

# Ondersteuningsplan motoriek en bewegzorg BO & SBO

### Ondersteuningsplan en route

Een ondersteuningsroute is een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van patiënten (kinderen van 4 tot 12 jaar). In essentie betreft deze zorg en ondersteuningsroute het beslismodel dat gehanteerd wordt om de routing van leerlingen door het proces te standaardiseren.

Deze ondersteuningsroute kan worden gezien als de beschrijving van opeenvolgende stappen, beslismomenten en criteria in het ondersteuningsproces voor kinderen met een specifieke ondersteuningsvraag ( motorische ontwikkelingsachterstand). Bij ondersteuningspaden wordt vooraf nagedacht over de beste manier om begeleiding te organiseren voor een leerlingengroep. Door beide te combineren, ontstaat een perfect instrument voor managementsturing en efficiency binnen de kinderoefentherapeutische ondersteuning in een onderwijsinstelling.

## Inhoud

1. Organisatie Kind en Motoriek.....	3
2. Specialisatie kinderoefentherapie .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3. Wat doet een kinderoefentherapeut ?.....	4
4. Afstemming en samenwerking .....	5
5. Kinderoefentherapie binnen de onderwijssetting.....	5
6. Handelen en verwijzen .....	6
1 <sup>e</sup> filter: de klas/ de leerkracht(en)/ouders .....	7
2 <sup>e</sup> filter: Zorgteam van de school .....	7
3 <sup>e</sup> filter: jeugdarts / huisarts .....	7
4 <sup>e</sup> filter: de kinderoefentherapeut .....	7
7. Zorgpad kinderoefentherapie .....	8
8. Zorgpad ouderparticipatie .....	9
9. Werkvorm .....	9
10. Supervisie.....	10

## 1. Organisatie Kind en Motoriek

Kind en Motoriek is opgericht in 1995 door Rens van Wijngaarden. Inmiddels heeft de praktijk 25 medewerkers verdeeld over 53 onderwijslocaties. De praktijk streeft naar zinnige, zuinige, doelmatige en kwalitatief sterke en integere zorg. Om deze visie na te streven heeft de praktijk een gezondheidswetenschapper in dienst, 2 relatiemanagers, 2 regiomanagers, enkele orthopedagogen en pedagogen. De praktijk is voorkeursleverancier van de grote zorgverzekeraars ( Agis, Achmea, Menzis en CZ ) en wordt om de 2 jaar gevisiteerd en gecertificeerd door een onafhankelijk auditbureau op primaire en secundaire praktijkprocessen. De behandelingen kinderoefentherapie worden vergoed uit het basispakket van iedere verzekerde. De behandelingen vallen niet onder het eigen risico van ouders/verzorgers van het kind.

Dit ondersteuningsplan Kinderoefentherapie op school is een document wat de Kinderoefentherapie beschrijft binnen een Multi professionele setting: de school. De betrokkenen binnen dit ondersteuningsplan zijn, naast de oefentherapeut ook de ouders, de huis- en jeugdarts en het ondersteuningsteam van de school ( interne begeleider, leerkracht en aanverwante leden van het zorgteam; schoollogopedist, maatschappelijk werk, kinderpsycholoog , orthopedagoog.

Kinderoefentherapie is een specialisatie binnen de algemene Oefentherapie (Cesar & Mensendieck). Voor inschrijving in het kwaliteitsregister paramedici als gespecialiseerd kinderoefentherapeut zijn de volgende eisen gesteld:

- Geregistreerd als oefentherapeut in het Kwaliteitsregister Paramedici
- Afgeronde cursus “basiseducatie kwaliteit en wetenschap “
- Afgeronde cursus oefentherapie bij kinderen
- Afgeronde post HBO opleiding Kinderoefentherapie
- 240 uur per jaar behandelen van kinderen met een motorische ontwikkelingsachterstand

