INTERUNIVERSITAIRE MANAMA-OPLEIDING JEUGDGEZONDHEIDSZORG

DE EVALUATIE VAN DE MOTORISCHE ONTWIKKELING VAN 4- EN 5-JARIGE KLEUTERS BINNEN DE CENTRA VOOR LEERLINGENBEGELEIDING IN VLAANDEREN

Dr. Alexandra Seghers

Promotor: Prof. dr. Anna Jansen
Co-promotor: Prof. dr. Guido Van Hal

Verhandeling voorgedragen tot het behalen van de graad van ManaMa in de Jeugdgezondheidszorg

14 juni 2017

BEDANKT …

… CLB-artsen voor het vrijmaken van wat van jullie kostbare tijd voor invullen van de vragenlijst, voor jullie openheid en feedback.

… prof. Anna Jansen, voor uw deskundigheid als kinderneuroloog en uw betrokkenheid bij de jeugdgezondheidszorg die samen de blik bepaalden waarmee u als promotor van deze thesis mijn werk bekeek en van feedback voorzag.

… prof. Guido Van Hal, voor het bewaken van de kwaliteit van de door mij opgestelde vragenlijst, voor uw ondersteuning bij de concrete uitvoering van het veldonderzoek en voor de terugkoppeling als co-promotor van deze masterproef.

… dhr. Marino De Raes, niet alleen was je zo vriendelijk om je elektronisch platform voor enquêtes ter beschikking te stellen, je zorgde er ook voor dat mijn zeer gelaagde vragenlijst gepubliceerd werd zoals ik het bedoelde en antwoordde geduldig op mijn talrijke vragen.

… collega's van de opleiding jeugdgezondheidszorg en van mijn huidige werkplek, voor het aanhoren van mijn verzuchtingen op tijd en stond en voor het blijvende geloof in mijn kunnen.

… en sorry, kindertjes die de laatste weken een veel te druk bezette mama hadden – er is beterschap op komst, ik beloof het!

… lieve echtgenoot, voor alles – zonder jou was dit niet mogelijk geweest.

INHOUD

SITUERING 1

1. Maatschappelijke verantwoording en persoonlijke motivatie 1
2. Onderzoeksvragen 3

LITERATUURONDERZOEK 4

1. Methodiek 4
    a. Systematisch literatuuronderzoek 4
    b. Aanvullend literatuur- en bronnenonderzoek 5

2. Resultaten literatuur- en bronnenonderzoek 6
    a. Welke wetenschappelijke evidentie is er voor een neuromotorische screening bij kleuters (4-5 jaar)? 6
    b. Is er een gestandaardiseerd instrument ter beschikking om de motorische ontwikkeling van kleuters te evalueren in een beperkt tijdsbestek? 6
    c. Welke elementen bepalen het gemak of de moeilijkheid waarmee de motorische ontwikkeling bij kleuters in kaart kan worden gebracht? Welke rol speelt de leeftijd? 8
    d. Wat wordt er geadviseerd aan de CLB-artsen in de sector, wie adviseert dit en waarop zijn de adviezen gebaseerd? 9

VELDONDERZOEK: Bevraging van CLB-artsen 17

1. Methodologie van het veldonderzoek 17
    a. Onderzoeksopzet 17
    b. Doelgroep 18
    c. Dataverzameling 18
    d. Data-analyse 19

2. Resultaten van het veldonderzoek 19
a. Respons 19
b. Algemene gegevens 20
c. Verloop van het algemeen consult voor 4- en 5-jarige kleuters met in het bijzonder de beoordeling van de motorische ontwikkeling 21
d. Diagnostisch traject bij vermoeden van een vertraagde of afwijkende motorische ontwikkeling 28
e. Verwachtingen ten aanzien van het algemeen consult voor 5-jarige kleuters met in het bijzonder de beoordeling van de motorische ontwikkeling 31
f. Tevredenheid van de CLB-arts over het algemeen consult voor 5-jarige kleuters met in het bijzonder de beoordeling van de motorische ontwikkeling 36
g. Kennis van protocollen en instrumenten voor de beoordeling van motoriek bij kleuters 39
h. Extra opmerkingen 41

BESPREKING 42

SUGGESTIES VOOR DE TOEKOMST 45

SAMENVATTING 50

REFERENTIES 51

BIJLAGEN 54

SITUERING

1. Probleemstelling en persoonlijke motivatie

Het Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) (publicatiedatum B.S. 03/09/2009, art. 29, bijlage 1) is duidelijk: het algemene consult tijdens het tweede jaar kleuteronderwijs of, voor het bijzonder onderwijs, het kalenderjaar waarin de kleuter vijf jaar wordt, dient ondermeer een globaal ontwikkelingsonderzoek van de kleuter te omvatten met bijzondere aandacht voor spraak en motoriek.

Gezien mijn neurologische achtergrond is het niet verwonderlijk dat ik erg geïnteresseerd was in dit ontwikkelingsonderzoek als deel van het tweedekleuterconsult, maar toen ik in 2015 begon te werken als CLB-arts, bleek het nog niet zo eenvoudig dit in de praktijk te brengen. Ik ging te rade bij mijn meer ervaren collega's, maar eigenlijk kon niemand me precies vertellen hoe dit precies moest worden aangepakt, meer nog, ik kreeg de indruk dat iedereen er zeer uiteenlopende eigen initiatieven op nahield. Nochtans viel het me ook op dat ouders en leerkrachten wel grote verwachtingen hadden van dit algemeen consult en ook mijn CLB-collega's van andere disciplines wachtten vaak het algemeen consult van een bepaald kleutertje af in de hoop dat dit meer duidelijkheid zou scheppen over de ontwikkeling van het desbetreffende kind.

Toen we tijdens een intervisie in het 1e jaar van de ManaMa Jeugdgezondheidszorg van dr. Katelijne van Hoeck (medewerker van de Permanente Ondersteuningscel voor CLB van het Gemeenschapsonderwijs (GO!) en wetenschappelijk medewerker bij de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ)) te horen kregen dat het eigenlijk niet de bedoeling was om de motoriek expliciet te gaan nakijken, was mijn verwarring compleet. Bovendien vond er op donderdag 14 april 2016 in het Centrum voor OntwikkelingsStoornissen (COS) van het Universitair Ziekenhuis (UZ) Brussel een studiedag plaats met de titel "Motorische en/of visueel-ruimtelijke moeilijkheden in het kleuter- en lager onderwijs" die handelde over observatie, zorg op school, doorverwijzing en diagnostiek wanneer bij kleuters of leerlingen motorische en/of visueel-ruimtelijke moeilijkheden opgemerkt worden. Dr. van Hoeck besprak daar meer in detail hoe een diagnostisch traject omtrent psychomotoriek binnen een CLB eruit kan zien. Hierin was een rol weggelegd voor een klinisch neurologisch onderzoek door de CLB-artsen. De reacties van diezelfde CLB-artsen die mij ter ore kwamen, logen er niet om: niet alleen kwamen velen uit de lucht

gevallen, de meesten leken zich onvoldoende bekwaam te voelen om dit op te nemen. De kinderneurologen leken evenmin overtuigd van de expertise van een CLB-arts op dit vlak en vonden dat dergelijk kinderneurologisch nazicht tot hun vakgebied behoorde.

Naar mijn aanvoelen heerste er dus veel onduidelijkheid over de aanpak van dit ontwikkelingsonderzoek in de 2e kleuterklas en waren de meningen erg verdeeld. Anderzijds is de opdrachtverklaring erg ondubbelzinnig. Niet verwonderlijk, want het vroegtijdig opsporen van problemen in de motorische ontwikkeling is natuurlijk belangrijk om meerdere redenen. Motorische problemen kunnen een invloed hebben op de socio-emotionele ontwikkeling van een kind want deze competentie speelt een grote rol bij het al dan niet aanvaard worden in de groep. De gevolgen voor de autonomie beïnvloeden ook de zelfbeleving en het zelfvertrouwen. Het gevoel van eigenwaarde kan negatief worden beïnvloed. Op de basisschool wordt een goede motoriek als een belangrijke voorwaarde beschouwd voor de schoolloopbaan. Snelle detectie maakt het mogelijk adequate interventies aan te bieden zodat de ontwikkeling van het kind zo optimaal mogelijk kan verlopen. [1,2]

Voor deze masterproef wilde ik dus graag de theorie en de praktijk naast elkaar zetten: zijn de opdrachtverklaring, de aangereikte instrumenten voor het onderzoek van de motoriek en de praktijk met elkaar in overeenstemming of wordt de door mij aangevoelde kloof eerder bevestigd? Met het oog op het nieuwe decreet leerlingenbegeleiding waarbinnen ook de plaats en de organisatie van de medische consulten wordt herbekeken, leek het mij nu het geschikte moment te zijn om dit onderzoek uit te voeren. Voor het medische luik is het immers de bedoeling van dit nieuwe decreet om de huidige aanpak te evalueren en de taken tussen verplegend, paramedisch personeel en artsen goed te verdelen, om zo eventueel ruimte te scheppen om artsen meer te betrekken bij moeilijke situaties en de multidisciplinaire werking. Het is de bedoeling dat het nieuwe decreet leerlingenbegeleiding op 1 september 2018 van kracht wordt. [3]

2. Onderzoeksvragen

Om theorie en praktijk op onderbouwde wijze naast elkaar te kunnen plaatsen, is het doel van deze masterproef dus een antwoord te vinden op onderstaande vragen:

1. **Welke wetenschappelijke evidentie is er voor een neuromotorische screening bij kleuters (4-5 jaar)?**

   Subvragen:

- *Is er een gestandaardiseerd instrument ter beschikking om de motorische ontwikkeling van kleuters te evalueren in een beperkt tijdsbestek?*
- *Welke elementen bepalen het gemak of de moeilijkheid waarmee de motorische ontwikkeling bij kleuters in kaart kan worden gebracht? Welke rol speelt de leeftijd?*
- *Wat wordt er geadviseerd aan de CLB-artsen in het werkveld, wie adviseert dit en waarop zijn de adviezen gebaseerd?*

2. **Hoe gebeurt de beoordeling van de neuromotorische ontwikkeling en het in kaart brengen van eventuele problemen in de praktijk?**

   Subvragen:

- *Hoe wordt de huidige aanpak door CLB-artsen ervaren? Hoe tevreden zijn zij over dit algemeen consult van 4- à 5-jarige kleuters en hoezeer lost dit consult de verwachtingen van de verschillende partijen in?*
- *Hoe goed zijn de CLB-artsen op de hoogte van de opdrachtverklaring en van de bestaande protocollen en instrumenten die de sector worden aangereikt? Welke zaken ontbreken volgens CLB-artsen om dit ontwikkelingsonderzoek (nog) beter te kunnen uitvoeren?*

LITERATUURONDERZOEK

Om een antwoord te vinden op de eerste onderzoeksvraag **Welke wetenschappelijke evidentie is er voor een neuromotorische screening bij kleuters (4-5 jaar)?** – werd de bestaande literatuur geraadpleegd. Bijkomende subvragen waren

- Is er een gestandaardiseerd instrument ter beschikking om de motorische ontwikkeling van kleuters te evalueren in een beperkt tijdsbestek?
- Welke elementen bepalen het gemak of de moeilijkheid waarmee de motorische ontwikkeling bij kleuters in kaart kan worden gebracht? Welke rol speelt de leeftijd?
- Wat wordt er geadviseerd aan de CLB-artsen in de sector, wie adviseert dit en waarop zijn de adviezen gebaseerd?

1. Methodiek

a. Systematisch literatuuronderzoek

Het systematische literatuuronderzoek gebeurde via een 'top-down' benadering. Zoeklimieten voor taal waren telkens Engels, Frans & Nederlands **.** Er werd gebruik gemaakt van de zoekmachines die gratis ter beschikking zijn of waartoe ik toegang had via de Katholieke Universiteit Leuven. Deze zoekmachines en de top-down benadering met de daaruit voortvloeiende resultaten zijn terug te vinden in bijlage 2.

Inclusiecriteria waren:

- preventieve setting
- toepasbaar op de leeftijdsgroep van 4- en 5-jarigen
- gezonde kinderen
- motorische ontwikkeling
- publicaties van de laatste 5 jaar (uitzonderingen hierop worden beschreven in bijlage 2 en bij de resultaten hieronder)

Exclusiecriteria waren:

- verkeerde leeftijdsgroep
- curatieve of paramedische setting
- specifieke pathologieën
- andere ontwikkelingsdomeinen (taal, sociale vaardigheden, …)
- geen abstract beschikbaar

Volgende publicaties werden weerhouden:

- artikels in wetenschappelijke tijdschriften, op papier of elektronisch
- grijze literatuur
- uitgaven in boekvorm

b. Aanvullend literatuur- en bronnenonderzoek

In deze masterproef wordt eveneens verwezen naar grijze literatuur om het actuele kader dat wordt aangereikt aan jeugdartsen in de CLB's in Vlaanderen te schetsen en verderop om de adviezen in de discussie te kaderen, te illustreren en te onderbouwen.

Voor de opleiding jeugdgezondheidszorg werden in 2015 de algemene consulten in enkele masterproeven onder de loep genomen. Dr. Decoene bekeek het algemeen consult in de 2e kleuterklas; via prof. Jansen werd zijn werk ter beschikking gesteld. In 2007 schreef dr. Devogelaer eveneens een masterproef omtrent het onderzoek van de motoriek bij kleuters in kader van de opleiding jeugdgezondheidszorg waarvan zij welwillend een exemplaar berzorgde. Via mevr. Vanbussel, verbonden aan het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (COS) in Leuven, werden enkele thesissen van studenten kinesitherapie bekomen die verder borduurden op het onderzoeksinstrument dat ook in de thesis van dr. Devogelaer reeds besproken werd.

Bij de overheid werd cijfermateriaal omtrent het aantal CLB-artsen opgevraagd om de respons op de vragenlijst te kunnen inschatten. Deze informatie wordt meegenomen bij de onderzoeksresultaten van het veldonderzoek omwillen van de relevantie daar.

Daarnaast krijgen CLB-artsen natuurlijk ook richtlijnen en aanbevelingen over hoe zijn hun werk moeten doen. De onderwijskoepels verspreiden via hun websites heel wat materiaal omtrent motoriek (zelf had ik toegang tot www.vclb-koepel.be) en ook netoverstijgend werd hierover regelmatig nagedacht. Vele aanbevelingen worden in opdracht van de overheid ook opgesteld door de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg en zijn eenvoudig terug te vinden op hun website www.vwvj.be. Voor concrete adviezen over hoe om te gaan met zorgen omtrent de motorische ontwikkeling, kunnen CLB-artsen terecht bij het Protocol Motoriek op de website van het netwerkoverstijgende Prodia-project (www.prodiagnostiek.be).

Omdat het leerrijk kan zijn te gluren bij de buren, werd er door prof. dr. Hilde Bastiaens (Universiteit Antwerpen) gewezen op enkele hoofdstukken in het Nederlands handboek 'Ontwikkelingsonderzoek in de jeugdgezondheidszorg' onder redactie van M.S. Laurent de Angulo et al.

Aan deze bronnen wordt verderop in deze masterproef gerefereerd.

