

Het motoriekonderzoek bij de 5-6 jarigen: onderwerp van Triage?

Y. Fassaert, J. Bijlsma, P.H. Verkerk

Tijdens het contactmoment 5 jaar of groep 2 basisonderwijs dient o.a aandacht geschonken te worden aan de motorische ontwikkeling van de jongere. In het RIVM-rapport Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0 -19 jaar per Contactmoment ((295001001/20080, G. Dunnink | drs. W.J.G. Lijs-Spek) <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/295001001.html> en <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/295001001.pdf> wordt daarbij de Baecke-Fassaert Motoriektest (BFMT) als instrument genoemd in de toelichting.

Bij een toenemend aantal diensten voor JGZ 4-19 gaat men over tot triage of overweegt men dat te doen: alleen kinderen met een zeker risicoprofiel worden nog door de jeugdarts zelf onderzocht tijdens het contactmoment 5 jaar/ groep 2; de rest krijgt dan in principe in eerste instantie een beperkt onderzoek door een administratief / c.q. doktersassistente. De criteria die bij deze triage worden gebruikt, zijn niet uniform en zijn niet of slechts ten dele gevalideerd. Zij berusten in de praktijk vaak op 3 pijlers:

- Het oordeel van de jeugdarts 0-4 jaar t.a.v. risicofactoren tijdens het laatste CB-contactmoment (3jaar en 9 maanden).
- Signalen van de leerkracht (vragenlijsten als bijv de SDQ).
- Signalen van de ouders (vragenlijsten als bijv de SDQ).

Gezien tegen de ontwikkeling van de triage moeten wij trachten een antwoord te vinden op de vraag, hoe JGZ 4-19 in de nabije toekomst op een verantwoorde wijze de risico's t.a.v de motorische ontwikkeling dient te monitoren: signaleren, diagnosticeren en toegeleiden in de keten:

1. Hoe signaleert en lokaliseert de JGZ 4-19 de kinderen met een risicoprofiel t.a.v. de motorische ontwikkeling? Hoe zou de voorselectie moeten geschieden van kinderen, aan wie wel en aan wie geen nader motoriek-onderzoek wordt aangeboden?
2. Hoe kan JGZ 4-19 via inkomende signalen vanuit de omgeving van het kind (ouders) en door aanmelding via de keten (school) actief kinderen met (motorische) risicoprofielen opsporen? Kunnen vragenlijsten en/of verkorte tests, gericht op de ongeselecteerde populatie, hierbij een rol spelen?
3. Welke gevalideerde risicoinventarisatie en –taxatie-instrument(en) moeten vervolgens uitgevoerd worden bij de gesignaleerde en gelokaliseerde kinderen. Welke motorische tests zou bij risicokinderen moeten worden afgenomen?

Ten aanzien van deze vragen heeft de Commissie Ontwikkelingsonderzoek zich gebogen over een advies, gestoeld op "best practice" , onderbouwd door relevant literatuuronderzoek.

Overwegingen:

Ad vraag 1: **signalerings en lokalisering.**

Het JGZ-team 0-4 geeft bij de zogenaamde overdracht van risicokinderen aan of bij een kind wel of geen nader motoriek onderzoek door de JGZ-arts 4-19 wenselijk is omdat er twijfels zijn tav de (motorische) ontwikkeling. Naar aanleiding van de uitkomsten van het van Wiechenschema en andere bevindingen tijdens de CB-consulten zijn de CB-arts en/of verpleegkundige immers bij uitstek degenen die zouden moeten kunnen beoordelen, of er

t.a.v. de (motorische) ontwikkeling :

- a. verwezen zou moeten worden tijdens één der CB-consulten
- b. eventueel een eerder contactmoment ná het vierde jaar (en dus vóór het PGO in groep 2) is geïndiceerd: in praktijk een zogenaamde "warme overdracht" zoals tussen veel organisaties van 0-4 en 4-19 is geprotocolleerd.
- c. er wel gewacht kan worden tot het contactmoment PGO2, waarbij een nadere evaluatie door de JA van de (motorische) ontwikkeling in groep 2 wel nodig wordt geacht.