## 2. Wat doet een kinderoefentherapeut ?

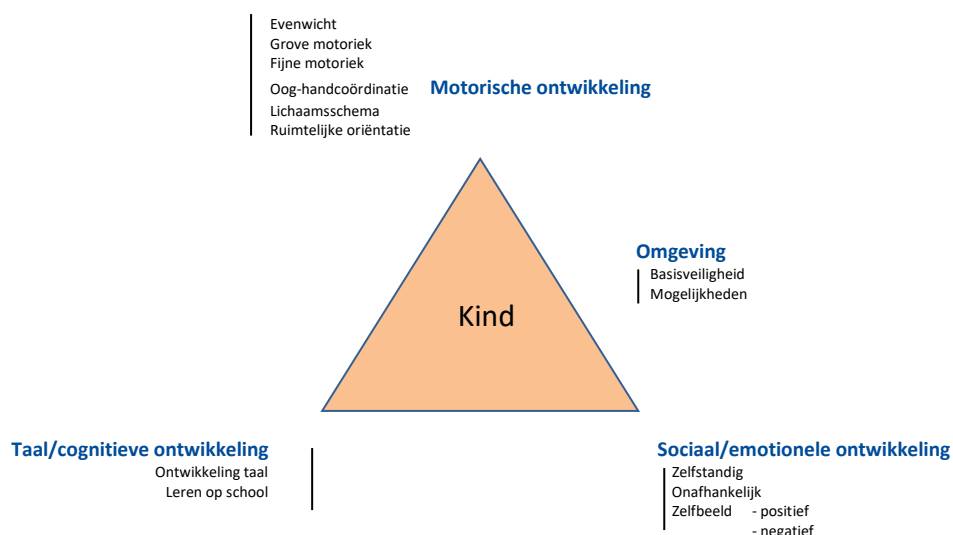
**De Kinderoefentherapeut behandelt kinderen met een stoornis, afwijking en/of achterstand in de motorische ontwikkeling.**

De kinderoefentherapeut behandelt kinderen die ten gevolge van een stoornis, afwijking en/of achterstand in hun motoriek hinder ondervinden in het dagelijks leven. Naast een motorische ontwikkelingsachterstand kunnen kinderen ook gedrags-, contact- en / of aandacht stoornissen hebben zoals ASS of hyperactiviteit (ADHD). Beïnvloeding van deze gedrags-, contact- en / of aandacht stoornissen vormen binnen de kinderoefentherapie geen behandeldoel op zich, maar de kinderoefentherapeut is wel geschoold in het omgaan met, en de aanpak van kinderen met dergelijke onbehandelbare factoren tijdens de behandeling. De kinderoefentherapeut richt zich op de hulpvraag van het kind of de probleemhandeling die het kind ervaart. Denk hierbij aan het niet kunnen meekomen bij sport en spel, of moeite hebben met schrijven. Het is ook mogelijk dat de hulpvraag van ouders, verzorgers, leerkracht(en), huisarts, specialist of jeugdarts komt. In dergelijke gevallen wordt gesproken over een secundaire hulpvraag.

Kinderoefentherapie is er op gericht kinderen middels spel, gerelateerd aan de cognitieve leeftijd van het kind, te stimuleren in de motorische ontwikkeling. Kinderoefentherapie wordt gegeven nadat er een motorische ontwikkelingsachterstand of een motorisch afwijkende ontwikkeling is gesignaleerd en heeft tot doel het oplossen van problemen in activiteiten en participatie die worden veroorzaakt door een motorische ontwikkelingsachterstand.

De motorische ontwikkeling heeft een belangrijke invloed op de totale ontwikkeling van het kind. Het onderstaande interactiemodel van de totale ontwikkeling (figuur 1) laat zien dat het kind zich op verschillende gebieden ontwikkelt: de sensomotorische ontwikkeling, de taalcognitieve ontwikkeling en de sociaal-emotionele ontwikkeling.

Juist vanuit de gedachte van dit model is het van essentieel belang dat de motorische ontwikkeling een plek heeft binnen de onderwijssetting.