2. Resultaten literatuur- en bronnenonderzoek

a. Welke wetenschappelijke evidentie is er voor een neuromotorische screening bij kleuters (4-5 jaar)?

Het systematisch literatuuronderzoek leverde via www.g-i-n.net 2 guidelines op die gaan over het geheel van het preventief onderzoek bij kinderen en jongeren [4,5]. De eerste werd gepubliceerd door The Institute for Clinical Systems Improvement in 1995 en herzien in 2013 [4] ; de tweede werd gepubliceerd door The Royal Australian College of General Practitioners in 2012 [5]. Waar deze guidelines in 2016 ook nog teruggevonden werden via www.guideline.gov, bleken ze in 2017 echter te zijn ingetrokken. Van de richtlijn van The Royal Australian College of General Practitioners verscheen in 2016 wel een update op hun website [6] maar deze werd nog niet opgenomen in de databases voor quaternaire bronnen en werd dus nog niet als dusdanig beoordeeld. De gevonden guidelines voldeden aan de criteria van Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) II, een internationaal hulpmiddel om de kwaliteit van guidelines te beoordelen [7]. Volgens deze richtlijnen was er weinig meerwaarde voor het opsporen van ontwikkelingsvertraging door screening.
In zijn masterproef in kader van de master-na-master (ManaMa) Jeugdgezondheidszorg in 2015 baseerde dr. Manuel Decoene zich op deze eerste 2 guidelines [4,5] voor de adaptatie van een Duodecim Richtlijn, “Het medisch onderzoek in de schoolgeneeskunde”. Deze richtlijn dateert van 2010 zodat ze in het initiële literatuuronderzoek niet werd weerhouden en ze inderdaad aan een update toe was. Dr. Decoene stelt dat screening naar ontwikkelingsvertraging door middel van neurologisch onderzoek weinig meerwaarde heeft. Ouders en leerkrachten zijn het best geplaatst om een zorg over de ontwikkeling te melden. In sommige gevallen kan gericht verder neurologisch onderzoek aangewezen zijn. [8]

b. Is er een gestandaardiseerd instrument ter beschikking om de motorische ontwikkeling van kleuters te evalueren in een beperkt tijdsbestek?

Screening, zoals gedefinieerd in 10 criteria door Wilson en Jungner in 1968 [9] en aangepast voor de jeugdgezondheidszorg door Hall in 1995 [10], is geen geschikte methode voor een in de tijd niet-stabiele, dynamische problematiek, die, zoals in het geval van ontwikkelingsproblemen, bovendien divers van aard is. In plaats daarvan is ontwikkelingssurveillance een meer geschikte methodiek om de onderzoeker een referentiekader te bieden voor de ontwikkeling van de motoriek. Screening in de context van het medisch schoolonderzoek heeft dus weinig meerwaarde. [1,8]

Het Vlaamse preventief geneeskundig onderzoek werd in 2010 grondig doorgelicht door de VWVJ [11]. Hierin werd eveneens monitoring als meer geschikte methodiek om het stadium van het ontwikkelingsproces en stelde dus als strategie de surveillance voor, oftewel het toezicht op het ontwikkelingsproces, door gebruik te maken van signalen van ouders, belangrijke verzorgers, leerkrachten, gecombineerd met het inzicht in het ontwikkelingsrisico van een kind.

Een bekend voorbeeld van ontwikkelingssurveillance is het Van Wiechenonderzoek voor zuigelingen, gebruikt bij Kind & Gezin. In Nederland vormt de Baecke-Fassaert Motoriektest (BFMT) voor kleuters hier een vervolg op [12]. De test is genormeerd voor kinderen tussen 5 en 6,5 jaar. In Nederland vind het preventief geneeskundig onderzoek dan ook een jaar later plaats dan in Vlaanderen.

Op vraag van de VWVJ naar een kort onderzoeksstramien voor het motorisch onderzoek van 2e kleuters door schoolartsen In Vlaanderen, probeerden enkele studenten kinesitherapie in 2005-2006 de aanzet te geven tot een antwoord op dit probleem. Hun werk werd begeleid door prof. dr. P. De Cock, prof. dr. H. Feys en licenciate J. Vanbussel verbonden aan het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen te Leuven. De thesis had tot doel een nieuwe testbatterij te construeren om de motoriek van 4- tot 5,5-jarige kleuters op kwantitatieve en kwalitatieve wijze te beoordelen (Tweede Kleuterklas Test (TKT)). Een screeningsinstrument dat op die leeftijd gebruikt kan worden door de CLB-arts moet aan een aantal voorwaarden voldoen: beperkte tijdsduur (5-tal minuten), uit te voeren op het centrum of op school, genormeerde voor kleuters zonder enige beperking en mogelijkheid tot een kwalitatieve en kwantitatieve inschatting van fijne en grove motoriek en praxis. Dr. Nancy Devogelaer borduurde hier in 2007 op verder voor haar masterproef voor de opleiding Jeugdgezondheidszorg [1]. Zij ging na of de toenmalige voorlopige TKT (bestaande uit 48 items om een zo breed mogelijk beeld van de motoriek te verkrijgen) predictief was voor de resultaten van een gevalideerde en betrouwbare motorische test, met name de Movement Assessment Battery for Childeren (M-ABC) die één jaar later bij dezelfde kinderen werd afgenomen en vond een laag, maar statistisch significant verband tussen TKT en M-ABC één jaar later afgenomen voor detectie van de 5 procent zwakste kinderen. Voor kinderen binnen percentiel 10 of 15 bleek de identificatie moeilijker. In de jaren nadien werd er door studenten kinesitherapie verder gewerkt aan dit instrument, maar men is er tot nog toe niet in geslaagd hieruit een korte predictieve testbatterij te distilleren. Integendeel, ondertussen is het een heus kleuterparcours geworden, dat 45 minuten in beslag neemt en bedoeld is om te worden afgenomen door de kleuterjuf of –meester. Van een kort screeningsinstrument voor

de schoolarts is dus geen sprake meer, het kleuterparcours is bedoeld als een signaleringsinstrument. [13-16]

Internationaal ontwierp Sharma in 2011 een kader voor de evaluatie van de algemene ontwikkeling voor kinderen van 0 tot 5 jaar gebaseerd op de geldende kennis over ontwikkeling en onderzoeksmethoden en – vaardigheden. De bedoeling was niet om de onderzochte kinderen te beschrijven naargelang de mate waarin ze al dan niet voldoen aan leeftijdsnormen, maar wel om kinderen met risico op problemen te identificeren. De bevindingen van dit ontwikkelingsonderzoek en elk plan van aanpak moeten steeds in een breder kader worden gezien waarin de ontwikkelingsnoden van elk kind worden geïdentificeerd een aangepakt. Goede communicatie met de ouders en het betrekken van andere professionelen en instanties is hierbij onontbeerlijk. Er zijn nergens gegevens over de validatie of normering van het geschetste kader als een geheel terug te vinden. [17]

c. Welke elementen bepalen het gemak of de moeilijkheid waarmee de motorische ontwikkeling bij kleuters in kaart kan worden gebracht? Welke rol speelt de leeftijd?

Ontwikkeling in het algemeen en motorische ontwikkeling in het bijzonder zijn een dynamisch proces, waarbij periodes van sprongsgewijze en periodes van gestage vooruitgang elkaar afwisselen. Dit maakt dat elke momentopname door middel van een eenmalige 'screening' problemen zal geven om de verdere ontwikkeling te voorspellen. Het is de ontwikkelingsevolutie door de tijd die relevante informatie geeft, vandaar het pleidooi voor een methode van ontwikkelingssurveillance. [1]

Bovendien is het zo dat men tijdens het eerste levensjaar de focus legt op wat het kind op een bepaalde leeftijd presteert maar dat nadien de aandacht verschuift naar hoe het kind een bepaalde activiteit uitvoert (kwaliteit). Daarnaast zijn de prestaties/het bereiken van mijlpalen in het 1e levensjaar sterk genetisch bepaald (nature), waarna progressief de invloed van de 'nurture' op het ontwikkelingsproces toeneemt. Dit laatste maakt het complexer (moeilijker en tijdrovender) om het proces te monitoren en om de oorzaak van een vertraagde/verstoorde ontwikkeling te kennen. [11]

Binnen de groep kleuters in de 2e kleuterklas zijn er grote verschillen in leeftijd (van 4 tot 5,5 jaar) en omgevingsinvloeden. Daarnaast is de prestatie van 4- à 5-jarige kinderen nog wisselend (grote intra-individuele variabiliteit) en is ook de variatiebreedte binnen het normale spectrum vrij groot (grote interindividuele variabliteit). [1]

Men kan zich dan ook de bedenking maken of de tweede kleuterklas het geschikte moment is om de motoriek te evalueren. Indien een zo vroeg mogelijke herkenning, diagnose, behandeling en begeleiding van kinderen met een ontwikkelingsstoornis het doel is, lijkt een globaal ontwikkelingsonderzoek in de eerste kleuterklas logischer. Helaas is er voor deze leeftijdsgroep evenmin een gevalideerd en betrouwbaar signaleringsinstrument voor handen. In de derde kleuterklas is het omgekeerde het geval: hier zijn wel enkele gevalideerde en betrouwbare signaalinstrumenten ter beschikking (onder meer de reeds vermelde BFMT voor kleuters), maar de tijd die rest voor remediëring, diagnostiek en begeleiding voor deze kinderen aan de drempel van de lagere school is veel korter. [1]

d. Wat wordt er geadviseerd aan de CLB-artsen in de sector, wie adviseert dit en waarop zijn de adviezen gebaseerd?

Het actuele kader waarbinnen de CLB-arts moet werken bij zorgvragen i.v.m. 'bewegen en hanteren' is terug te vinden in het Prodiaprotocol Motoriek, dat voluit het 'Protocol diagnostiek bij vertraagde of afwijkende motorische ontwikkeling en/of vermoeden van een motorische ontwikkelingsstoornis' heet [18]. Op de website www.prodiagnostiek.be vindt men naast het eigenlijke Protocol Motoriek ook nuttige bijlagen en informatie over diagnostische instrumenten terug. Prodia Motoriek integreert de handvaten voor de beoordeling van motorische ontwikkeling die de onderwijskoepels en de VWVJ reeds jaren voordien probeerden aan te bieden.

Situering en historiek

Psychomotoriek is een thema dat binnen de sector reeds lang netoverstijgende aandacht geniet. Een multidisciplinair samengestelde en netoverstijgende werkgroep, opgericht op initiatief van de koepel van de vrije centra voor leerlingenbegeleiding (VCLB), heeft tussen 2006 en 2010, in samenwerking met derden (Centra voor Ontwikkelingsstoornissen, de Dienst Jeugdgezondheidszorg van de KULeuven, UGent en VWVJ) een ontwerp van surveillance-traject ontwikkeld. In dit traject wordt, in overeenstemming met de literatuur, afgezien van een systematische ontwikkelingsscreening in het algemeen consult in 2de kleuterklas en in de plaats daarvan een gerichte bevraging van de ouders, samen met een goed uitgebouwde samenwerking met leerkracht, voorgesteld [19], als volgt geëxpliciteerd in de conclusies van de visietekst: *"In dit kader moet het idee van een systematische screening bij het algemeen consult in 2de kleuterklas worden verlaten en vervangen door een gerichte bevraging van de ouders en een goed uitgebouwde samenwerking met leerkracht. CLB-diagnostiek aansluitend op het zorgcontinuüm van de school!"* Daarnaast is er volgens deze

visietekst nood aan een gericht medisch onderzoek bij een klein percentage leerlingen waarbij na aanmelding (eventueel vanuit het consult) en intake, en na teamoverleg, blijkt dat er een vermoeden is van een medisch (neurologische) problematiek. Gerichte verwijzing zou dan moeten resulteren in een snelle en efficiënte aanpak op de 2de lijn. [20]

Deze visie en de instrumenten voor het omgaan met vragen over motoriek bij kleuters die reeds in 2010 door een netoverstijgende werkgroep binnen VCLB waren ontwikkeld dan wel aanbevolen, zijn opgenomen in het huidige Protocol Motoriek binnen het project protocollering diagnostiek (Prodia).

Prodia is een netoverstijgend project van CLB's en onderwijs. Prodia streeft naar een meer gestandaardiseerde en kwalitatieve leerlingenbegeleiding binnen een continuüm van zorg.
De verschillende onderwijskoepels en CLB-centrumnetten startten in het schooljaar 2007-2008 een project om diagnostische protocollen binnen onderwijs te ontwikkelen en dit voor verschillende domeinen waaronder motoriek.

Wetenschappelijke onderbouwing

De Prodia-website bevat geen specifieke informatie omtrent de methodologie die aan de basis lag van het tot stand komen van het Protocol Motoriek. Navraag bij Prodia-projectmedewerkster S. Schaubroeck (Sarah.Schaubroeck@g-o.be) via het contactformulier op www.prodiagnostiek.be in augustus 2016 leert hetvolgende: *"De protocollen worden geschreven door het Prodia-team, een groep van acht halftijds gedetacheerde CLB-medewerkers. Zij schrijven het protocol, consulteren literatuur, nemen ervaringen van op school en CLB mee, … en bespreken dit alles multidisciplinair. Elk protocol wordt regelmatig van feedback voorzien via een stuurgroep die bestaat uit vertegenwoordigers van de overheid, de verschillende onderwijskoepels en –netten en de CLB-centrumnetten. Daarnaast wordt er ook wetenschappelijke feedback gevraagd. Voor het protocol Motoriek gebeurde het wetenschappelijk consult met Hilde Van Waelvelde van de vakgroep Revalidatiewetenschappen en kinesitherapie van de Universiteit Gent (oktober 2012). Op basis van deze feedback wordt het voorlopig protocol dan telkens aangepast. Het is de stuurgroep die beslist wanneer het protocol gepubliceerd mag worden, voor motoriek werd het protocol finaal goedgekeurd op 24 januari 2013. Concreet kwam de aanbeveling tot stand op basis van het werk van een netoverstijgende werkgroep psychomotoriek en dr. Nancy Devogelaer, die 'Het klinisch neurologisch onderzoek door de CLB-arts, Vlaamse wetenschappelijke vereniging voor jeudgezondheidszorg, Leuven, 2010'* [21] *opstelde. Er*

