamenlijke) strippenkaart, waarmee inwoners kennis kunnen maken met verschillende sporten, om te zien wat bij hen past. Verder wordt getracht een vitaal samenwerkingsverband tussen verenigingen en maatschappelijke organisaties op te zetten, om kennis en ervaring aangaande het sport- en beweegaanbod uit te wisselen en/of samen een aanbod te ontwikkelen.

Kinderen en jongeren in De Fryske Marren zijn fit en vaardig

Om de ambitie ‘Kinderen en jongeren in De Fryske Marren zijn fit en vaardig’ te kunnen bereiken, geldt het speerpunt dat alle kinderen in de leeftijdscategorie 0-12 jaar voldoende bewegen, motorisch vaardig zijn (of worden) en plezier ervaren met bewegen. Bovendien geldt als doel om ouders bewust te maken van het belang van voldoende en goed bewegen en dat zij hun kind(eren) hierbij ondersteunen.

Hierbij wil de gemeente De Friese Meren kijken naar nieuwe of bestaande mogelijkheden om samen met scholen een test- en/of meetmethode te implementeren. Hiermee willen zij snel en makkelijk de bewegingsvaardigheden van kinderen in kaart kunnen brengen. Hierbij dient een koppeling gemaakt te worden met het leerlingvolgsysteem, waardoor (kind-)organisaties en ouders betrokken raken bij de motorische ontwikkeling van hun kind(eren). Bovendien worden er laagdrempelige cursussen aan ouders/begeleiders aangeboden, zodat zij jonge deelnemers aan sport- en beweegactiviteiten op niveau kunnen lesgeven en begeleiden. Eveneens wordt het belang van bewegen benadrukt middels voorlichtingsmomenten en campagnes (Gemeente De Fryske Marren, 2020).

5.4 Gemeente Harlingen

De gemeente Harlingen beschrijft in het Lokaal Sportakkoord dat zij door middel van zes ambities willen inzetten op het verbeteren van de beweeglijkheid en de motorische ontwikkeling van (jonge) inwoners. De twee ambities die hieronder worden toegelicht zijn relevant voor het onderzoek.

Inclusief sporten en bewegen

De gemeente Harlingen streeft met ‘Inclusief sporten en bewegen’ naar een leven lang plezier in sporten en bewegen, zonder hierbij belemmeringen te ervaren. In het eerste jaar van dit proces wordt voornamelijk gekeken naar de mogelijkheid tot het verlagen van de contributie, wat gepaard gaat met het aanbieden van een beweeg- en spelkaart voor alle doelgroepen. In de tussentijd wordt er een onderzoek gestart naar de behoeften van de inwoners. Tevens wordt er gefocust op het onderwijs en de bekendheid van de effecten van bewegen en sporten onder professionals.

Van jongs af aan vaardig in bewegen

De ambitie ‘Van jongs af aan vaardig in bewegen’ focust zich op de leeftijdscategorie 0-12 jaar, met de aspiratie dat meer kinderen gaan voldoen aan de Beweegnorm en dat hun motorische vaardigheden toenemen. De belangrijkste doelen voor dit onderdeel van het Lokaal Sportakkoord bevinden zich in het behalen van de landelijke beweegrichtlijnen en het kennismaken met een gezonde levensstijl. Verder wordt de motorische ontwikkeling van kinderen van groep 3 t/m 8 en klas 1 en 2 gevolgd (via het leerlingvolgsysteem) (Gemeente Harlingen, 2021)

5.5 Gemeente Heerenveen

De gemeente Heerenveen maakt in het Lokaal Sportakkoord gebruik van vier ambities, waarvan twee relevant zijn voor het onderzoek.

Van jongs af aan vaardig in bewegen

Bij het initiatief ‘Van jongs af aan vaardig in bewegen’ wordt ingezet op het helpen van kinderen (op een jonge leeftijd), om een weloverwogen keuze te maken om te gaan sporten en bewegen. Hierbij hoopt men een leven lang plezier aan sporten en bewegen als resultaat te bewerkstelligen. Om dit te bereiken worden workshops op middelbare scholen ingezet, alsmede het creëren van een ‘Denktank’ voor sportprofessionals, zodat men kennis en ervaringen kan uitwisselen en elkaars kwaliteiten/competenties optimaal kunnen benutten.