**Figuur 1** Interactiemodel van de totale ontwikkeling (Biesta, Mignon, 1987)

### 3. Afstemming en samenwerking

Een kinderoefentherapeut werkt nooit alleen, om een optimaal resultaat te halen is er altijd samenwerking vereist. Als eerste hoort hier de samenwerking met de ouders genoemd te worden. Niet als co-therapeut, maar als ter ondersteuning van de therapie. De leefomgeving van het kind is groter dan alleen de ouders. De school en leerkracht zijn in de ontwikkeling van de motoriek ook erg belangrijk. De wens van veel scholen en schoolbesturen om een kinderoefentherapeut op school te laten behandelen komt voort uit de veranderende structuur en doelstelling van het onderwijs. De maatschappelijke situatie in het onderwijs is de laatste jaren sterk gewijzigd (Weer Samen Naar School (WSNS) en Passend Onderwijs). Het leerling-volg systeem (LVS) is geïntroduceerd waardoor achterstanden en of afwijkingen op alle domeinen (ook het domein bewegen) in de ontwikkeling bij kinderen eerder aan het licht worden gebracht. Vroegtijdige interventie wordt zo mogelijk gemaakt met als doel kinderen zich zo optimaal mogelijk te laten ontwikkelen binnen hun mogelijkheden. Dit is effectiever dan afwachten tot het probleem zich ernstiger manifesteert, waarna duurdere interventie nodig is.

**Vanuit het platform kinderoefentherapie wordt de samenwerking met de huis - en schoolarts als voorwaarde gezien voor een veilige behandeling.**

DTO (directe toegankelijkheid) bij een kinderoefentherapeutische behandeling op school is niet toegestaan. Er is een verwijzing van een huisarts, schoolarts of specialist nodig.

Een motorische ontwikkelingsachterstand kan één van de eerste signalen zijn van een meervoudige problematiek of al in een eerder stadium gesignaleerd zijn in een ander kader (bijvoorbeeld door een consultatiebureauarts). De positie van de huisarts in de eerste lijn en de schoolarts, als de 'spin in het web' maakt dat er altijd door de kinderoefentherapeut contact gezocht wordt met de huisarts en schoolarts om diagnose en eventuele vroeg signalering op elkaar af te stemmen. Binnen de beroepsgroep is het gebruikelijk om direct na het onderzoek uitgebreid te rapporteren aan alle partijen, met toestemming van ouders/verzorgers.

### 4. Kinderoefentherapie binnen de onderwijssetting

Het uitgangspunt van kinderoefentherapie op school is gebaseerd op multidisciplinair samenwerken, waarbij het kind in de voor hem vertrouwde omgeving behandeld wordt. De meerwaarde van het behandelen op scholen ligt in de directe samenwerking met de leerkracht en andere disciplines (ketenzorg). Hierdoor is de afbakening van taken tussen onderwijs en zorg- en hulpverleners, het aansluiten van doelstellingen en eenduidige pedagogische aanpak van het kind mogelijk. Zeker bij kinderen met meervoudige problematiek is dit een groot voordeel. Het kind wordt behandeld in de directe leefomgeving; de onderwijsinstelling. Voor een kind maakt het functioneren in een onderwijssetting een groot deel uit van zijn specifieke context. Hierdoor kan het in dagelijkse situaties voorkomen dat er weinig tot geen problemen met betrekking tot het motorisch functioneren worden gesignaleerd in de thuissituatie maar juist wel in de schoolsituatie, omdat daar andere eisen aan het kind worden gesteld.