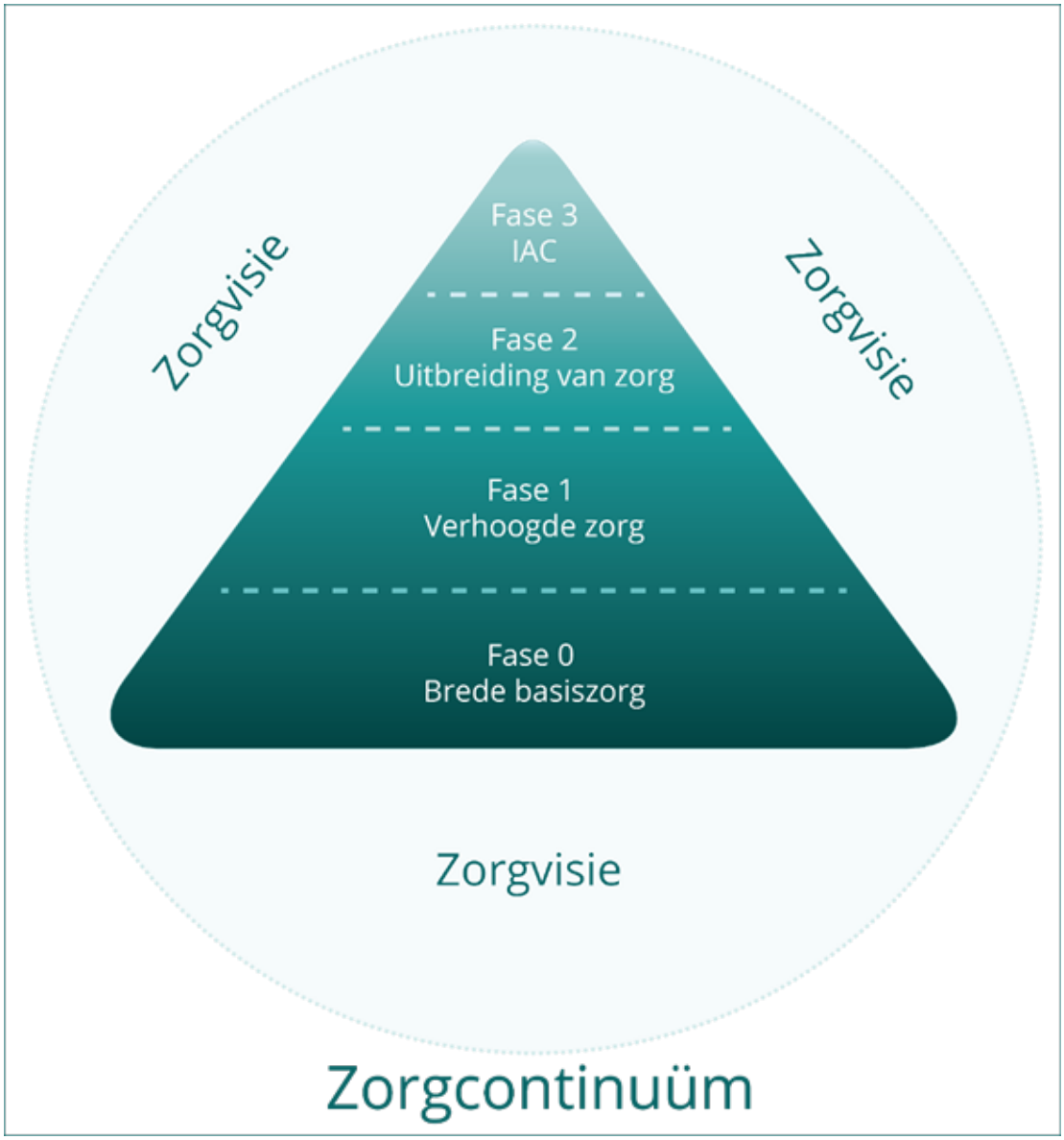
werd ook gewerkt volgens het VCLB 'Stappenplan voor het omgaan met motorische problemen bij kleuters' [22].

De exacte manier waarop deze brondocumenten tot stand zijn gekomen blijft evenwel onduidelijk. In verband met de ontwikkeling van het klinisch kinderneurologisch onderzoek voor CLB-artsen laat dr. Devogelaer hetvolgende weten via e-mail in april 2017: "*Op vraag van de netoverschrijdende werkgroep psychomotoriek van de CLB werd een instrument en handleiding voor klinisch neurologisch onderzoek door de CLB-arts uitgewerkt in het kader van signalering motorische ontwikkelingsproblemen op kleuterleeftijd. Dit gebeurde na literatuurstudie over het onderwerp, raadplegen van experts (vnl. Prof. Dr. P. De Cock, UZ Leuven en Dr. A. Oostra, UZ Gent) en regelmatige (d.w.z. 1 maal per 2 à 3 maanden) overlegmomenten met en bijsturing door de werkgroep o.l.v. Lieve Feys. Op 30/4/2010 is dit samen met Dr. An Oostra van het COS Gent voorgesteld aan de sector op een studiedag "Neurologisch onderzoek in het CLB" ingericht door het VCLB.*"

De Prodia Motoriek voldoet op basis van de beschikbare informatie niet aan de criteria van AGREE II (zo zijn er bijvoorbeeld wel voetnoten en verwijzingen naar bepaalde bronnen, maar geen duidelijke methode van literatuuronderzoek of uitleg over het tot stand komen van de aanbeveling net zo min als evidentieniveaus terug te vinden). De protocollen diagnostiek werden ook niet gevalideerd: er is niet aangetoond dat ze daadwerkelijk meten wat ze beogen te meten. Zo werd voor Prodia Motoriek niet door onderzoek aangetoond dat toepassen van dit protocol ertoe leidt dat kinderen met een vertraagde of afwijkende motorische ontwikkeling effectief vroegtijdig worden gedetecteerd. Strikt genomen kan Prodia Motoriek dus niet beschouwd worden als een richtlijn, de projectmedewerkers zelf verwijzen ook niet naar de protocollen als richtlijnen maar als adviezen.

Inhoud

Het Algemeen Diagnostisch Protocol (ADP) [23] loopt als een rode draad door de specifieke diagnostische protocollen, ook door het Protocol Motoriek. Het zorgcontinuüm (figuur 1) is een opeenvolging van fasen in de organisatie van de onderwijsomgeving [24]. Voor de invulling van brede basiszorg en verhoogde zorg is de school verantwoordelijk. Ze kan zich daarbij laten ondersteunen door de pedagogische begeleidingsdienst en het CLB. Het handelingsgericht diagnostisch traject in Fase 2 verloopt onder regie van het CLB, in nauwe samenwerking met de leerling, de ouders en de school. Als schoolnabije instantie speelt het CLB een subsidiaire rol in de ondersteuning en de begeleiding van leerlingen, ouders en leerkrachten. Daarbij is het CLB als schoolexterne dienst ook steeds rechtstreeks toegankelijk voor leerlingen en ouders. [23]



Figuur 1: 'Zorgcontinuüm' uit: Algemeen Diagnostisch Protocol (http://www.prodiagnostiek.be/index.php) [24]

Het zorgcontinuüm zien we ook terugkomen in de Prodia Motoriek [18]. In het eerste deel rond preventieve basiszorg en wordt vooral tips voor de scholen verzameld rond de organisatie van het zorgbeleid, de vorming en ondersteuning van het schoolteam, het inschrijving- en onthaalbeleid, de zorg op klasniveau, de opvolging van alle leerlingen, de communicatie met de ouders en het betrekken van leerlingen; dit alles toegepast op motoriek. Ook het deel rond de verhoogde zorg spitst zich toe op wat de school kan doen op het vlak met betrekking tot het zorgoverleg, het verzamelen van informatie, het bepalen van onderwijsbehoeften en aanpak en het herinnert eraan om te plannen, handelen en evalueren.

In fase 2, uitbreiding van zorg, zal het CLB trachten een gedifferentieerder beeld te krijgen van het probleem en de ernst in te schatten. Het zal in multidisciplinair verband hypotheses

formuleren in functie van de verduidelijking van de hulpvragen en het formuleren van een aangepast advies.

Het is niet de bedoeling hier dieper in te gaan op alle fasen van handelingsgerichte diagnostiek. Wel worden hieronder enkele instrumenten aangehaald die worden voorgesteld aan de CLB-medewerker voor de beoordeling van motoriek. Bij de intakefase geeft men een lijst van signalen die kunnen wijzen op problemen uit de motorische ontwikkeling en die werd samengesteld uit meerdere bronnen, het gaat niet over een gevalideerde of genormeerde signaallijst. Voor kleuters wordt verwezen naar de 'Leidraad voor taxatie van ontwikkelingsproblemen bij kleuters' [25], waar onder andere het domein motorische ontwikkeling aan bod komt. De oorsprong van de leidraad is niet duidelijk en de leidraad is niet gevalideerd of genormeerd maar wordt aangeraden als houvast voor de CLB-medewerker in gesprekken met ouders voor het bevragen van de motorische ontwikkeling en capaciteiten van een kind. In de onderzoeksfase kunnen verschillende manieren van onderzoek worden uitgevoerd:

- gesprekken met ouders (waarvoor de checklist M-ABC, een gevalideerd instrument, wordt aangeraden als hulpmiddel) [26];
- gesprekken met leerkrachten, met als mogelijk instrument de Vragenlijst voor de Motorische Vaardigheden van Kleuters (VMVK) [27]. Voor deze vragenlijst werden leeftijdsspecifieke normscores ontwikkeld die kunnen worden omgezet in de motorische ontwikkelingsleeftijd van het kind en is er eveneens informatie over de betrouwbaarheid beschikbaar;
- gesprekken met de leerling zelf;
- observaties, waarvoor wordt verwezen naar de hierboven reeds aangehaalde signaallijst;
- metingen, met als opmerking dat de enige Nederlandstalige motorische test die genormeerd is voor Vlaanderen de M-ABC is [26] maar dat deze test maar een beperkt aantal items bevat en ervaring met bewegingsonderzoek vereist;
- evaluatiegegevens uit het leerlingvolgsysteem en rapport;
- het klinisch neurologisch onderzoek door de CLB-arts, dat hieronder verder wordt besproken.

Binnen Prodia Motoriek wordt er niet gesproken over het algemeen consult. Wel wordt bij de intakefase binnen de uitbreiding van zorg vermeld dat gerichte observaties tijdens het medisch consult een bron van informatie kunnen zijn. Men verwijst hiervoor naar 'Signalen en risicofactoren van motorische problemen naar aanleiding van consult tweede kleuterklas' [28]. Er zijn geen gegevens over oorsprong, normering of validiteit terug te vinden. Het is niet

de bedoeling om al deze aspecten systematisch te bevragen of te onderzoeken om kleine afwijkingen op het spoor te komen, maar wel om de alertheid te verhogen voor elementen die spontaan gemeld worden door ouders, andere hulpverleners (bvb. consultatiebureau Kind & Gezin), leerkrachten…, of die opvallen bij het uitvoeren van het consult. Het gaat enerzijds over aanwijzingen uit de anamnese, bijvoorbeeld problemen rond zwangerschap en geboorte, gegevens over de psychomotore ontwikkeling, familiale anamnese en het huidig functioneren. Daarnaast worden er observaties beschreven bij het uitvoeren van het medisch onderzoek.

Daarnaast biedt de Prodia Motoriek als referentiekader ook een overzicht van de beheersniveaus van motorische ontwikkeling voor verschillende leeftijden [29], welke werd gecompileerd op basis van verschillende bronnen.

Bij het Protocol Motoriek werd ook diagnostisch materiaal rond motoriek verzameld, terug te vinden in de Materialendatabank [1] (type materiaal: diagnostische fiche, protocol: motoriek). Op basis daarvan geeft Prodia een eigen beoordeling aan testmateriaal in het kader van bepaalde problematieken: 1e keuze, 2e keuze of indicierende waarde. (tabel 1) De beoordeling 1ste keuze wordt enkel toegekend aan diagnostisch materiaal waarbij er recente Vlaamse normen voorhanden zijn en waarvan de psychometrische vereisten zoals betrouwbaarheid en validiteit voldoende zijn. Deze informatie haalt Prodia uit het Coördinatieteam Antwerpen voor Psychodiagnostiek (CAP)-vademecum, de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN)-beoordeling en de handleiding van een test. Elke diagnostische fiche is voorzien van een datum waarop de test beoordeeld werd. Instrumenten van mindere maar nog voldoende kwaliteit qua normen en psychometrie zijn 2de keuze. Bij onvoldoende psychometrische kwaliteit of het ontbreken van normen werden sommige materialen toch opgenomen omwille van hun waarde voor het beantwoorden van indicerende onderzoeksvragen. Dit houdt in dat de test richtlijnen biedt voor het formuleren van een aanpak. Bij de interpretatie van de gegevens dienen de kwaliteit van het instrument en de normen steeds in rekening te worden gebracht.
Men wil geen exhaustieve lijst van testen aanbieden maar bekijkt naast normering, betrouwbaarheid en validiteit steeds de relevantie voor de CLB-context. Bijkomende criteria om een test al dan niet te weerhouden waren dus onder meer de indicerende waarde van een test (de test biedt een meerwaarde bij het bepalen van onderwijsbehoeften of aanbevelingen) en het feit of een test al dan niet in aanmerking komt om te worden afgenomen door een CLB-medewerker. [30]

---

[1] http://www.prodiagnostiek.be/?q=materialendatabank

1e KEUZE	2e KEUZE	INDICERENDE WAARDE
Bayley Scales of Infant and Toddler Development-III NL (Bayley-III-NL) (Bayley N. Nederlandse vertaling/normering: van Baar A., Steenis L., Verhoeven M. & Hessen D.: Universiteit Utrecht. Vlaamse normering: ?)	**Bayley Scales of Infant Development-II (BSID-II)** (Bayley N. Nederlandse vertaling/normering: Van der Meulen B., Ruiter S., Spelberg L. en Smrkovsky M., Pearson, Amsterdam, 2004)	**Handelingsgerichte intakevragenlijst** (Pameijer, N., van Beukering T., Handelingsgerichte Diagnostiek, Acco, Leuven/Voorburg, 2004, blz. 343 e.v.)
Movement Assessment Battery for Children (ABC-2NL) (Henderson S. & Sugden D., Pearson, Amsterdam, 2010 Nederlandse bewerking: Smits-Engelsman B.)	**Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI-NL)** (Haley S., Coster W., Ludlow L., Haltiwanger J.., Andrellos P., Nederlandse vertaling door J.E. Wassenberg-Severijnen J., Custers J., Pearson, Amsterdam, 2005)	**Leidraad voor Taxatie van Ontwikkelingsproblemen bij kleuters** (Maes B., Hombroux M., Janssens K., Lambert R., Wouters M., VCLB-Service, Schaarbeek, 2005)
Systematische opsporing van schrijfmotorische problemen (SOS) (Van Waelvelde H., De Mey B. en Smits-Engelman B., UGent, Revalidatiewetenschappen en kinesitherapie, 2008)	**Leerlingvolgsysteem bewegen en sport** (Van Gelder W., Stroes H., Elsevier, Amsterdam, 2010)	
Vragenlijst voor de Motorische Vaardigheden van Kleuters (VMVK) (Peersman W., Van Waelvelde H., Revalidatiewetenschappen en kinesitherapie, Universiteit Gent, Gent, 2007)		
Kleuters Veilig Oversteken (SIG, Destelbergen, 2005)		

Tabel 1: Prodia-beoordeling voor het diagnostische materiaal aangeboden binnen het protocol motoriek in de materialendatabank (http://www.prodiagnostiek.be/?q=materialendatabank)

Klinisch neurologisch onderzoek door de CLB-arts [31, 21, 32-35]

Om het kleine percentage kinderen bij wie de arts vermoedt dat bepaalde signalen veroorzaakt worden door een onderliggend neurologisch probleem of ontwikkelingsstoornis accuraat op te pikken, werd een protocol voor een selectief neurologisch onderzoek door de CLB-arts ontwikkeld. Het doel binnen het Protocol Motoriek is drievoudig: uitsluiten van pathologie die een verklaring kan zijn voor de afwijkende ontwikkeling; staven van een vermoeden van pathologie vanuit objectieve klinische bevindingen namelijk clusters van (mineure) neurologische tekens; formuleren van argumenten om al dan niet door te verwijzen voor verder neurologisch of motorisch onderzoek [18]. Het is niet bedoeld als screeningsinstrument maar wordt uitgevoerd in overleg met het team tijdens het diagnostisch traject, toch is het evenmin bedoeld als diagnostisch instrument.