Tussen diensten voor JGZ 0-4 en voor JGZ 4-19 zijn er vaak – maar niet overal - werkafspraken t.a.v. de overdracht van kinderen met verhoogd risico; een landelijk protocol ontbreekt momenteel. De Commissie Ontwikkelingsonderzoek is van mening er een landelijk protocol zou moeten komen voor de overdracht van deze kwetsbare kinderen en dat tussen alle diensten voor JGZ op basis daarvan werkafspraken zouden moeten worden gemaakt en uitgevoerd.

Ad vraag 2: **signalen vanuit de omgeving en aanmelding via de keten.**

Er zijn diverse vragenlijsten in gebruik, waarvan de validiteit, respons en effectiviteit nog aangetoond moeten worden.

Wat de motorische ontwikkeling betreft, wordt door huisartsen de Groninger Motoriek Observatieschaal (GMO-S) aanbevolen ter opsporing van DCD (Schoemaker).

Een onderzoek uit 2005 (J. Simons*, S. Delaet, & R. Op De Beeck,) richtte zich op de overeenkomst tussen de resultaten op de Movement ABC-test en enkele vragenlijsten betreffende de motoriek

<http://www.nvfk.nl/TKF/KFT-47-05-12.pdf>

Resultaten: De overeenkomsten in resultaten van de Groninger Motoriek Observatielijst (zowel door leerkrachten als door ouders ingevuld), de Movement ABC-Checklist en de schalen van de Checklist Motorischer Verhaltenswijzen met de resultaten van de Movement ABC-test bleken echter laag (tussen 0.15 en 0.34). De conclusie was dan ook: ***Er is geen screeningslijst gevonden waarmee kinderen met het risico op DCD goed kunnen worden opgespoord. Het blijft dan ook aan te bevelen de Movement ABC-test te gebruiken***

De conclusie van de Commissie Ontwikkelingsonderzoek is, dat er op dit moment géén vragenlijsten bekend zijn die voldoende correleren met bestaande tests.

Dat wil niet zeggen dat ouders en leerkrachten over het algemeen niet in staat zouden zijn mogelijke problemen t.a.v. de ontwikkeling te signaleren. De vraag is echter of de extra drempel die mogelijk opgeworpen wordt door ouders en/of leerkrachten vragenlijsten te laten invullen, de respons niet zal verlagen. Een eenvoudige, open vraag in de trant van: "maakt u zich zorgen over de grove motoriek (lopen, rennen, fietsen etc) of over de fijne motoriek (tekenen, knippen, knutselen, etc)" zal ons inziens eerder kans bieden op een hoge respons

Ad vraag 3: **risico-inventarisatie en –taxatie-instrument.**

In de praktijk blijkt in de JGZ 4-19 de BFMT de meest gebruikte test te zijn (68%, Boere-Boonekamp), al wordt daarbij aangegeven dat 36% van de jeugdartsen van de handleiding afwijkt om diverse redenen (alleen een volledige test op indicatie , items weggelaten vanwege tijdgebrek of omdat men het geen goede items vindt en/of scoort men minder streng (n=2). Sommige respondenten gaven aan op meerdere manieren van de handleiding af te wijken.

Per consult is gemiddeld 7,5 minuten beschikbaar voor het uitvoeren van de test. (TNO-rapport | KvL/P&Z 2008.126 | December 2008, Boere-Boonekamp e.a.).

In een eerder uitgevoerde onderzoek naar de betrouwbaarheid van de vorige versie van

deze motoriektest (Baecke e.a. 1984) werd geconcludeerd, dat de test goed bruikbaar is voor (epidemiologisch) onderzoek en dat de motoriektest gebruikt kan worden om kleuters met een duidelijke achterstand in de motorische ontwikkeling (bijvoorbeeld <P5) op te sporen. Inkorten van de test lijkt de betrouwbaarheid en validiteit niet ten goede te komen.

Bij twijfelgevallen (bijvoorbeeld tussen P5 en P10) zal de uiteindelijke beslissing zeker mede beïnvloed worden door verdere bevindingen bij het PGO en/of een uitvoeriger onderzoek naar het motorisch functioneren met een verfijnder instrument.