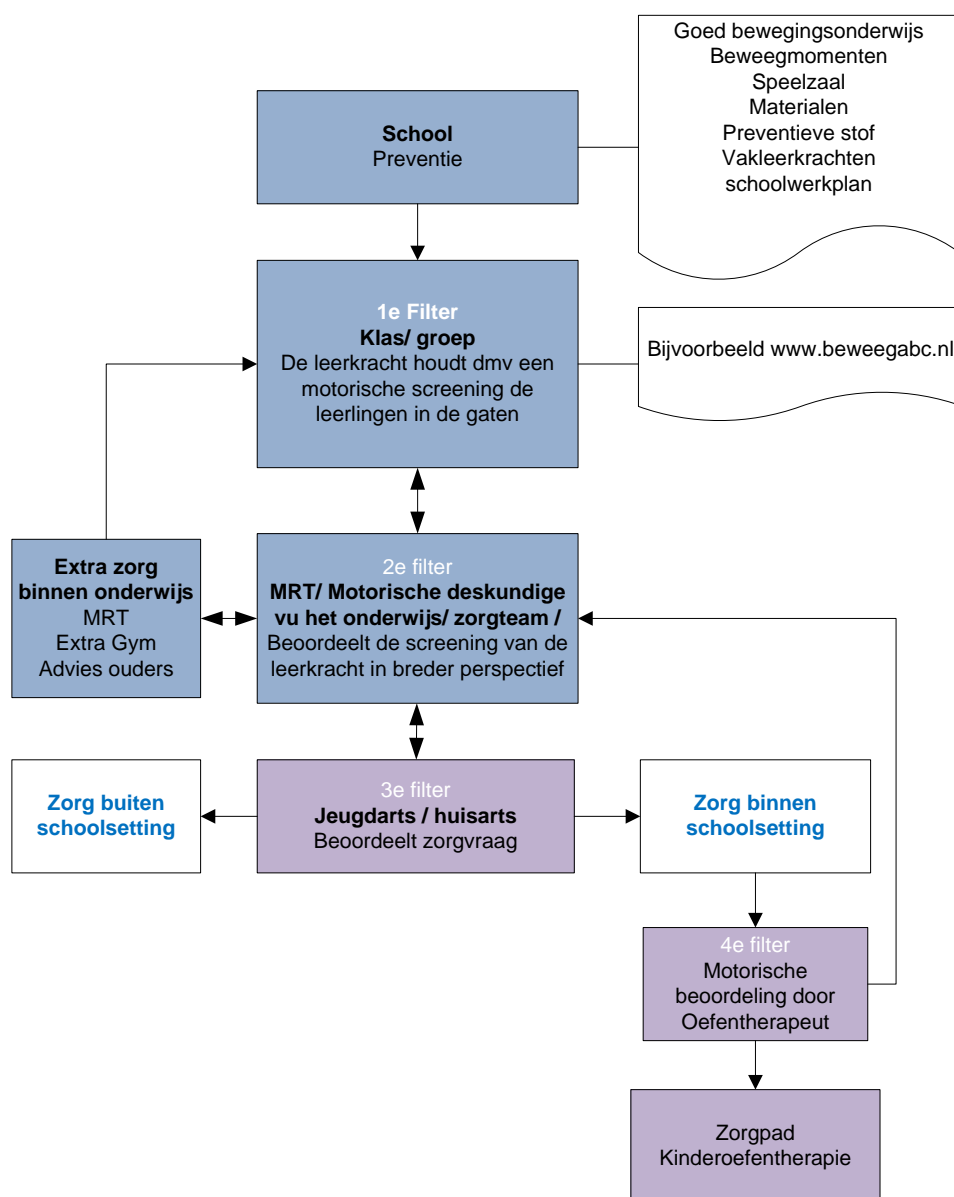
De voorwaarde voor een dergelijke plek binnen de onderwijsinstelling is dat motoriek een onderdeel is binnen het beleid.

Uiteraard is de uitwerking per onderwijsinstelling verschillend in te vullen, waarbij het niveau van het onderwijs en problematiek van de kinderen de invulling mede zal bepalen. De grondgedachte is dat het stimuleren van de motorische ontwikkeling van de kinderen voorbehouden is aan een stimulerende omgeving; ouders en onderwijsinstelling, en dat de behandeling van motorische ontwikkelingsachterstanden (of een afwijkende motorische ontwikkeling) uitgevoerd wordt door de kinderoefentherapeut.

Hierbij kan er aan een aantal (meetbare) factoren gedacht worden:

- Er wordt door een vakleerkracht minimaal 1 keer per week gymles aan de kinderen gegeven.
- De onderwijssetting heeft bij voorkeur een motorische leerlijn en leerlingvolgsysteem.
- Aan de leerkrachten binnen de desbetreffende onderwijsinstelling wordt een deskundigheidsbevordering over motorische ontwikkeling gegeven, waardoor de kennis op dit gebied vergroot, en er direct binnen de klas meer aandacht aan de motoriek besteed wordt.
- De onderwijsinstelling heeft voor de onderbouw een ingericht speellokaal ter beschikking.
- De onderwijsinstelling moet een ruimte bieden binnen de school waar de kinderoefentherapeut de kinderen kan onderzoeken en behandelen.