Dit “Klinisch kinderneurologisch onderzoek door de CLB-arts” [21, 32-35], dat tot doel heeft aandoeningen van het centraal of perifeer zenuwstelsel en spieren, die zich manifesteren onder de vorm van (onder meer) motorische symptomen, vroeg op te sporen en gedocumenteerd te verwijzen, werd zoals vermeld ontwikkeld door dr. Nancy Devogelaer (Dienst Jeugdgezondheidszorg en COS, KULeuven) in samenspraak met prof. De Cock (dienst kinderneurologie van het UZ en COS Leuven) en dr. Ann Oostra (dienst kinderneurologie van het UZ en COS Gent).

De eerste jaren werd een intervisie rond dit neurologisch onderzoek georganiseerd, maar sinds 2013 gebeurt dit niet meer, hoewel het neurologisch onderzoek is verankerd in het Prodia-protocol motoriek dat dat jaar is verschenen. Omdat men zag dat veel centra toen al volop rond het protocol aan de slag waren en omdat men dacht dat dit proces een vraaggestuurde begeleiding vergt, heeft men ervoor gekozen om zelf geen aanbod te doen, maar in te spelen op vragen van centra of provincies. De kinderneurologen van de COS-centra blijven bereid om zich te engageren voor vorming rond het neurologisch onderzoek en de koepelmedewerkers willen dit organiseren op vraag van de centra of CLB-artsen. [31]

VELDONDERZOEK: Bevraging van CLB-artsen

Nazicht van de bestaande literatuur kan uiteraard geen antwoord bieden op de 2e onderzoeksvraag: **Hoe gebeurt de beoordeling van de neuromotorische ontwikkeling en het in kaart brengen van eventuele problemen in de praktijk?** Ook voor onderstaande subvragen was een eigen veldonderzoek nodig:

- Hoe wordt de huidige aanpak door CLB-artsen ervaren? Hoe tevreden zijn zij over dit algemeen consult van 5-jarige kleuters en hoezeer lost dit consult de verwachtingen van de verschillende partijen in?
- Hoe goed zijn zij op de hoogte van de opdrachtverklaring en van de bestaande protocollen en instrumenten die het werkveld worden aangereikt? Welke zaken ontbreken volgens CLB-artsen om dit ontwikkelingsonderzoek (nog) beter te kunnen uitvoeren?

1. Methodologie van het veldonderzoek

a. Onderzoeksopzet

Om bovenstaande onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden was het belangrijk een zo globaal mogelijk beeld te krijgen van de concrete aanpak van de motorische evaluatie van kleuters door de sector. Derhalve werd geopteerd voor een brede exploratieve bevraging van de CLB-artsen door middel van een uitgebreide elektronische vragenlijst (bijlage 5). Hierin werden voornamelijk kwantitatieve data verzameld, maar er was ook ruimte voor een (aanzet tot) kwalitatieve informatie door de open vragen waarbij met vrije tekst kon geantwoord worden. Er werd een afweging gemaakt tussen de informatie die absoluut nodig was om een ingevulde vragenlijst bruikbaar voor analyse te maken enerzijds en de motivatie van CLB-artsen om de uitgebreide vragenlijst volledig in te vullen anderzijds, waarna bepaalde vragen verplicht werden gemaakt (aangeduid met een * in bijlage 5) en andere vragen optioneel bleven. Omdat deze bevraging uniek was en specifiek voor de situatie in Vlaanderen, kon geen gebruik worden gemaakt van een gevalideerde vragenlijst. De vragen werden opgesteld na het literatuur- en bronnenonderzoek.
Het onderzoek werd voorgelegd aan de Commissie Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Brussel en de Vrije Universiteit Brussel en kreeg een definitief gunstig advies op 5 april 2017. (bijlage 3)

b. Doelgroep

De doelgroep van de elektronische bevraging waren alle (jeugd)artsen die momenteel tewerk waren gesteld in dit ambt in een Centrum voor Leerlingenbegeleiding in Vlaanderen en die het algemeen consult voor 4- en 5-jarige kleuters verzorgen.

c. Dataverzameling

Data over aantal en tewerkstelling van CLB-artsen werden opgevraagd bij het Departement Onderwijs en Vorming in maart 2017. De elektronische bevraging van de CLB-artsen gebeurde in april – mei 2017. Deelname hield in dat de arts een vragenlijst (bijlage 5) invulde via een link naar de internetsite Uw Antwoord [2], een website van de Onderzoeksgroep Medische Sociologie en Gezondheidsbeleid van de Universiteit Antwerpen, die verstuurd werd via een mail met informatie voor deelnemers (bijlage 4).
De contactgegevens van de CLB-artsen bleken niet zo eenvoudig te achterhalen. De mailadressen werden opgevraagd bij de 2 grote koepelorganisaties van de Centra voor Leerlingenbegeleiding in Vlaanderen, conform de richtlijnen voor masterproeven binnen de opleiding Jeugdgezondheidszorg. De Permanente Ondersteuningscel (POC) CLB GO! liet weten deze mailadressen niet door te geven, maar wel te willen meewerken aan de verspreiding bij hun artsen zo nodig. Deze bijkomende verspreiding door de POC CLB GO! gebeurde echter pas daags voor de vragenlijst werd afgesloten (mail van mevrouw M. Bulcke (monica.bulcke@g-o.be) in mei 2017). Voor het VCLB was er vrij recent een personeelswissel waardoor het even geduurd heeft voordat de juiste contactpersoon achterhaald en bereikt kon worden. Van deze koepel kwam er uiteindelijk geen respons.
Voor het bereiken van de CLB-artsen via mail diende dus toevlucht genomen te worden tot andere kanalen. Het departement Onderwijs en Vorming stelt via zijn website een 'Databank voor artsen: vind uw CLB-arts' [3] ter beschikking met een beveiligde toegang voorbehouden voor huisartsen en kinderartsen. Op eenvoudig verzoek wordt een paswoord toegestuurd.
De contactgegevens van de artsen kunnen enkel één per één trapsgewijs worden opgezocht: per postcode, per school, via het CLB verbonden aan deze school, via de naam van arts. De contactgegevens zijn enkel beschikbaar voor zover deze werden doorgegeven door het CLB. Ontbrekende contactgegevens konden worden aangevuld door middel van een ondertussen reeds enigszins verouderde lijst van verzamelde gegevens in het kader van vroegere masterproeven, die door collega's ter beschikking werd gesteld en daarnaast zo nodig via de betreffende centra. CLB Kempen met 6 vestigingen stelt geen contactgegevens

[2] http://www.uwantwoord.be
[3] http://www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/actoren/artsen/databank.htm

van artsen ter beschikking. De artsen werkzaam in die centra werden aangeschreven door het verspreiden van de uitnodiging binnen het centrum zelf. Tot slot werden ook alle studenten Jeugdgezondheidszorg aangeschreven, hun emailadressen werden ter beschikking gesteld door het opleidingssecretariaat van de ManaMa Jeugdgezondheidszorg (mevrouw Y. Libens (yasmin.libens@kuleuven.be) in april 2017).
Volgens de gegevens van het Ministerie van Onderwijs en Vorming zijn er in maart 2017 332 artsen (stamnummers) actief die samen 211,85 voltijds equivalenten van het ambt van arts in een Centrum voor Leerlingenbegeleiding uitoefenen (mail van mevrouw E. De Wint (els.dewint@ond.vlaanderen.be), teamverantwoordelijke schoolbeheerteam Antwerpen, Oost-Vlaanderen en CLB voor het Agentschap voor Onderwijsdiensten (AgOD*i*) in maart 2017).

d. Data-analyse

De analyse van kwantitatieve gegevens uit de elektronische bevraging gebeurde in Excel. De kwalitatieve data werden gegroepeerd volgens thema. Opvallende tekstfragmenten werden gebruikt om de bespreking van resultaten te onderbouwen en de eigen interpretatie te minimaliseren.

2. Resultaten van het veldonderzoek

a. Respons

Bij gebrek aan een centraal databestand op verschillende niveaus konden niet alle mailadressen achterhaald worden. Uiteindelijk waren bij de start van het onderzoek 324 mailadressen ter beschikking, wat overeenkomt met 97,6% van de 332 CLB-artsen. Hierbij dient de kanttekening te worden gemaakt dat niet met zekerheid kan worden gesteld dat de bekomen mailadressen allemaal toebehoren aan CLB-artsen die actueel werkzaam zijn in een Centrum voor Leerlingenbegeleiding in Vlaanderen, ondermeer door de verschillende stelsels voor loopbaanonderbreking, het grote aantal deeltijds werkende CLB-artsen en de daaruit voorvloeiende talrijke vervangingen. Het is dus mogelijk dat artsen werden aangeschreven die (momenteel) niet (meer) werkzaam zijn in een CLB. Anderzijds bleken er in de database op de website van Onderwijs Vlaanderen artsen te ontbreken. Een deel hiervan, de recenter gestarte artsen, konden worden bereikt door het aanschrijven van de studenten Jeugdgezondheidszorg. De vragenlijst werd intern verdeeld naar de artsen werkzaam binnen CLB Kempen, maar daar is er helaas geen zicht op het aantal bereikte

artsen. Met deze groepen wordt dan ook geen rekening gehouden in onderstaande tabel die de respons in absolute en relatieve cijfers weergeeft.

Stamnummers	**332**				
Mailadressen	97,6%	**324**			
Mail ontvangen	94,9%		**315**		
Ingevulde vragenlijst	16,9%			**56**	
Algemeen consult kleuters	14,8%				**49**

Tabel 2: Respons in absolute en relatieve cijfers

Een bijkomende kanttekening moet worden geplaatst bij het percentage respondenten dat niet deelneemt aan het algemeen consult in de 2e kleuterklas of het overeenkomstige kalenderjaar in het buitengewoon onderwijs: dit was het geval voor 7/56 respondenten of 12,5%. Mogelijks is dit percentage een onderschatting, van de respondenten kwam namelijk de feedback dat collega's die enkel in het secundair onderwijs werkten, zich niet geroepen voelden om deze vragenlijst in te vullen gezien het onderwerp. Aangezien er helaas geen cijfergegevens beschikbaar zijn over hoeveel artsen er werkzaam zijn in het basis- en het buitengewoon onderwijs, kan niet worden nagegaan hoe het aantal respondenten dat het algemeen consult bij kleuters verzorgt zich verhoudt tot de doelpopulatie van de CLB-artsen werkzaam in een Centrum voor Leerlingenbegeleiding in Vlaanderen en verantwoordelijk voor het algemeen consult bij kleuters. Bovenstaande tabel geeft dus enkel weer hoe de steekproef zich verhoudt tot de totaalpopulatie van CLB-artsen in Vlaanderen. De extrapolerende veronderstelling dat als 16,9% van de totaalpopulatie van CLB-artsen de vragenlijst hebben ingevuld, er ook ongeveer een gelijkaardig percentage van de doelpopulatie zal bereikt zijn, mag niet worden gemaakt gezien de mogelijke onderschatting door de responder bias die reeds beschreven werd.

Het al of niet verplichte karakter van de vragen bleek weinig invloed te hebben voor het verzamelen van kwantitatieve data: bijna alle vragen werden beantwoord door alle respondenten die in aanmerking kwamen om die vraag te beantwoorden op 5 vragen na, waarbij er één keer 3, één keer 2 en drie keer 1 antwoord ontbraken.

b. Algemene gegevens

De 49 respondenten die onder meer het algemeen consult in de 2e kleuterklas verzorgen, begonnen tussen 1981 en 2016 te werken als CLB-arts (of voorheen als arts in een psycho-medisch-sociaal (PMS-) centrum). Dit brengt de mediaan van tewerkstellingsjaren in de

sector op 6 jaar, met een kwartielbreedte van 16 jaar en een variatiebreedte van 35 jaar. Drie kwart van deze respondenten werkt voor het gesubsidieerd vrij onderwijs, 16,3% werkt voor het gemeenschapsonderwijs, 6,1% werkt voor het Onderwijssecretariaat van de Steden en Gemeenten van de Vlaamse Gemeenschap (OVSG) en 1 respondent combineerde deze laatste 2 onderwijsnetten/-koepels. Deze cijfers liggen in de lijn van de gegevens die door mevr. E. De Wint werden bezorgd: 72,1% van de CLB-artsen in Vlaanderen werkt voor het vrij gesubsidieerde net, 19,5% voor het gemeenschapsonderwijs en 4,2% voor het gemeentelijk net. De overige artsen werken voor het provinciaal net of elders (geen van de respondenten van dit onderzoek).
Slechts 14,3% van de respondenten (7/49) werkt voltijds, de rest van hen deeltijds, wat de mediaan van het tewerkstellingspercentage op 70% brengt, met een kwartielafstand van 30%.
Drie vierden van de respondenten werkt exclusief in een CLB en 24,5% is elders werkzaam waarvan de meesten (8 respondenten) als arts voor Kind & Gezin. Verder waren er tussen de respondenten 2 huisartsen, 1 medewerker van de VWVJ en 1 selectiearts voor het Rode Kruis.

Na de basisopleiding tot arts volgden bijna 9 op 10 respondenten ook de opleiding Jeugdgezondheidszorg tussen 1982 en 2018 ((verwachte) datum van behalen diploma). Een kleine helft van de respondenten (46,9%) is tevens in het bezit van het diploma van huisarts. Verder werden nog enkele bijkomende opleidingen vermeld. Eén respondent volgde geen bijkomend opleiding na de basisopleiding.

c. Verloop van het algemeen consult voor 4- en 5-jarige kleuters met in het bijzonder de beoordeling van de motorische ontwikkeling

c1. Voorbereiding van het algemeen consult

Oudervragenlijsten

De meerderheid van de respondenten (83,7%) gebruikt de voorbeeldvragenlijsten van de eigen onderwijskoepel (41/49 respondenten) of andere voorbeeldvragenlijsten (de richtlijnen van de VWVJ voor 1 respondent en de vragenlijsten verspreid door VCLB Limburg voor een andere respondent), die allen de motorische ontwikkeling bevragen. Bij de 6 respondenten die een zelf opgestelde vragenlijst gebruiken, wordt in 2 derden gepeild naar de motorische ontwikkeling van kleuters. Uiteindelijk wordt de motorische ontwikkeling dus maar in 2 van de 49 gevallen (4,1%) niet bevraagd via de oudervragenlijst.