(Baecke, J.A.H., W.G.M. BoersmaSlutter & A.t.M. van Heeswijk, Ontwikkeling van een motoriektest voor kleuters: de betrouwbaarheid. T. Soc. Gezondheidsz. 62 (1984) 3845)

Op grond van bovenstaande beveelt de Commissie Ontwikkelingsonderzoek aan voor kinderen met een risicoprofiel t.a.v. de motorische ontwikkeling, zoals hierboven beschreven, de volledig af te nemen BFMT als risico-inventarisatie-instrument af te nemen door de jeugdarts bij het contactmoment 5-6 jarigen.

Voor verdere risico-taxatie beveelt de commissies aan om kinderen die laag scoren op de BFMT (zie werkinstructie/ beslisboom) in de keten door te verwijzen voor nadere diagnostiek (kinderfysiotherapie of kinderrevalidatie), waar bijvoorbeeld met de ABC-movement e/o nader kinderneurologisch onderzoek verdere diagnostiek kan plaatsvinden naar de aard en mate van de motorische ontwikkelingsachterstand

NB.

Door werkers in het veld wordt gesignaleerd dat veel kinderen niet meer op school leren strikken en dat veel kinderen schoenen met klittenbanden hebben.

Motoriek op deze leeftijd is - misschien nog sterker dan tijdens de zuigelingen en peuterleeftijd - een resultante van aanleg en omgevingsfactoren. Dit is altijd zo geweest en zal ook zo blijven. En de omgevingsfactoren zijn nu anders dan in de jaren 80. Over 15 jaar zal het weer anders zijn.

Veters strikken is daarvan een duidelijk voorbeeld, maar met de toenemende beeldbuiscultuur (denk aan WiFi) en toenemend overgewicht zullen ook andere motoriekenmerken anders verdeeld gaan worden over de populatie.

Of nu wel of niet besloten wordt tot een andere samenstelling van de test: net zoals elk decennium de groeicurves worden bijgesteld, zouden ook de normscores van een motoriektest als de BFMT met zekere regelmaat onderhoud behoeven, en misschien wordt het dan ook tijd om de test opnieuw te gaan normeren.

De Commissie Ontwikkelingsonderzoek oordeelt dat veters strikken nog steeds een waardevol kenmerk binnen de BFMT: het veters strikken is het enige kenmerk in de test dat uit het schema van Gesell iets zegt over "zelfredzaamheid".

Aanbevelingen:

Op grond van bovenstaande overwegingen komt de Commissie Ontwikkelingsonderzoek, in het kader van risicogericht werken / triage m.b.t. contactmoment 5-6 jarigen tot de volgende aanbevelingen:

1. voorselectie van kinderen die voor een volledig JGZ motoriek-onderzoek in aanmerking komen tijdens het contactmoment 5-6 jarigen op basis van de risicosignalering door het team JGZ 0-4 tijdens het laatste CB-consult.
2. in de voorbereiding voor verdere triage bij het contactmoment 5-6 jarigen wordt aan ouders en leerkrachten van alle kinderen van het cohort gevraagd of zij zorgen / signalen hebben t.a.v. de grove e/o fijne motoriek van het kind; bij positieve beantwoording worden deze kinderen – naast de onder punt 1. genoemde kinderen – ook uitgenodigd voor een volledig JGZ motoriek-onderzoek. Dit volledige

motoriek-onderzoek wordt uitgevoerd door de JGZ-arts.

3. Als instrument voor het JGZ motoriek-onderzoek wordt de Baecke-Fassaert motoriektest volledig uitgevoerd, gebruik makend van de richtlijnen in de handleiding om uniformiteit, betrouwbaarheid en validiteit zoveel mogelijk te waarborgen. Richtlijnen voor verdere interventies waaronder verder doorverwijzing in de keten staan eveneens beschreven in de handleiding (Laurent de Angulo MS, Brouwers-de Jong EA, et al, ontwikkelingsonderzoek in de jeugdgezondheidszorg. Het Van Wiechenonderzoek - De Baecke-Fassaert Motoriektest. (Red.). Assen: Van Gorcum, 2005.