## 5. Handelen en verwijzen



Figuur 2 Zorgpad Kinderoefentherapie binnen een onderwijsinstelling

### **1<sup>e</sup> filter: de klas/ de leerkracht(en)/ouders**

Binnen de klas is er op het leeftijds- en cognitieve niveau van het kind aandacht voor de motorische ontwikkeling. De leerkracht is in staat het aanbod op het gebied van motorische voorwaarden te bieden. Daarnaast is de leerkracht in staat moeilijkheden op het gebied van bewegen bij kinderen te signaleren. De leerkracht bespreekt en inventariseert bij ouder(s)/verzorger(s) of de hulpvraag voor motoriek herkenbaar is. De leerkracht geeft in overleg met de ouder(s)/verzorger(s) deze kinderen vervolgens door aan het zorgteam van de school.

### **2<sup>e</sup> filter: Ondersteuningsteam van de school**

De vraagstelling wordt beoordeeld en er vindt een motorische observatie plaats. Hier wordt een zorgplan opgesteld en eventuele remediëren in of buiten de klas besloten. Ook wordt hier gekeken naar het voorleggen van de vraagstelling aan ouders/ jeugdarts (GGD) en/of huisarts.

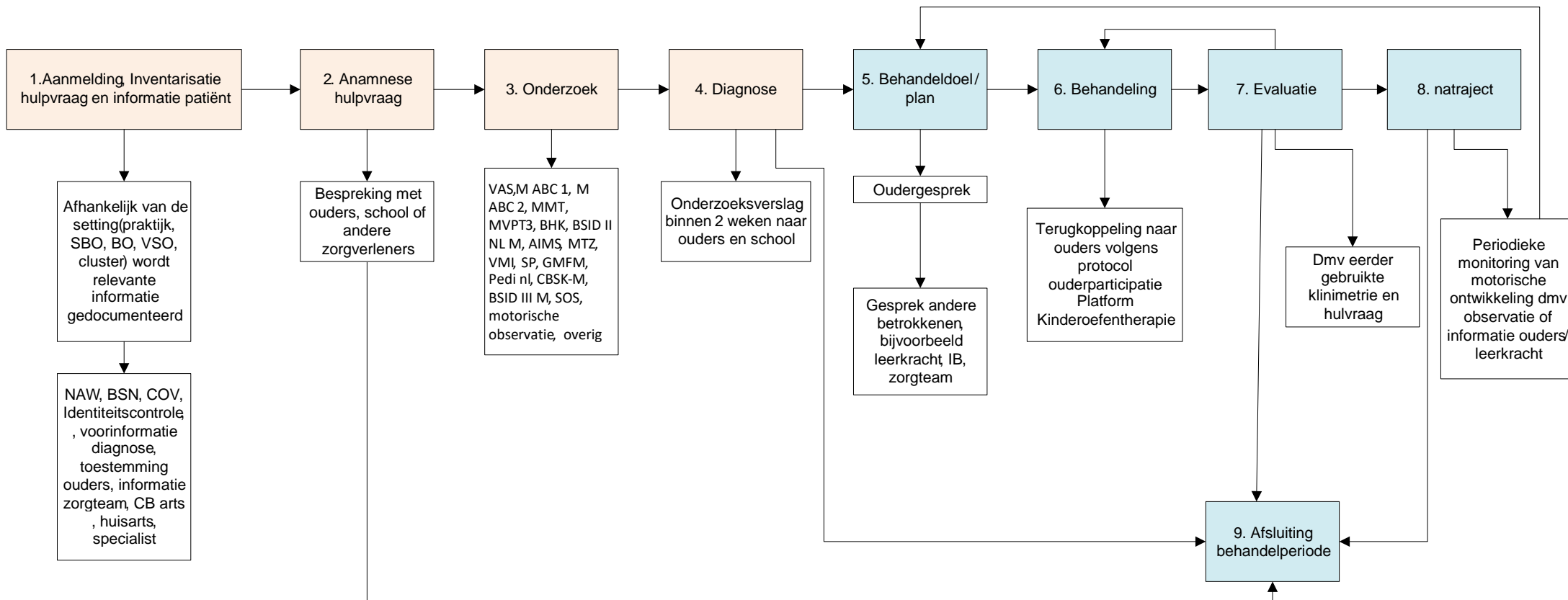
### **3<sup>e</sup> filter: jeugdarts / huisarts**

Een arts beoordeeld of er een indicatie is voor behandeling door een kinderoefentherapeut of dat er anderszins gehandeld dient te worden.