De aanwezigheid van ouders

Bij 2 derden van de respondenten zijn de ouders altijd (6/49) of soms (27/49) aanwezig bij het algemeen consult in de 2e kleuterklas. Een ruime 2 derden van de respondenten bij wie dit het geval is, zien dit als een meerwaarde, één derde is het hier niet mee eens. Het grote voordeel van de aanwezigheid van ouders is volgens de respondenten dat het een veel breder beeld geeft: het consult is maar een momentopname, dagdagelijkse ervaringen van de ouders en een beeld van de voorgeschiedenis kunnen de bevindingen veel correcter helpen inschatten. Bovendien is het zo gemakkelijker om te bevragen wat de eventuele zorgen van de ouders zijn, men kan aftoetsen of ouders op de hoogte zijn van zorgen van de school en of zij deze al dan niet delen en men kan de eigen bevindingen onmiddellijk kaderen en duiden. Twee respondenten zijn van mening dat de kinderen dan beter meewerken, maar dit wordt door anderen tegengesproken en aangehaald als hét grote nadeel van de ouderlijke aanwezigheid: kinderen zouden zich dan juist anders gedragen, men omschrijft het ook als 'flauwtjes'. Een ander nadeel dat wordt aangehaald is het tijdsgebrek om elke ouder uitgebreid te bevragen, in combinatie met het feit de meeste kleuters gelukkig een normale ontwikkeling vertonen, maakt dit dat de respondent de aanwezigheid van de ouders bij het klassikale consult geen meerwaarde vindt.

Indien de ouders aanwezig zijn bij het consult wordt door iets meer dan de helft van de respondenten (19/33 of 57,6%) de motorische ontwikkeling systematisch met hen besproken. De overige respondenten bespreken dit enkel in bepaalde gevallen, waarbij de belangrijkste eigen bezorgdheden na het consult (bij 92,9% (13/14) van de respondenten) of vragen van de ouders over dit onderwerp (bij 85,7% (12/14) van de respondenten) zijn. Daarnaast kan ook informatie van de oudervragenlijst (voor ruim 7 op 10 van deze respondenten) of informatie van de school (voor een kleine 6 op de 10 respondenten) een reden zijn om de motoriek te bespreken met de begeleidende ouders.

A priori informatie over de motorische ontwikkeling van bepaalde kinderen

Ruim één derde van de respondenten (18/49 of 36,7%) krijgt **op systematische wijze** informatie over de motorische ontwikkeling van bepaalde kinderen voorafgaand aan het algemeen consult. Dit gebeurt voornamelijk door het doornemen van de informatie beschikbaar in LARS [4] of door overleg met de collega's van de andere disciplines die de CLB-arts op de hoogte brengen van de kinderen bij wie er bezorgdheden zijn (8 en 7/18 respondenten respectievelijk of beiden rond de 40%); daarnaast vertrouwt ruim een vierde

[4] LARS staat voor Leerlingenbegeleiding Administratie en Registratie Systeem. Het is de webtoepassing die door alle CLB's in Vlaanderen gebruikt wordt voor het bijhouden van alle gegevens die het CLB over die leerling heeft verzameld als een soort online leerlingendossier. (http://www2.clb-lars.be)

van deze respondenten op de verpleegkundige om de informatie in LARS door te nemen. Acht op de 18 respondenten (44,4%) laat een vragenlijst invullen door de kleuterklas die peilt naar het functioneren en naar bezorgdheden en waarin ook de motoriek een plaats heeft. Eén respondent kijkt ook het dossier van Kind & Gezin na.
Naast of bovenop deze systematische benadering krijgt bijna 7 op de 10 respondenten (69,4%) **op informele wijze** over de motorische ontwikkeling van bepaalde kinderen. Van deze respondenten wordt 91,2% af en toe aangesproken door collega's van bepaalde disciplines over een kind waarbij bezorgdheden bestaan en dat binnenkort op consult zal komen; in 79,4% van de gevallen wordt men bij het begin van het consult wel eens door de leerkracht aangesproken over bepaalde kleuters. Verder worden door afzonderlijke respondenten nog enkele andere informatiekanalen vermeld: specialistische verslagen of een oplijsting van zaken die de verpleegkundige zijn opgevallen.

Een kleine 20% (9/49 respondenten) krijgt vooraf **op geen enkele wijze** informatie over de motorische ontwikkeling van bepaalde kinderen.

c2. Het algemeen consult zelf

Bijna 7 op 10 van de respondenten (34/49) gebruikt **systematisch** bij elk kind dezelfde testbatterij om een beeld te krijgen van de motorische ontwikkeling. Ruim 4 op de 10 CLB-artsen binnen deze groep volgt hiervoor een aanbeveling van collega's (14/34), een vijfde heeft zelf een testbatterij samengesteld door de jaren heen op basis van eigen ervaring (7/34). Daarnaast baseerden 8 van de 34 respondenten zich voor zijn testbatterij op een specifieke bron. Het van Wiechenonderzoek, studiedagen georganiseerde door de VCLB-koepel, het klinisch neurologisch onderzoek door de CLB-arts, een tool uit de opleiding jeugdgezondheidszorg, Prodia en de vorming 'kinderneurologisch onderzoek' van de POC en de VWVJ werden elk door 1 respondent vermeld. Een andere respondent stelde naar eigen zeggen zelf een batterij samen uit gevalideerde testbatterijen (BFMT, M-ABC, de Dudaltest, de Prodiaprotocollen). Vijf van deze 34 respondenten tot slot gebruiken een testbatterij die samen met de collega's werd opgesteld en uniform is voor alle artsen van het centrum.

De beschreven gebruikte testbatterijen die zijn ontstaan uit eigen ervaring of op aanraden van collega's bestaan bijna altijd uit een combinatie van grof- en fijnmotorische onderzoeksitems, uitzonderlijk kijkt men enkel de grove motoriek na.

Ik zou het geen testbatterij noemen: ik vraag om op één been te staan (doe dit voor) en kijk vooral naar de uitvoering, het kind mag een aantal keren proberen. Ik vraag om een rondje en een kruisje te tekenen en let op de manier van schrijven. Dit vraag ik aan elk kind. (R49)

Serie oefeningen grove motoriek (gaan, hielgang, teengang, springen, springen van bankje, hinkelen/evenwicht (bvb staan op één been; Romberg...); oefeningen fijne motoriek (handjes draaien, met duimtop op vingertoppen, pianotage...); kindje tekenen en figuurtjes van Piaget tekenen. (R46)

Fijne motoriek: kindtekening, tekenen cirkel, kruis, driehoek, vierkant. Grove motoriek: 1beenstand, hinkelen, diadochokinese, teenlopen, hiellopen. Plus de gewone observatie: op/af tafel, kleren aan/uit, recht komen. (R35)

Evenwicht op voorkeusrbeen, lopen op tenen en hielen, lopen op 1 lijn, springen op voorkeursbeen, langzit, trappenlopen, van de laatste trede springen, diadochokinese, bijbewegingen, vingerduimoppositie en mond-open-vingerspreidfenomeen en tekenen van cirkel, kruis, vierkant en driehoek. (R53)

Observatie bij uitkleden, observatie bij het op- en af de onderzoekstafel klimmen, observatie gangpatroon, op een lijn lopen, springen met 2 voeten, hielgang, teengang, op 1 been staan, figuren nateken, kindtekening. (R10)

Uitkleden, onderzoekstafel, een been, rechtkomen vanuit zit zonder handen, huppelen, kruis tekenen. (R33)

We bekijken de grote motoriek door van een krukje te laten springen, door op 1 lijn te laten lopen, door op 1 been te laten staan, cöordinatie door ze met de handen te laten draaien, de praxie door ze de tanden te laten poetsen en ze een kruis te laten tekenen, de fijne motoriek door ze een kruis,vierkant en cirkel te laten tekenen, punten te laten verbinden en een kindtekening te laten maken. (R25)

Tekenen, een toren maken met blokjes, 3x springen, hurken, op 1 been staan, vingerneusproef, bal vangen en gooien, observatie: aan- en uitkleden, op- en af onderzoekstafel. (R8)

Grove: springen, unipodaal stand, op lijn stappen. Fijne: tekenen. (R27)

Observaties (aan/uit-kleden, trapje op/af, gaan neerliggen en rechtkomen, potlood opnemen van tafel, blad papier goed leggen, pengreep en tekening maken, spel bij verpleegkundige als ik de kinderen ga halen), gezichtszenuwen (boos/blij/verbaasd kijken, tong uitsteken en wiebelen, wangen bol blazen), springen op 2 voeten, unipodaal stand, hielengang, tenengang, gang, lopen, diadochokinese. (R34)

Op één been springen, over lijn lopen, op tippen en hielen lopen, Romberg, figuren en mannetje tekenen. (R3)

Unipodaalstand, statief, hinkelen, sprong. (R11)

Op één been staan, hinkelen, op en van de onderzoekstafel klimmen, op een stoel gaan zitten, eventjes heen en weer stappen. (R56)

Observatie van stappen, op de onderzoekstafel klimmen en hinkelen. (R12)

Uit- en aankleden van hun T-shirts, klim op de examentafel, het staan op de tenen, het haken en weer springen, de vinger naar de neuscoördinatie, op een lijn stappen. (R13)

Acht op 49 respondenten (16,3%) reserveert extra aandacht voor de motorische ontwikkeling **bij bepaalde kinderen**. Belangrijke argumenten voor deze extra alertheid zijn voor hen eigen bezorgheden die zijn ontstaan tijdens het consult (8/8 respondenten), bezorgdheden van de ouders vermeld op de oudervragenlijst of door de begeleidende ouders en bezorgdheden gemeld door de leerkracht (elk 7/8) en bezorgdheden die al eerder aan het CLB werden gemeld, hetzij door ouders, hetzij via een multidisciplinair overleg (MDO) op school (6/8 elk).

Van deze 8 respondenten gebruikt de helft een testbatterij die hen werd aangeraden door collega's, een kwart stelde er door de jaren heen zelf één samen op basis van eigen

ervaring, 1 van deze CLB-artsen baseert zich op de aanbevelingen van Prodia en 1 respondent stelde zelf een testbatterij samen op basis van de Maastrichtse Motoriek Test (MMT), maar bekijkt het enkel kwalitatief. De gebruikte testen bij de respondenten die zelf of op aanraden van collega's een testbatterij samenstelden, werden hier wat minder duidelijk omschreven. Daar waar wel meer details gegeven werden, komt opnieuw ofwel een combinatie van grof- en fijnmotorische testen ofwel een focus op de grove motoriek naar voor.

Bal vangen, op één been staan, op 1 been springen, op hielen stappen, over hindernis stappen, vinger op neus proef, handjes draaien, teken cirkel-vierkant-rechthoek, potloodgreep beoordelen, voorkeurshand, fijn motorische testjes: steekparels, kralen rijgen, munten in spaarpot steken, toren bouwen. (R51)

Stappen, springen, klimmen, potloodgreep en tekening basisfiguren, pianospel, handjes draaien. (R45)

Tekening van een mannetje maken, hinkelen, van trapje springen met beide voeten tegelijk, op tenen/hielen staan, lopen naar onderzoekstafel, klimmen op trapje/onderzoekstafel. (R40)

Testen voor evenwicht, springen, stappen, springen. (R21)

Opgesteld vanuit het GO! denk ik, standaardformulier, maar ik doe niet alle testjes, enkel diegene die mij nuttig lijken. (R15)

Tot slot gebeurt door 1 op 7 respondenten **geen bijzonder nazicht** voor het beoordelen van de motorische ontwikkeling, zij nemen enkel nota van zaken die bij gewone observatie opvallen (bv. het kind kan niet op de onderzoekstafel klimmen, veel moeite van aan-/uitkleden, …).

c3. Na afloop van het algemeen consult

Meedelen van bevindingen

Wanneer er bij de CLB-arts na afloop van het algemeen consult **niet ongerust** is over de motorische ontwikkeling van een kind, zal hij hierover in meer dan een kwart van de gevallen niets noteren in de ouderbrief (13/48 respondenten). Iets meer dan de helft (25/48) vermeldt dit altijd in de ouderbrief, het overige vijfde van de respondenten zet enkel iets in de ouderbrief wanneer er vooraf twijfels waren over de motorische ontwikkeling van dat kind.

Van de 25 respondenten die desgevallend een normale motorische ontwikkeling bij alle kinderen vermelden in de ouderbrief, durft 20,0% de motorische ontwikkeling formeel bestempelen als 'normaal', 'goed' of 'vlot'. Bijna de helft (48,0%) is wat voorzichtiger in zijn bewoordingen en spreekt van 'een leeftijdsadequate ontwikkeling' of 'voldoende voor de leeftijd'. Zes van deze 25 respondenten vermelden dat 'spraak, taal en motoriek op deze leeftijd nog volop in ontwikkeling zijn'; vijf van hen voegen toe dat er 'bij uw kind momenteel geen problemen gezien worden' of dat er 'geen belangrijke opmerkingen zijn', de vijfde laat

weten dat de ouders 'steeds welkom zijn voor advies of bij vragen'. Eén enkele respondent laat weten dat er 'geen opvallende problemen van taal of motoriek' waren en een andere houdt het eerder beschrijvend (bv. *"De motorische ontwikkeling is goed met een goed evenwicht bij staan op één been, reeds vlot en veerkrachtig hinkelen, zowel links als rechts, een mooi gedetailleerde kindtekening en volledig correct natekenen van de figuurtjes"*).

Zijn er wel **zorgen over de motorische ontwikkeling** van een kind, dan is degene met wie de meeste respondenten deze bezorgdheden bespreken de CLB-collega verbonden aan de school van dat kind (66,7 % geeft aan dit (bijna) altijd te doen, 29,2% doet dit soms).

De ouders volgen vlak daarna: dit kan via de ouderbrief (67,3% (bijna) altijd en 24,5% soms), in een gesprek met begeleidende ouders (70,2% (bijna) altijd en 12,8% soms) of telefonisch (14,6% (bijna) altijd en 58,3% soms) gebeuren. Voor het noteren van de bevindingen in de ouderbrief blijken de standaardformulering in LARS *("De motoriek is in volle ontwikkeling. Samen met de leerkracht en het CLB-team volgen we dit op. We zullen met u contact opnemen mocht dit nodig zijn.")* al dan niet gecombineerd met tips om de motoriek te stimuleren *("TIP: Om dit te stimuleren is het belangrijk dat uw kind zoveel mogelijk actief bezig is, zowel binnen- als buitenshuis. Lopen, klimmen, fietsen… stimuleren de grote bewegingen. Kleuren, knippen, werken met puzzels of parels, zichzelf aan- en uitkleden… stimuleren de fijne bewegingen.")* populair (15,6%). Een vijfde van de CLB-artsen durft al iets duidelijker zijn en benoemen de motoriek als "minder vlot" of "zwakker" in vergelijking met leeftijdsgenootjes, al dan niet in combinatie met stimulerende tips. Zeven van de 45 respondenten die ooit iets in de ouderbrief schrijven, geven hun bevindingen concreet weer (één iemand zowel wat goed ging als wat minder goed ging en de verwachtingen op deze leeftijd), al dan niet gecombineerd met een verwijzing, het advies dit ook na te vragen bij de leerkracht of tips. Twee respondenten gaan in op de zorgen van de ouders en geven aan hen te zullen contacteren of in overleg te gaan met het team. Eén respondent gaat onmiddellijk verwijzen naar de kinderneuroloog of de kinesist voor verdere testing, een andere respondent maakt de ouderbrief volledig in overleg met de collega's na het teamoverleg. Eén iemand noteert enkel iets in de ouderbrief wanneer het kind in behandeling is bij de kinesist of in een revalidatiecentrum om de moeilijkheden te bevestigen, de begeleiding verder aan te moedigen en de opvolging over te laten aan de behandelende arts. Iemand anders noteert enkel de ouders te zullen opbellen, zodat hun indrukken en zorgen ook bevraagd kunnen worden en er onmiddellijke feedback is. Sowieso is de formulering in de ouderbrief afhankelijk van de bevindingen, de algemene indruk van de ontwikkeling en de mate van (gedeelde) bezorgdheid, volgens de respondenten.