Inclusief sporten en bewegen

De gemeente Heerenveen wil met ‘Inclusief Sporten en Bewegen’ bereiken dat sport en bewegen voor iedereen toegankelijk is. Hierbij staat centraal dat er voldoende deskundige ondersteuning voor specifieke doelgroepen vanuit organisaties en verenigingen aanwezig is, waarbij er wordt gekeken naar de bestaande deskundigheid en eventuele informatiebehoefte. Bovendien worden er lokale sportcursussen aangeboden vanuit de ‘Services Sportlijn’, waarbij er extra aandacht wordt besteed aan specifieke doelgroepen. Om dit te bereiken is de gemeente op zoek naar meer intermediairs voor het Jeugdfonds Sport & Cultuur Friesland, samen met een stimulatie van de samenwerking tussen Meitinkers, Jongerenwerk, GGD Fryslân en lokale sportorganisaties (Gemeente Heerenveen, 2020).

5.6 Gemeente Leeuwarden

De gemeente Leeuwarden heeft beperkte informatie omtrent het Lokaal Sportakkoord beschikbaar gesteld. Met de gevonden gegevens is getracht hier een beschrijving te geven van het Lokaal Sportakkoord. Hiervoor heeft de gemeente Leeuwarden vier thema’s opgesteld, waarvan twee thema’s relevant lijken voor dit onderzoek, namelijk: ‘Gezond opgroeien’ en ‘Inclusief sporten en bewegen’.

Voor beide thema’s geldt dezelfde doelstelling, namelijk dat de gemeente ervoor wil zorgen dat verschillende organisaties elkaar kunnen vinden, er naar behoefte met elkaar wordt samengewerkt en ervoor wordt gezorgd dat vraag-en-aanbod goed op elkaar aansluiten. Hiernaast wil men zorgen voor voldoende deskundige ondersteuning voor specifieke doelgroepen. Tevens wil de gemeente de randvoorwaarden verbeteren voor ‘Inclusief sporten en bewegen’. Kernpunten hiervan zijn ‘sociale toegankelijkheid’ (men moet zich welkom voelen in de sport), ‘praktische toegankelijkheid van accommodaties’ en ‘financiële toegankelijkheid’ (waarbij financiële drempels zoveel mogelijk worden verwijderd) (Gemeente Leeuwarden, sd).

5.7 Gemeente Ooststellingwerf

Het Lokaal Sport- en Beweegakkoord van de gemeente Ooststellingwerf loopt vanaf 2020 door tot en met begin 2023. Hierin zijn twee essentiële thema’s tot stand gekomen.

Van jongs af aan vaardig in bewegen

Het thema ‘Van jongs af aan vaardig in bewegen’ focust zich voornamelijk op de jongste kinderen, aangezien men van mening is dat de effecten bij deze doelgroep het grootst zijn. Het achterliggende idee van dit initiatief is om kinderen in de leeftijdscategorie twee tot zes jaar meer te stimuleren om vroegtijdig te beginnen met bewegen. Hierbij wordt gepoogd de kinderen op school en/of op de sportclub met verschillende beweegvormen in aanraking te laten

komen. Gedurende de samenkomssessies zijn een aantal ideeën naar voren gekomen, waarvan het aanbieden van tien lessen ‘Peutergym’ er één is.

Verder wordt er gesproken over het middels landelijke interventies vergroten van de ouderbetrokkenheid, onder andere door het organiseren van ouderbijeenkomsten. Ook worden schoolpleinen beweegvriendelijker gemaakt en worden er uitdagendere toestellen geplaatst in de openbare ruimte. Als laatste wordt er gesproken over vakleerkrachten die vanaf groep één het voortouw moeten gaan nemen op het gebied van bewegingsonderwijs.

Inclusief sport en bewegen: Iedereen doet mee!

Door het gericht inzetten van aandacht en middelen wil de gemeente Ooststellingwerf inwoners in beweging krijgen. Men hoopt hierbij niet alleen de sportparticipatie te verhogen, maar ook goede effecten op de gezondheid en sociale participatie te bewerkstelligen. Hierbij wordt gefocust op zoveel mogelijk, zowel met als zonder beperking, in beweging te komen (Gemeente Ooststellingwerf, 2020).

5.8 Gemeente Opsterland

De gemeente Opsterland heeft in het Lokaal Sport- en Beweegakkoord drie thema's verwerkt, waarbij het initiatief ‘Inclusief sporten’ aansluit bij het onderzoek.