### **4<sup>e</sup> filter: de kinderoefentherapeut**

Op verwijzing van de jeugd- of huisarts, en met toestemming van de ouder(s)/verzorger(s), zal de kinderoefentherapeut een motorisch diagnostisch onderzoek afnemen. De kinderoefentherapeut maakt gebruik van leeftijdsspecifieke klinimetrie om het motorisch ontwikkelingsniveau en/of het niveau van fysiek functioneren van een kind vast te kunnen stellen en een afwijking/vertraging objectief vast te kunnen stellen. Op basis van diagnostiek en een kinderoefentherapeutische analyse wordt er beoordeeld of de vraagstelling past binnen het competentieprofiel van de kinderoefentherapeut (zie ook ondersteuningsplan kinderoefentherapie, hoofdstuk 7)

## Methodisch handelen van de kinderoefentherapeuten van Kind & Motoriek



Figuur 3 Zorgpad kinderoefentherapie



## 6. ouderparticipatie

Fase	Rol van de ouders/ verzorgers:
<b>1. Aanmelding, Inventarisatie hulpvraag en informatie patiënt</b>	De school ( leerkracht / intern begeleider / zorgcoördinator) heeft de hulpvraag en signalering besproken met de ouders. Ouders leggen hun hulpvraag voor aan de huis- of jeugdarts.
<b>2. Anamnese</b>	Anamnese tussen ouders en Kinderoefentherapeut. Eventueel vullen ouders vragenlijsten in met betrekking tot de motorische ontwikkeling van hun kind (klinimetrie).
<b>3. Onderzoek</b>	Motorisch onderzoek in aanwezigheid van ouders. In het dossier wordt de reden beargumenteerd als ouders niet bij het onderzoek aanwezig kunnen zijn.
<b>4. Diagnose</b>	De bevindingen en kinderoefentherapeutische diagnose worden binnen twee weken in een schriftelijk verslag verwoord en naar de ouders verzonden. Na toestemming van de ouders wordt het onderzoeksverslag tevens verstuurd aan de huis- en/of jeugdarts en het zorgteam onderwijsinstantie.
<b>5. Behandeldoel / plan</b>	Kinderoefentherapeut en ouders gaan in gesprek over de oefentherapeutische diagnose, het behandeldoel en behandelplan. Ook wordt hier de communicatie over en aanwezigheid bij de zittingen besproken en vastgelegd.
<b>6. Behandeling</b>	Ouders zijn aanwezig, zoals bij stap 5 tussen ouders en therapeut is overeengekomen.
<b>7. Evaluatie</b>	De ouders zijn aanwezig bij evaluatiemomenten. Conclusie wordt besproken. <sup>1</sup>
<b>8. Na traject</b>	Ouders zijn aanwezig bij de observatie/ het onderzoek. Conclusie wordt besproken.
<b>9. Afsluiting behandelperiode</b>	Ouders krijgen een eindrapportage en vullen patiënttevredenheidsenquête in.

## 7. Werkvorm

Oefentherapie is een paramedisch beroep in de eerstelijns zorg. De eisen die aan het beroep gesteld worden, is bepaald door vigerende wet- en regelgeving, beroepsprofiel en de contracten die tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar gesloten worden. Deze eisen zijn onafhankelijk van de locatie waar behandeld wordt en daarmee van kracht op elke behandellocatie, waaronder ook de behandelingen die binnen een onderwijsinstelling gegeven worden.

---

<sup>1</sup> Als ouders niet aanwezig kunnen zijn bij intake/evaluatie/out take dan wordt dit beargumenteerd in het patiëntendossier

De therapie wordt individueel gegeven. De behandeling vindt één of meerdere malen per week plaats. Op basis van genormeerde en gestandaardiseerde klinimetrie wordt besloten hoe het ondersteuningsplan in relatie tot de frequentie van de ondersteuning wordt ingezet. Dit wordt aantoonbaar gemaakt in het patiëntvolgsysteem (prognose en frequentie).

De kinderoefentherapeut handelt te allen tijde binnen de kaders van de leerplichtwet.<sup>2</sup>

Het kinderplatform is bezig met het opzetten van een nieuwe registratiesystematiek voor behandellocaties. Praktijklocaties die open staan voor patiënten uit de wijk staan geregistreerd in Vectis en bij de kamer van koophandel. De locaties voldoen aan geldende wet en regelgeving en aan de inrichtingseisen van het Kinderplatform. Dependance locaties waar alleen kinderoefentherapeutische zorg wordt verleend voor kinderen van de school worden met praktijk en medewerker AGB aangemeld bij het kinderplatform.