De CLB-arts bespreekt zijn zorgen ook regelmatig met de leerkracht: 41,3% doet dit (bijna) altijd en 45,7% soms.

Ongerustheid over de motorische ontwikkeling wordt vaak ook besproken op het multidisciplinair teamoverleg ((bijna) altijd voor 36,7% van de respondenten, soms voor 46,9%).

Tot slot geeft meer dan drie kwart van de respondenten wel eens tips over het stimuleren van de motoriek, ruim de helft doet dit zelfs altijd wanneer er zorgen zijn. Wanneer er tips worden gegeven, gebeurt dit in ruim 6 op 10 gevallen via een standaardformulering op de ouderbrief die hierboven reeds vermeld werd. Zeven van de 33 respondenten geeft een foldertje mee samengesteld voor het eigen CLB. De overige 8 van deze 33 respondenten doen dit liever mondeling: met de begeleidende ouders, in een telefoongesprek of op afspraak met de ouders en/of leerkracht.

Doorverwijzingen

Ruim 8 op 10 CLB-artsen (39/49) verwijst zelden of nooit door na het medisch consult, zij bespreken dit eerst op het multidisciplinair teamoverleg.

Acht van de 49 respondenten (16,3%) verwijst soms wel onmiddellijk door, hetzij voor kinesitherapie, hetzij voor verdere diagnostiek.
Wat kinesitherapie betreft, gebeurt dit in de helft van de gevallen via de huisarts, een kwart geeft het enkel mee als advies en één van hen verwijst nooit door naar kinesitherapie op basis van het consult.
Voor verdere diagnostiek wordt in de eerste plaats doorverwezen naar de behandelende arts (huisarts of kinderarts, elk in 37,5% van de gevallen). Eén van de 8 respondenten kiest voor een Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen en één van hen verwijst nooit onmiddellijk door voor verdere diagnostiek op basis van het consult.
Daarnaast vermeldt één van de 8 respondenten de keuze van doorverwijzing (huisarts, kinderarts, kinderneuroloog of kinderorthopedist) te laten afhangen van het eigen vermoeden van de oorzaak van de motorische problemen

Tot slot gaven twee van de respondenten (4,1%) aan het kind eerst terug te zien voor een klinisch neurologisch onderzoek. Eén van hen voerde dit zelf uit, de ander verwees naar een collega CLB-arts. Op de vraag naar de reden hiervoor werd niet geantwoord.

d. Diagnostisch traject bij vermoeden van een vertraagde of afwijkende motorische ontwikkeling

Een diagnostisch traject omtrent de motorische ontwikkeling bij een kleuter blijkt niet zo heel vaak te worden gestart. De meerderheid van de respondenten (53,1%) ziet dit enkele keren per jaar gebeuren in zijn centrum. Bij meer dan een derde (36,7%) van de CLB-artsen gebeurt dit minder dan 3 keer per jaar waarbij 5/49 respondenten zegt dat dit minder dan jaarlijks voorvalt, bij 3/49 respondenten gebeurt dit zelfs nooit. Daarnaast geeft 10,2% toch aan dat dit in hun centrum maandelijks of vaker gebeurt (maandelijks voor 4/49 respondenten, wekelijks voor 1 respondent).

De **reden** voor een diagnostisch traject omtrent de motorische ontwikkeling van een kleuter is heel vaak een vraag van de school (dit is zo voor 91,3% of 42 van de 46 respondenten bij wie af en toe een traject gestart wordt). Eigen bezorgdheden na het algemeen consult of een vraag van de ouders komen elk voor bij ongeveer 2 derden van de respondenten (67,4% en 65,2% respectievelijk). Eenzelfde volgorde komt tot uiting in de inschatting door de respondenten van de frequentie (in % van de gevallen) waarbij een bepaalde vraag of bezorgdheid de aanleiding is voor een traject: de mediaan voor de geschatte percentages waarin een vraag van de school de aanleiding is, is 50% (kwartielafstand 40%); voor eigen bezorgdheden en een vraag van de ouders is dit 30% (kwartielafstand 40%) en 20% (kwartielafstand 30%) respectievelijk. Omwille van het beperkte aantal respondenten is de spreiding echter dermate dat deze inschatting niet als betrouwbaar kan worden weerhouden.

Alle **disciplines** kunnen betrokken zijn in een dergelijk diagnostisch traject, in wisselende combinaties. Wat betreft vermelding van frequentie van betrokkenheid bij onze respondenten is volgende volgorde te weerhouden: de CLB-arts (88,1%), de psychopedagogisch consulent of werker (PPC/PPW) (80,4%), de paramedisch werker (PMW) (69,6%) en tot slot de maatschappelijk werker (MW) (37,0%).

Als **onderzoeksmiddelen** binnen een diagnostisch traject zijn een gesprek met de ouders en met het schoolpersoneel het vaakst voorkomend (bij 84,8% van de respondenten die af en toe een traject starten elk).
Op de derde plaats volgt een observatie van het kind door een CLB-medewerker (78,3%). Wanneer dit voorvalt, gebeurt er altijd een observatie op school. Thuis of elders valt dit slechts sporadisch voor. In bijna 2 derden van de gevallen wordt de PPC/PPW vermeld als degene die zo'n observatie kan uitvoeren, gevolgd door de PMW die ruim de helft van de

keren vermeld wordt. De CLB-arts zelf blijkt maar in ruim 1 op 5 centra in aanmerking te komen om een dergelijke observatie uit te voeren, de MW in minder dan 1 op 6.
Bij 45,7% van de respondenten wordt het klinisch neurologisch onderzoek door de CLB-arts soms aangewend.
Tot slot worden er soms formele vragenlijsten omtrent motoriek gebruikt, hetzij voor ouders (vermeld worden Proza, Prodia, VMVK, Beery-Buktenica Developmental Test of Visual Motor Integration (VMI), vragenlijst van de VCLB-koepel omtrent motoriek (2x), een vragenlijst van VCLB Limburg, de vragenlijst van M-ABC en 2x de leidraad voor taxatie van ontwikkelingsproblemen bij kleuters); hetzij voor schoolpersoneel (vermeld worden hier Proza, VMVK, vragenlijst van de VCLB-koepel omtrent motoriek, een vragenlijst van VCLB Limburg, een observatiefiche motoriek voor de kleuterklas van het VCLB, Kleuters Veilig Oversteken (2x)) (in ruim een kwart van de gevallen elk).

De meningen over hoe vaak er na een diagnostisch traject **verwezen** wordt zijn enigszins verdeeld. Eén op 10 respondenten (9,1% of 4/38) is ervan overtuigd dat dit in 10% van de gevallen of minder vaak is; bij de rest van de respondenten gebeuren verwijzingen veel vaker met antwoorden variërend tussen de 50 en de 100%. Globaal brengt dit de mediaan van deze inschatting op 80% met een kwartielafstand van 30%.

De hulpverleners waarnaar verwezen wordt, zijn in volgorde van frequentie van vermelding bij de 46 respondenten bij wie af en toe een diagnostisch traject omtrent motoriek gebeurt: de kinderneuroloog (73,9%), een Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen (COS) (71,7%), de kinesitherapeut (rechtstreeks of via de huisarts) (50,0%), een Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR) (30,4%), een kinderarts (28,3%) en tot slot de huisarts (19,6%). Een inschatting maken over het percentage van doorverwijzingen waarbij voor een bepaalde hulpverlener wordt gekozen, werd door de respondenten in het algemeen als te moeilijk bevonden.

De bevraagde CLB-artsen konden door middel van een Likertschaal weergeven hoe zwaar bepaalde criteria doorwegen in de beslissing tot verwijzing, waarbij 0 = speelt nooit een rol in de beslissing tot doorverwijzing of niet van toepassing en 10 = dé doorslaggevende factor om al dan niet door te verwijzen. Als belangrijkste hierbij werden het vinden van uitval bij het klinisch neurologisch onderzoek door de CLB-arts en de evolutie in de tijd weerhouden (mediaan 9, kwartielafstand 2 voor beiden). Hierbij wordt wel ook opgemerkt dat het klinisch neurologisch onderzoek zelden wordt uitgevoerd. Deze criteria worden op de voet gevolgd door de ongerustheid van ouders en het resultaat van testing door andere CLB-medewerkers (mediaan 8, kwartielafstand 2 voor beiden). De leeftijd van het kind en de ongerustheid van

de leerkracht spelen ook nog een belangrijke rol (beiden mediaan 7 en kwartielafstand 2). Kenmerken van de ouders of van de leerkracht/school (bv. in welke mate de ouders de geschikte stimulatie bieden of hoezeer de leerkracht kan inspelen op de noden van het kind) blijken minder belangrijk (beiden mediaan 4,5 en 5, kwartielafstand 4 en 4,75 respectievelijk). De grotere spreiding hier kan deels worden verklaard door het feit dat de respondenten niet goed wisten wat er met deze vragen werd bedoeld, zoals zij zelf aangaven bij de opmerkingen. De socio-economische status tot slot is geen criterium in de beslissing tot verwijzing (mediaan 3, kwartielafstand 4), maar ook hier bemerken we een erg grote spreiding, wat dit antwoord onbetrouwbaar maakt. Eén respondent verduidelijkt wel uitdrukkelijk dat *"een kind wordt doorverwezen in functie van noden van het kind onafhankelijk van de afkomst, ieder kind heeft recht op een gelijke behandeling op basis van noodzaak" (R37)*.

De respondenten konden eveneens aangeven welke belangrijke criteria voor doorverwijzing volgens hen nog ontbraken. Hierbij werden het samen voorkomen van problemen op meerdere ontwikkelingsdomeinen en de persoonlijke (peripartaal, neonataal, ontwikkelingsmijlpalen, heelkunde) en familiale voorgeschiedenis meermaals vermeld. Andere criteria die naar voren kwamen, zijn de mate waarin de verdere ontwikkeling bedreigd is, de ernst van de uitval of een stagnatie in de ontwikkeling, het buikgevoel van de CLB-arts en het vermoeden van een syndroom (bv. wanneer er ook dysmorfieën aanwezig zijn).

Als vrije opmerking werd ook het belang van de moedertaal vermeld door een respondent: bij anderstaligen moeten verontrustende bevindingen met meer voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat een beperkt begrip het beeld kan vertekenen. Eén respondent tenslotte ziet de doorverwijzing naar kinesist en/of neuroloog als een stap binnen het diagnostisch proces.

De beslissing tot verwijzing wordt slechts door 3 van de 46 respondenten op eigen initiatief genomen. Indien deze beslissing wordt genomen op basis van teamoverleg (43/46 respondenten), heeft de CLB-arts hierin bijna 4 keer op 10 (39,5%) de doorslaggevende stem, in de overige gevallen gaat het om een echte teambeslissing.

e. Verwachtingen ten aanzien van het algemeen consult voor 5-jarige kleuters met in het bijzonder de beoordeling van de motorische ontwikkeling

Bij de ouders

De verwachtingen van de ouders omtrent de motorische evaluatie bij het algemeen consult in de 2e kleuterklas worden door de respondenten niet al te hoog ingeschat op een schaal van 0 tot 10 (mediaan 5, kwartielbreedte 3). Hierover bestaan verschillende meningen: de oudervragenlijst maakt melding van het nazicht van de motoriek en dit kan verwachtingen creëren, anderzijds denkt men dat ouders in het algemeen niet goed weten wat een consult net inhoudt en dus ook weinig verwachtingen hebben.

Op de vragenlijst voor het consult wordt gemeld dat de motorische ontwikkeling wordt gescreend dus verwachten de ouders ook een antwoord. (R29)

Gezien in de antwoordbrief vermeld wordt bij de onderzoeksitems dat ook de motoriek en spraak worden nagekeken, verwachten ouders dat wij op het consult van 10 minuten hen kunnen zeggen als dit OK is of niet. (R31)

Ik denk dat er een reeks ouders zijn, zeker anderstaligen die niet goed weten waar dit over gaat. Er zijn ook ouders die met zorgen zitten en op respons zitten te wachten. (R12)

Ouders die stil staan bij de motorische ontwikkeling van hun kind, geven dit aan op de vragenlijst, ik heb het gevoel dat het bij andere ouders niet echt leeft en ze dus ook weinig verwachten van het onderzoek. (R34)

Ik denk dat de meeste ouders zelf een goed beeld hebben van de motorische ontwikkeling van hun kind. wanneer ze zich ongerust maken, melden ze dit (meestal) ook. (R49)

Ouders spreken eerder leerkrachten aan. (R30)

Ik heb er eigenlijk geen enkel idee van. (R25)

Volledig onduidelijk voor mij wat de verwachtingen zijn van ouders, volgens mij weten ouders totaal niet wat wij doen. (R15)

Ik denk dat veel ouders geen goed beeld hebben van de zaken die op het medisch consult worden nagekeken. (R56)

Volgens mij hebben ouders niet veel verwachtingen van een CLB-onderzoek in het algemeen. (R41)

De verwachtingen van de ouders worden als hoger gepercipieerd bij ouders die zich zorgen maken, zij verwachten een duidelijk antwoord. Anderzijds hebben ouders soms ook te hoge verwachtingen over de motoriek van een kleuter en is er soms geruststelling nodig. Dit geldt ook wanneer de school zorgen geuit heeft tegenover de ouders, soms dienen de verwachtingen te worden bijgesteld. Wat kinderen met bepaalde zorgen of een specifieke voorgeschiedenis (bv. kinderen in het buitengewoon onderwijs, ex-prematuren) die reeds worden opgevolgd betreft zijn de meningen verdeeld: enerzijds maken ouders zich hierdoor meer zorgen en zijn hun verwachtingen groot, anderzijds is er vaak al opvolging elders

waardoor er van de CLB-arts niet meer zoveel verwacht wordt. Tot slot worden ook de ouders vermeld die tegenstanders zijn van het CLB: zij zouden niets verwachten van het algemeen consult.