Inclusief sporten

De gemeente Opsterland wil in verschillende doelgroepen investeren, dit betekent dat men ongeacht leeftijd, gezondheid, etnische achtergrond, seksuele geaardheid of sociale positie mee kan doen aan sport en bewegen. Dit met als doel om de sportparticipatie te verhogen en positieve gezondheidseffecten te bewerkstelligen. Om dit te bereiken wil de gemeente aanbod op maat gaan leveren, waarbij specifiek naar de persoon wordt gekeken en wat aantrekkelijk is qua beweegaanbod. Hiernaast willen zij de drempel verlagen voor mensen die het financieel niet breed hebben en het zich niet kunnen veroorloven om lid te worden van een sportvereniging. Dit willen zij doen via promotie van Stichting Leergeld (Gemeente Opsterland, 2020).

5.9 Gemeente Smallerland

De gemeente Smallerland zet binnen hun Lokaal Sportakkoord in op vier thema's, waarvan de thema's ‘Inclusief sporten’ en ‘Positieve sportcultuur’ overlappen met het onderzoek.

Inclusief sporten

Het initiatief ‘Inclusief sporten’ focust zich op drie punten, waarvan één gericht is op aangepast sporten. Het gaat hierbij over het stimuleren en mogelijk maken van sport voor mensen met een beperking. In 2020 is gestart met de maand van het ‘Aangepast Sporten’, die vanaf nu jaarlijks in november wordt georganiseerd.

Positieve sportcultuur

Het creëren van een ‘Positieve sportcultuur’ wil de gemeente Smallerland bereiken door het gebruiken van de theatervoorstelling ‘Pap, doe normaal!’. Deze theatervoorstelling belicht herkenbare situaties voor iedereen die kinderen heeft en/of begeleidt. Hierbij wordt getracht meer respect op en rondom het veld te bewerkstelligen, middels het opleiden van ambassadeurs die positief gedrag bevorderen. Hiernaast worden bij sportverenigingen (pedagogische) vaardigheden vergroot, met als doel een positief sportklimaat te bevorderen. Als laatste wordt geambieerd om bij iedere vereniging een vertrouwenspersoon aan te stellen (Gemeente Smallerland, 2020).

5.10 Gemeente Zuidwest-Friesland

In de gemeente Zuidwest-Friesland heeft men in het Lokaal Sportakkoord vier ambities opgesteld, waarvan twee relevant zijn geacht voor het onderzoek.

Sport en bewegen voor iedereen

Het belangrijkste speerpunt dat binnen de gemeente Zuidwest-Friesland momenteel wordt aangepakt betreft het inclusief aanbieden van sporten (afwisselend, betaalbaar en voor alle leeftijdscategorieën) en het creëren van aandacht voor kinderen met motorische achterstanden en/of gedragsproblemen. De gemeente gaat zich inzetten op kinderen (en volwassenen) die te weinig bewegen, met als doel deze doelgroep in beweging te krijgen. Hierbij komen buurtsportcoaches, het Sociaal Collectief, dorpsbelangen en/of buurtverenigingen samen. De gemeente wil onder andere samen met buurtsportcoaches werken om nieuwe vormen van sport te stimuleren. Door middel van het project 'Special Heroes' wordt gepoogd om kinderen uit het speciaal onderwijs tijdens en na schooltijd kennis te laten maken met sport en cultuur.

Goed in bewegen

De ambitie 'Goed in bewegen' wordt momenteel op ingezet door verschillende activiteiten en mogelijkheden te exploreren. Het stimuleren van de motorische ontwikkeling van peuters wordt onder andere gedaan door het 'Nijntje Beweegprogramma' en 'Dans vanaf drie jaar'. Hiernaast worden er veel buitenactiviteiten georganiseerd, waarbij lerend bewegen op basisscholen wordt geïntegreerd. De gemeente wil onder meer bezig met het verhogen van de kwaliteit van het onderwijs.

Bovendien wil de gemeenten de jongste kinderen een basisvorm van bewegen aanbieden, waarbij er wordt gekeken naar een samenwerking tussen scholen (onderling) en met sportorganisaties. Een voorbeeld is de samenwerking tussen het basis- en voortgezet onderwijs, waarbij het voortgezet onderwijs onder andere sportdagen, koningsspelen en/of toernooien organiseren voor basisscholen en helpen met het begeleiden van deze kinderen.