### **Dwarsverbanden**

Omdat de motoriek voor een kind een belangrijke voorwaarde is om zich volledig te kunnen ontwikkelen zal kinderoefentherapie op school een positieve bijdrage leveren aan de gehele ontwikkeling van een kind. Daarnaast houdt de kinderoefentherapeut rekening met de gekozen methoden zoals binnen de school gehanteerd wordt. Ook wordt er rekening gehouden met de overige therapieën en trainingen die het kind binnen of buiten school krijgt.

## **8. Supervisie**

De titel kinderoefentherapeut is wettelijk beschermd. De specialisatie is geregistreerd bij het Kwaliteitsregister Paramedici .

Na de Post HBO opleiding Kinderoefentherapie kan de oefentherapeut zich registreren als Kinderoefentherapeut bij het Kwaliteitsregister Paramedici. (zie hiervoor de gestelde eisen bij 1 ; specialisatie kinderoefentherapie. Hiermee komt de ervaringseis van 3 jaar voorafgaand aan de opleiding en registratie te vervallen. De werkervaring wordt tijdens en na de opleiding tot Kinderoefentherapeut opgebouwd, met een gemiddelde van 240 uur per jaar over 5 jaar. Tijdens de opleiding kan er onder supervisie op scholen voor regulier en speciaal onderwijs oefentherapie gegeven worden aan kinderen met een motorische hulpvraag.

Indien een oefentherapeut die behandelingen aan kinderen geeft, zonder dat deze geregistreerd staat als kinderoefentherapeut, dient hij/zij te voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Het behalen van de cursus Oefentherapie bij kinderen voordat een oefentherapeut zijn/ haar behandelingen met kinderen start die een motorische ontwikkelingsachterstand hebben.
- Indien deze cursus afgerond is, dient de oefentherapeut zich aansluitend in te schrijven voor de post-HBO opleiding Kinderoefentherapie.
- De oefentherapeut dient minimaal drie maal per jaar deel te nemen aan een Kinder-Intercollegiaal-Overleg (Kinder-IOC/M).

Er wordt supervisie gegeven door een afgestudeerd kinderoefentherapeut die werkzaam is in een praktijk. De supervisie wordt gegeven op het therapeutisch handelen van een oefentherapeut die

---

<sup>2</sup> Artikel 41, lid 2 van de Wet op het Primair Onderwijs (WPO) biedt de mogelijkheid tot het verlenen van vrijstelling van bepaalde onderwijsactiviteiten. Alleen als de huisarts, schoolarts, specialist of kinderpsychiater nadrukkelijk een verklaring afgeeft van de medische of psychiatrische noodzakelijkheid van de behandeling, dan kunnen de activiteiten als vervangende activiteiten worden beschouwd en mag de leerling tijdens schooltijd aan de vervangende activiteiten meedoen. (Bron: AVS, algemene schoolleiders vereniging Nederland)

behandelingen geeft aan kinderen waarbij de hulpvraag gericht is op het opheffen en/of verminderen van motorische problemen/ ontwikkelingsachterstand in het dagelijks functioneren.

Deze supervisie bestaat uit minimaal:

- De oefentherapeut behandelt het kind. De onderzoeken vinden plaats onder supervisie van de kinderoefentherapeut. Dit zelfde geldt voor de verslaglegging.
- Het behandelingsplan wat hieruit voortvloeit wordt door de kinderoefentherapeut en de oefentherapeut besproken.
- Er moet een plan worden opgesteld tussen oefentherapeut en kinderoefentherapeut waarin is opgenomen op welke manier er op systematische wijze controle plaatsvindt over de inhoud van het onderzoeksverslag.
- Na 8 behandelingen die aan het kind gegeven zijn wordt deze behandelreeks geëvalueerd door de supervisor.
- Twee maal per jaar een dagdeel behandelingen (minimaal 4) dient de oefentherapeut geobserveerd te worden door een kinderoefentherapeut. Hierbij krijgt de oefentherapeut feedback op zijn therapeutisch handelen.