Ouders die zorgen hebben, verwachten een duidelijk antwoord. (R34)

Er zitten geregeld ouders bij die te hoge verwachtingen hebben van hun kind op deze leeftijd en geruststelling nodig hebben. (R12)

Kleuters waarvan de ouders van de school opmerkingen hebben gekregen over de ontwikkeling. Soms lijken de verwachtingen van de school te hoog en weten ouders niet wat al van hun kind verwacht wordt. (R3)

In het buitengewoon onderwijs hebben ouders grote verwachtingen die we niet kunnen waarmaken. (R31)

Kinderen met bepaalde specifieke zorgen of antecedenten (bv. prematuriteit, heelkunde) worden vaker nauwkeurig opgevolgd, volgen al kiné... Ouders geven dit vaak zelf aan in de vragenlijsten. (R42)

Tegenstanders van het CLB: verwachten er niets van. (R55)

Bij (zorg)leerkrachten en directies

De verwachtingen van (zorg)leerkrachten en directies omtrent deze motorische evaluatie in de 2e kleuterklas worden wat hoger gepercipieerd (mediaan 7, kwartielbreedte 3). Hier lijkt men van mening dat scholen vaak al op de hoogte zijn van de motorische ontwikkeling van kleuters en hier zelfs een vollediger beeld van hebben, al zouden sommigen zich teveel focussen op de fijne motoriek. Globaal heeft men wel de indruk dat de verwachtingen van scholen over het oordeel van de CLB-arts bij een kind waar reeds twijfel bestaat over de motorische ontwikkeling onrealistisch hoog zijn.

Ik meen dat de kleuterjuf samen met de leerkracht LO een vollediger beeld heeft van de motorische ontwikkeling van de kleuters. Ik denk dat we meer kunnen betekenen wanneer er ongerustheid is van de leerkrachten over de ontwikkeling van een kind. (R49)

Zij zijn meestal al op de hoogte van problemen. (R46)

Verwachtingen voor zowel grove als fijne motoriek. (R31)

Zelden grove motoriek, als er vragen zijn is dit meestal over fijne motoriek. (R43)

Leerkrachten die vragen hebben rond motoriek bij ene kleuter, verwachten een duidelijk antwoord. In het algemeen heb ik het gevoel dat leerkrachten sterk bezig zijn met de fijne motoriek, maar de grove motoriek wat vergeten. Rond de grove motoriek zijn er dus weinig verwachtingen, behalve als een kleuter regelmatig valt. (R34)

Indien ze met bezorgdheden zitten en die naar het CLB toe geuit hebben, zullen ze wel verwachten dat dit verder wordt nagekeken. (R56)

Volgens mij hebben scholen niet veel verwachtingen van een CLB-onderzoek in het algemeen. (R41)

Scholen/leerkrachten hebben meer zicht op wat een CLB kan/doet. (R40)

De rol en potentiële meerwaarde van de CLB-arts in de evaluatie van algemene ontwikkeling van een kind lijkt me niet algemeen gekend/erkend. (R36)

Dit moet nog groeien. Ik heb gevoel dat wij dat heel goed kunnen beoordelen maar dit verwacht men niet van ons. (R52)

Ik weet niet wat de scholen verwachten van het medisch onderzoek betreffende motorisch onderzoek. Ik vind ook niet dat ik op basis van een minimale screening kan melden op de resultaatsbrief dat de motoriek prima of al dan niet onvoldoende is. Dit blijft een momentopname. (R42)

Kleuters waarbij zorg ziet dat ontwikkeling vertraagd is, ik denk ook niet dat school zicht heeft op wat wij juist doen, soms is verwachting veel té hoog. (R15)

Sommige scholen lijken te denken dat de CLB-arts in één consult de algemene ontwikkeling exact kan beoordelen, meestal is het echter niet zo eenvoudig. (R9)

Kinderen bij wie het schoolpersoneel zich zorgen maakt, doen hogere, soms onrealistische verwachtingen rijzen omtrent de evaluatie van de motoriek. Af en toe delen de CLB-medewerkers deze zorgen niet na onderzoek en nazicht van het dossier en dan wensen de scholen zeker feedback. Wat anderstalige nieuwkomers betreft, is de ervaring dat scholen te snel te veel van deze kinderen verwachten, zodat dit beeld wat dient te worden bijgesteld.

Kleuters bij wie er een grote bezorgdheid is: ze willen dat we tijdens het medisch onderzoek de oorzaak ontdekken. (R1)

Kleuters met motorische problemen: ze verwachten dat we een uitgebreid onderzoek doen zonder voorafgaand traject. (R2)

Leerkrachten die zorgen hebben, verwachten een antwoord. (R34)

Bij een zorg die wij niet delen na onderzoek en uitpluizen van het dossier wensen ze feedback. (R29)

Anderstalige nieuwkomers: vaak liggen de verwachtingen niet in dezelfde lijn als de realiteit, verwacht men al te snel te veel van deze kinderen, zonder dat er eigenlijk een probleem is. (R15)

Bij collega's van andere disciplines

De verwachtingen van collega's van andere disciplines omtrent het in kaart brengen van de motoriek tijdens het algemeen consult worden even hoog ingeschat als die van het schoolpersoneel (mediaan 7, kwartielbreedte 3). Hier zijn er duidelijke verschillen tussen de centra: bij sommigen verwachten de collega's te veel van het algemeen consult, bij anderen hebben ze er een meer realistisch beeld van en weten ze dat verder gericht nazicht nodig is. De CLB-arts voelt zich enerzijds soms overschat als het gaat over zijn deskundigheid betreffende motoriek, anderzijds heerst soms ook het gevoel dat de meerwaarde van de arts niet genoeg wordt ingezien.

Ze kunnen niet altijd inschatten wat ze van ons motorisch onderzoek kunnen verwachten en verwachten meestal te veel. (R2)

Men verwacht door soms heel veel van. (R27)

Zij verwachten dat als er een zorgvraag gesteld werd vanuit de school of de ouders dat de CLB-arts dit bekijkt en eventueel verder opneemt. (R42)

Velen weten dat de motoriek onderzocht wordt maar weten niet wat precies er onderzocht wordt. Zij hebben hierover dan ook geen duidelijke verwachtingen. (R34)

Men weet dat er een apart consult rond neuromotoriek moet gepland worden om de stand van de ontwikkeling goed in kaart te brengen. (R12)

Besef dat we in 10 minuten geen uitgebreid onderzoek kunnen doen en dat we ook niet 'de specialist ter zake' zijn. (R31)

Slechts enkele collega's beseffen de mogelijke meerwaarde van de arts in het geheel van de beoordeling van de algemene en motorische ontwikkeling van kinderen. (R36)

Dit is nu recent veel aan het veranderen. Nu wordt er al veel meer aan medische equipe gedacht voor beoordelen van motoriek. (R52)

In het geval van kinderen waarover de collega's tijdens het multidisciplinair overleg (MDO) op school werden geïnformeerd omwille van bezorgdheden, verwachten zij vrij veel van het algemeen consult, zij zien dit als een antwoord op hun vragen en hypothesen terwijl hiervoor een gericht onderzoek gepland dient te worden. Bij een kind waarbij ook psychosociale problemen zijn, zijn de verwachtingen soms nog wat hoger. Men begrijpt deze verwachtingen van de collega's die zelf vragen krijgen vanuit de school en hierop graag feedback zouden kunnen geven. Verder is binnen de CLB-setting de arts sowieso nodig bij het multidisciplinair teamoverleg bij zorgvragen rond motoriek en voor de administratie bij een doorverwijzing.

Kleuters die op team besproken werden naar aanleiding van een MDO. (R48)

Bij een zorgvraag rond motoriek van een kleuter, zien zij vaak het onderzoek als een antwoord op al hun vragen en hypothesen. (R34)

Kleuters waarvoor een traject loopt, maar die moeten we buiten het consult zien. (R27)

Motorisch minder vaardig kind in combinatie met psychosociale problemen. (R42)

Omwille van info van het MDO hebben ze een zorg, ze wensen dat we het nakijken en feedback geven ,zo kunnen ze ook feedback geven op hun MDO. (R29)

Kleuters met grote uitval, achterstand, dan is een arts nodig bij de multidisciplinaire teambeslissing en voor de administratie van de doorverwijzing. (R36)

Eigen verwachtingen

De verwachtingen van de CLB-artsen zelf omtrent hun beoordeling van de motoriek tijdens het consult in de 2^{e} kleuterklas bevinden zich tussenin (mediaan 6, kwartielbreedte 3). De

voornaamste kritiek die de artsen hebben op de motorische evaluatie tijdens het algemeen consult is het feit dat het gaat om een momentopname in een onnatuurlijke setting en het gebrek aan tijd. Men twijfelt ook aan het nut en de mogelijkheden van een éénmalige screening, al zijn er ook enkele artsen die vinden dat hun screening een duidelijke beoordeling en eventuele verdere stappen mogelijk maakt. De CLB-arts wil het onderzoek wel zo goed mogelijk uitvoeren en voelt zich hier in wisselende mate toe in staat.

Het algemeen consult is een momentopname. Bovendien zie je een relatief grote spreiding van vaardigheden op deze leeftijd. Sommige kleuters zie je in het begin van het schooljaar, andere op het einde. Sommige kinderen zijn eerder timide waardoor ze soms minder vaardig overkomen, aarzelend in hun beweging. Ook in de aanwezigheid van ouders zullen kinderen minder spontaan bewegen. (R42)

Tijdens onderzoek kunnen we maar een beperkte visie hebben op de motoriek van het kind, motoriek is in evolutie en kan niet beoordeeld worden door een éénmalige observatie, zeker niet in de beperkte tijd in een consult waarin er nog veel andere onderzoeken worden uitgevoerd. (R37)

Is een momentopname door een "vreemde" persoon in een ongewone setting. Sommige kleuters blokkeren hierop en gaan onderpresteren. (R31)

Het onderzoek zoals het nu is, is totaal nutteloos, meer gedifferentieerd te werk gaan, en dus meer uitgebreid observeren en klinisch neurologisch onderzoek (gestandaardiseerd) lijkt me meer opportuun. (R15)

Te korte tijdsbestek en te weinig systematisch onderzoek. (R16)

Geen enkele batterij heeft echt zijn nut bewezen om eenmalig uit te voeren, ik verwacht er dus niet veel van. (R2)

Motorische ontwikkeling evalueren moet gebeuren al of niet intensief afhankelijk van de signalen uit K&G dossier of CLB dossier, uit anamnese, uit onderzoek. (R51)

Het onderzoek is een momentopname bij een kind in ontwikkeling, het motorisch onderzoek tijdens de 2de KK is eerder een screening die bij afwijkingen aanleiding geeft tot verdere mogelijke stappen. (R40)

Zelf willen het onderzoek goed doen. (R29)

Met mijn zelf ontwikkelde testjes gebaseerd op MMT kan ik de kindjes met stoornissen er zeker uithalen. Maar ik wacht altijd af en bekijk liever het hele plaatje samen met psycholoog, verpleegster en school. (R52)

Ik vind mezelf capabel om alarmerende situaties te herkennen en om bij vragen gerust te stellen of inderdaad verder door te verwijzen. (R34)

Ik hoop de grote problemen er uit te kunnen halen. Er is te weinig tijd om een goeie screening te kunnen doen en ik heb nog niet zo veel ervaring mee. Onderderzoeksruimte op het CLB is ook te klein om de motoriek goed te observeren. (R12)

Ik voel me zelf onvoldoende onderlegd om een volledig motorisch onderzoek uit te voeren bij kleuters. Daarbij ontbreken concrete richtlijnen bij het al dan niet doorverwijzen. (R41)

De CLB-arts heeft grotere verwachtingen en extra aandacht voor kinderen waarover zij zich zelf of waarover andere partijen zich zorgen maken om verschillende redenen: bepalen welke onderzoeken er verder nodig zijn, een beeld van het kind krijgen om vanaf dan de verdere evolutie te kunnen opvolgen waardoor de CLB-arts zich zekerder voelt, nagaan of de motorische achterstand kan kaderen in een groter geheel (algemene ontwikkelingsstoornis,

syndroom, metabole of endocrinologische stoornis). Wel trekt men hier liever voldoende tijd voor uit buiten het algemeen consult.

Over kinderen met gekende (motorische) problemen lopen de meningen uiteen: enerzijds is de achterstand hier gekend en wordt het kind opgevolgd waardoor het consult er niet meer toe doet, anderzijds zien bepaalde respondenten dit net als een leermoment en maakt dit hen extra alert omdat de kans op motorische afwijkingen groter wordt.

Wanneer het gaat om een doorverwijzing, twijfelt men soms wat aan zichzelf. Het blijft een zware boodschap voor de ouders en niet elke respondent is er zeker van of hij de ernst en de urgentie correct kan inschatten.

De verwachtingen van de motorische evaluatie bij kinderen in het buitengewoon onderwijs en bij anderstalige nieuwkomers ligt lager, omdat zij soms de opdrachten niet begrijpen en voortonen niet altijd helpt.

Kleuters, waar bezorgdheden zijn. (R16)

Kleuters waarover anderen zich zorgen maken. Ik wil liefst tijdens het consult een indruk krijgen van wat er verder nodig is van onderzoek. (R12)

Vertraging waarvoor stimulatie en opvolging. Opvolging geeft je de kans een evolutie te bepalen, dat maakt wel dat ik sterker in mijn schoenen sta. (R34)

Kinderen met gedragsproblemen, spraak- en taalproblemen, ontwikkelingsachterstand: Is de motorische achterstand onderdeel van een algemene ontwikkelingsstoornis, syndroom, metabole of endocrinologische stoornis? (R49)

Die in een traject voor vermoeden van ontwikkelingsstoornissen wil ik buiten het consult zien. (R27)

Bij een gekende stoornis is er altijd meer kans om motorische problemen te vinden. (R52)

Gekende diagnose: uitpluizen en er eigenlijk nog uit kunnen leren. (R29)

Kinderen met gekende motorische problemen: de achterstand is reeds gekend en ze worden opgevolgd. (R39)

Het is een zware boodschap die je aan ouders geeft, zeker als het gaat om een doorverwijzing. Ik ben niet altijd zeker of ik de ernst en de 'dringendheid' correct kan inschatten. (R34)

Buitengewoon onderwijs en anderstalige nieuwkomers: de kinderen begrijpen vaak de opdracht niet, soms helpt voortonen, soms niet. (R31)

f. Tevredenheid van de CLB-arts over het algemeen consult voor 5-jarige kleuters met in het bijzonder de beoordeling van de motorische ontwikkeling

Een ruim derde van de CLB-artsen vinden dat aan de operationele doelstelling van 2009 ("Het algemene consult tijdens het tweede jaar kleuteronderwijs of, voor het bijzonder onderwijs, het kalenderjaar waarin de kleuter vijf jaar wordt, dient o.a. een globaal ontwikkelingsonderzoek van de kleuter te omvatten met bijzondere aandacht voor spraak en

motoriek.”) voldaan kan worden. Zij vinden dat zij door een zo gestandaardiseerd mogelijk screeningsonderzoek van de neuromotoriek en de ruime ervaring met ‘normaal’ ontwikkelende kleuters in staat zijn om de zorgenkindjes eruit te halen en als dusdanig een belangrijke rol qua signalering hebben. De motorische evaluatie is voor hen één van de prioriteiten van het algemeen consult en zij vinden dat een globale beoordeling hiervan mogelijk is binnen het tijdsbestek van dit consult.