5.11 Gemeente Vlieland

De gemeente Vlieland wil met het Lokaal Sportakkoord sportverenigingen en maatschappelijke organisaties de kracht van 'Sport op Vlieland' nog beter laten benutten. Hierbij willen zij ervoor zorgen dat zij voldoen aan de behoeften van bewoners (en toeristen), door de buitenruimte dermate te benutten dat deze uitnodigt tot buitenspelen, bewegen en sporten. Hiervoor zijn vijf ambities opgesteld, waarvan er twee relevant zijn voor het onderzoek.

Positieve sportcultuur

De gemeente Vlieland wil zich focussen op het creëren van een veilige sportcultuur. Dit willen zij bereiken door elkaar aan te spreken op gedrag dat wel of niet overeenkomt met de gedragscode. Men wil ook ouders betrekken als het gaat om de sportbeleving van kinderen, voor zowel bewoners als toeristen.

Kinderen

Het initiatief 'Kinderen' focust zich op het ervaren van voldoende en met plezier kunnen bewegen. Dit willen zij bereiken door scholen, sportaanbieders en maatschappelijke organisaties structureel samen te laten werken. Zij hebben momenteel een divers aanbod omtrent sporten, maar willen de activiteiten beter gaan spreiden over het jaar. Hiernaast willen zij oog voor continuïteit, waarbij zij zich verder willen focussen op de interesses van kinderen tussen de nul en twee jaar. Verder gaat zich voor de kinderen een ontwikkeling plaatsvinden in de aandacht

voor gymlessen op school en de daarbij horende motorische ontwikkeling (Gemeente Vlieland, 2020).

5.12 Gemeente Waadhoeke

De gemeente Waadhoeke heeft voor dit sportakkoord vijf thema's opgesteld, waarbij de thema's 'Sport- en beweegaanbod' en 'Kwetsbare doelgroepen' overeenkomstig zijn met de doelen van dit onderzoek.

Sport- en beweegaanbod

De gemeente Waadhoeke wil een goede basis voor de toekomst leggen door kinderen plezier te laten beleven in sport en bewegen. Dit willen zij bereiken door een nieuw sport- en beweegaanbod te ontwikkelen dat aansluit bij de behoefte van deze doelgroep. Zij gaan hiermee de samenwerking aan met sport- en beweegaanbieders en het onderwijs, waarbij tevens wordt gekeken naar het naschoolse sport- en beweegaanbod rondom acht integrale kindcentrums (IKC's).

Kwetsbare doelgroepen

De gemeente Waadhoeke stelt dat slechts 56% van de 18-65-jarigen in de gemeente voldoet aan de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen. Bovendien is de schatting dat 10% van de leeftijdscategorie 12-65 jaar een lichamelijke en/of verstandelijke beperking heeft. De gemeente vindt dat iedereen moet kunnen participeren aan sport en bewegen, ook voor degenen waar dit niet vanzelfsprekend voor is.

De gemeente wil dit bereiken door het initiatief te nemen om de sector 'Zorg en Welzijn' actief te laten samenwerken met sportaanbieders. Dit met als doel om inwoners met een beperking de mogelijkheid te bieden om te kunnen participeren aan sport en bewegen. Hiervoor gaat eerst de verkenning van het huidige beweeg- en sportaanbod voor deze groep van start, gevolgd door het in kaart brengen van de sport- en beweegwensen van deze groep. Hierna volgt het creëren van een passend aanbod (Gemeente Waadhoeke, 2020).

5.13 Gemeente Weststellingwerf

De gemeente Weststellingwerf identificeert vier thema's binnen het Lokaal Sportakkoord, waarvan er twee relevant zijn binnen het onderzoek.

Inclusief sporten en bewegen

Het initiatief 'Inclusief sporten en bewegen' heeft als doel om binnen twee jaar de situatie te realiseren dat iedere inwoner kan deelnemen aan sport en bewegen. Zij zetten zich onder andere in voor de categorie 'kinderen'. Dit willen zij doen door het vergroten van de kennis bij inwoners middels een campagne en een beweegkuur.

Van jongs af aan vaardig in bewegen

Met 'Van jongs af aan vaardig in bewegen' poogt de gemeente Weststellingwerf om de kinderen in de leeftijdscategorie tot en met tien jaar te stimuleren om weer te bewegen en bij kinderen in de leeftijdscategorie van elf tot twintig jaar te behouden wat zij hebben geleerd. Dit willen zij doen door meer vakleerkrachten (breder) aan te stellen, meer beweegpleinen te creëren, de openbare ruimte aantrekkelijker te maken en het ondersteunen van pedagogische medewerkers met motorische adviezen en training (Gemeente Weststellingwerf, 2019).