Wij doen een degelijke screening (neuromotoriek), zien veel ‘normale’ kleuters en halen door onze expertise de zorgkindjes eruit! (R22)

Wij hebben een belangrijke signaaldetectie, wij zien heel veel normale kleuters dus zullen we ook meer signaalgevoeligheid hebben voor probleemkleuters. (R51)

Ons CLB steekt hier veel energie en moeite in om dit zo gestandaardiseerd mogelijk te kunnen uitvoeren. (R24)

Prioriteit bij onderzoek 2e kleuters! (R38)

Zwakke kleuters vallen op bij de testbatterij. (R30)

Je krijgt voldoende kans om de motorische ontwikkeling te beoordelen. (R28)

Voldoende tijd om een ‘globaal beeld’ te krijgen. (R47)

Ik denk dat wij ons wel een beeld kunnen vormen van de motoriek bij een kleuter. (R53)

Twee derden van de respondenten (65,3%) zijn het hier echter niet mee eens. Zij missen een gestandaardiseerd, wetenschappelijk onderbouwd ontwikkelingsonderzoek en voldoende tijd voor elk kind. Bovendien is het volgens hen onmogelijk een goed beeld te krijgen op de ontwikkeling van een kind door een éénmalige evaluatie die een momentopname is, maar voor een longitudinale opvolging vrezen ze dat de turnover van CLB-artsen te hoog ligt. Deze respondenten voelen zich ook te weinig ervaren in de materie en menen dat zij deze ervaring niet kunnen opbouwen binnen de CLB-setting. Deze groep CLB-artsen vinden dat ouders en scholen beter geplaatst zijn om problemen op te merken en voelen zich zelf wel verder geholpen door meer informatie van de ouders of de aanwezigheid ervan bij het consult. Eén respondent omschreef het onderzoek als een ‘proevertje’, waarbij signalen uit dit onderzoek naast signalen van ouders of leerkrachten de aanzet moeten zijn tot een grondiger onderzoek binnen een traject.

Er is geen wetenschappelijke standaard als leidraad voor een efficiënte en effectieve invulling van dit consult binnen de toegemeten tijd. (R36)

Ik heb het gevoel dat ik het nu allemaal nogal intuïtief aanpak, soms zelfs wat nattevingerwerk. Dit kan volgens mij niet omdat het om een heel belangrijk onderdeel van de ontwikkeling van kinderen gaat. (R34)

Er is geen algemene test beschikbaar, iedereen doet zijn eigen ding. (R8)

Omdat er helemaal geen uniformiteit bestaat over hoe dit globaal ontwikkelingsonderzoek verloopt. (R41)

Er zijn geen instrumenten om alle kinderen er met zekerheid uit te halen. (R25)

Te weinig tijd om dit goed te doen. Te weinig systematiek. (R16)

Er is geen eenvoudige korte testbatterij die voor elk kind van de 2de kleuterklas (leeftijd range soms 1 jaar) voldoet. Het uitgebreid onderzoek is in een setting van klasscreening niet mogelijk qua tijdsinvestering. (R31)

Te kort tijdsbestek. (R39)

Te weinig tijd. Heel erg moment afhankelijk. (R5)

Twee argumenten: korte duur van het onderzoek + eenmaligheid van observatie/onderzoek. (R37)

Omdat een ontwikkelingsonderzoek niet kan in 1 consult. (R44)

Tijdsbestek van een algemeen consult is te kort om dit te evalueren. Niet makkelijk in aanwezigheid van ouders. Een momentopname is niet voldoende. Vaak is er niet echt longitudinale opvolging van een kind door dezelfde CLB-arts, te hoge turnover. (R42)

Te weinig tijd, te weinig expertise van de CLB-arts. (R17)

De beoordeling van motoriek vereist heel veel ervaring, ervaring die we niet kunnen opbouwen. We hebben te weinig kennis en ervaring in de pathologie. (R21)

Dat is veel te hoog gegrepen, het onderzoek is maar een klein deeltje van het beoordelen van de globale ontwikkeling, problemen worden beter gemeld door school en ouders. (R43)

Soms is een selectief consult nodig voor meer info en een oudergesprek. (R48)

Het betreft een 'proeven'. Zo er signalen zijn van ouders, leerkracht of vanuit dit onderzoek dan is dit enkel een aanzet naar een grondiger onderzoek binnen een traject. (R26)

Wanneer aan de 49 respondenten gevraagd wordt wat hen zou kunnen helpen om de motorische ontwikkeling van kleuters (nog) beter te beoordelen, vallen volgende antwoorden op:

Bijna de helft van de respondenten (49,0%) vermeldt spontaan nood te hebben aan een standaard motoriek met een korte uniforme testbatterij en duidelijke evidence based richtlijnen en doorverwijscriteria. Daartegenover staat dat 8,2% (4/49) van hen formeel is dat niets kan helpen omdat een éénmalige screening onmogelijk is en dat dit niet het doel mag zijn van het algemeen consult.

Zeven respondenten denken dat meer opleiding, stage, bijscholing, training en oefening nuttig zouden kunnen zijn, zowel voor de uitvoering als voor de interpretatie van wat men net ziet (als voorbeeld wordt het onderzoeken van de reflexen gegeven, het gebrek aan ervaring maakt het moeilijk deze te interpreteren). Ook de differentieel diagnose bij afwijkende testen kan worden opgefrist en ingeoefend. Sowieso vindt men dit geen materie voor zelfstudie. Voor 5 van de respondenten mag er meer tijd zijn voor het consult en er is ook iemand die vraagt naar meer ruimte in het onderzoekslokaal. Twee respondenten vinden dat er ook tijd

moet zijn om de evolutie te kunnen opvolgen. Volgens 1 persoon kan ook de praktische organisatie met de busregeling en de afspraken met ouders beter.
Vier respondenten wensen te beschikken over meer informatie van ouders en leerkrachten. Daarnaast vraagt 1 persoon dat de ouders altijd aanwezig zouden zijn, 1 respondent zou geholpen zijn met vragenlijsten voor leerkrachten (ook de leerkrachten lichamelijke opvoeding) omtrent motorische ontwikkeling en 1 iemand wil een echt bilan van de leerkracht in plaats van een momentopname. Er wordt ook vermeld dat meer kennis en aandacht voor de motorische ontwikkeling bij leerkrachten en een betere opvolging door hen een meerwaarde zou zijn.
Twee respondenten hebben geen idee wat hen zou kunnen verder helpen. Verder worden nog enkele instrumenten zoals het klinisch neurologisch onderzoek en tijd voor observatie in de klas vermeld. Feedback van de behandelende arts naar de verwijzende arts zou leerrijk zijn. Er is nood aan een andere invulling van het consult en aan andere, meer realistische verwachtingen. Eén respondent tenslotte zou niets veranderen en vindt het consult goed zoals het is.

Al bij al blijkt de CLB-arts in het algemeen redelijk tevreden over het opzet en het verloop van het algemeen consult in de 2e kleuterklas (mediaan 7, kwartielafstand 1, variatiebreedte 9 voor antwoorden op een Likertschaal waarbij 0 = volledig ontevreden en 10 = het consult lost de verwachtingen helemaal in).

g. Kennis van protocollen en instrumenten voor de beoordeling van motoriek bij kleuters

Prodia Motoriek

Bijna alle CLB-artsen zijn op de hoogte van het bestaan van de **Protocollen Diagnostiek** in het algemeen en van de **Prodia Motoriek** in het bijzonder (48/49 en 46/49 respondenten respectievelijk). Van diegenen (46 respondenten) die weten van het bestaan van de Prodia Motoriek, blijkt ruim drie kwart (76,1%) ook op de hoogte van de inhoud. Van deze 40 CLB-artsen bekend met de Prodia Motoriek past de helft (24/46) dit protocol zelf toe. In 13,0% van de centra van deze 46 CLB-artsen zou iedereen het protocol toepassen, in 17,4% met zekerheid niemand van de medewerkers.
De Prodia Motoriek reikt instrumenten aan die kunnen helpen de motoriek van kleuters in kaart te brengen. De **'Leidraad taxatie ontwikkelingsproblemen kleuters: Motorische ontwikkeling'** en de **'Signalen en risicofactoren van motorische problemen n.a.v. consult tweede kleuterklas'** blijken ongeveer even bekend te zijn bij de 46 respondenten die de Prodia Motoriek kennen: 8,7% van de respondenten heeft er nog nooit van gehoord, 17,4 en 19,6% respectievelijk wel maar is niet op de hoogte van de inhoud. Voor beide

instrumenten geldt dat 15,2% er regelmatig beroep op doet. De 'Leidraad' werd door 15,2% van de respondenten al bekeken maar nog niet gebruikt en door 43,5% uitgeprobeerd maar niet toegepast in het dagdagelijks werk; voor de 'Signalen en risicofactoren' is dit 30,4% en 26,1% respectievelijk.

Klinisch kinderneurologisch onderzoek door de CLB-arts

Dit klinisch neurologisch onderzoek vormt nu één van de instrumenten van de Prodia Motoriek, maar het bestaat al langer. Iets meer dan de helft van de CLB-artsen voert dit onderzoek nooit zelf uit (25/49 respondenten of 51,0%). Drie van de 49 respondenten hebben er nog nooit van gehoord, 6 respondenten weten dat dit bestaat maar zijn niet op de hoogte van de inhoud. Een derde (16 respondenten) van de CLB-artsen heeft dit al eens bekeken maar past het nooit toe.

Indien men op de hoogte is van het bestaan van het klinisch kinderneurologisch onderzoek door de CLB-arts, is dit voornamelijk via gevolgde vormingen en nascholingen (17 respondenten). De collega's, de VWVJ en de opleiding Jeugdgezondheidszorg zijn elk voor 4 van de respondenten een bron van kennis hieromtrent geweest, gevolgd door de VCLB-koepel (3) en Prodia (2). Eén respondent zat binnen de werkgroep die dit voor de eigen koepel heeft opgesteld, iemand anders vindt het basiskennis wanneer men zijn job ernstig neemt. Het werken in een CLB was dan ook de bron van deze informatie voor 1 van de respondenten en voor nog iemand anders was het een lezing van de POC. Twee respondenten zijn zelf naar deze informatie op zoek gegaan en 1 CLB-arts weet niet meer langs welke weg hij hiervan op de hoogte gebracht is.

Van de 24 CLB-artsen (49,0%) die het onderzoek wél toepassen hebben er 9 hiervoor een opleiding gevolgd en dit tussen 2010 en 2016. Deze opleiding werd meestal georganiseerd door de VCLB-koepel al dan niet samen met de Centra voor Ontwikkelingsstoornissen en kwam daarnaast ook aan bod binnen de ManaMa Jeugdgezondheidszorg en in het aanbod van de VWVJ.

Indien een CLB-arts het klinisch kinderneurologisch onderzoek in de praktijk gebruikt, is dit in meer dan 90% van de gevallen hooguit enkele keren per jaar. Een kwart van de CLB-artsen die het onderzoek toepassen, geeft zelfs aan dat dit minder dan 1x per jaar voorvalt. Verder voert 29,2% het onderzoek 1 à 2x per jaar uit en 37,5% meer dan 2x maar niet maandelijks. Slechts 2 van de 24 respondenten geven aan het klinisch neurologisch onderzoek gemiddeld maandelijks uit te voeren.

Voor de totale groep respondenten betekent dit dat 12,2% het onderzoek minder dan 1x per jaar uitvoert, 8,2% doet dit 1 à 2x per jaar, 18,4% enkele keren per jaar maar niet maandelijks en slechts 4,1% voert dit onderzoek gemiddeld maandelijks uit.

De respondenten die al gehoord hebben van het klinisch kinderneurologisch onderzoek door de CLB-arts (46/49), voelen zich op basis van hun kennis ervan en hun ervaring ermee globaal maar matig in staat om dit onderzoek uit te voeren en de resultaten ervan te interpreteren (mediaan 5 en kwartielbreedte 3,75 voor een score op een schaal van 0 = helemaal niet tot 10 = ik kan dit onderzoek vlot uitvoeren en heb alle vertrouwen in de bevindingen ervan. CLB-artsen die de opleiding hebben gevolgd of die het onderzoek enkele keren per jaar uitvoeren, voelen zich iets capabeler (mediaan 6 en 7, kwartielbreedte 1 en 2 respectievelijk), maar het aantal antwoorden is uiteraard veel te klein om hier conclusies uit te trekken. Naast deze inschatting werd spontaan opgemerkt dat men vindt dat men hiervoor te weinig tijd heeft en hierin te weinig expertise kan opbouwen aangezien men dit zo weinig doet.

h. Extra opmerkingen

Op het einde van de bevraging konden de CLB-artsen nog vrije opmerkingen toevoegen. Hieronder zijn de uitspraken verzameld die elders nog niet aan bod kwamen.

Het bestaan van protocollen en screeningstools, kennis en interpretatiecompetentie kunnen allemaal aanwezig zijn, als de tijd ontbreekt voor een CLB-arts om deze tools en kennis in te zetten dan blijven de wetenschappelijk onderbouwde evidenties dood materiaal. (R36)

Met de huidige hervorming en de omscholing tot trajectbegeleiders zullen we dit vaker moeten toepassen. Hierdoor zullen we het – hopelijk – ook meer in de vingers krijgen. (R24)

Deze masterthesis is een zeer relevant onderzoek!!
Het is goed dat Prodia bestaat maar het zijn zeer omslachtige protocollen die weinig gebruiksvriendelijk zijn, uiteindelijk heb ik er niet zo heel veel uitgehaald voor motoriek en dan nog tot de conclusie moeten komen dat de meeste instrumenten die genoemd worden niet eens beschikbaar zijn in ons centrum. (R19)

BESPREKING

Op basis van een uitgebreid literatuur- en bronnenonderzoek en de kwantitatieve en kwalitatieve data uit een elektronische bevraging van CLB-artsen werd een antwoord geformuleerd op de onderzoeksvragen. Integratie van deze gegevens geeft een onderbouwd inzicht in de huidige situatie van de beoordeling van de motoriek bij 4- en 5-jarige kleuters.

Uit het literatuuronderzoek blijkt dat een eenmalige screening naar motorische problemen niet zinvol is. In plaats daarvan pleit men voor ontwikkelingssurveillance. Dit gegeven wordt erkend in al het werk dat rond de motorische ontwikkeling van kleuters werd verricht door de VWVJ en de onderwijskoepels [11, 19, 20, 36], maar tot nog toe blijft er een discrepantie met de opdrachtverklaring (bijlage 1) die van de CLB-arts bijzondere aandacht vraagt voor de beoordeling van de motorische ontwikkeling van 4- en 5- kleuters ter gelegenheid van het algemeen consult in deze leeftijdsgroep en de dagdagelijkse praktijk. Er is een heel groot verschil in hoe CLB-artsen dit ontwikkelingsonderzoek aanpakken, variërend van een uitgebreide testbatterij tot geen nazicht maar enkel een algemene observatie tijdens het consult. Op zich is het niet verwonderlijk dat dit niet gestandaardiseerd gebeurt, want niet alleen blijkt uit literatuur dat een éénmalige screening zinloos is en dat er dan ook geen testbatterij voor een efficiënte motorische ontwikkelingsscreening bestaat, er blijkt evenmin een instrument voor ontwikkelingsurveillance van deze leeftijdsgroep te bestaan. Hoewel een uitspraak doen over de motorische ontwikkeling van een kleuter naar aanleiding van één algemeen consult dus onmogelijk is, voelen de CLB-artsen wel hoge verwachtingen op dit vlak, voornamelijk van de scholen en hun collega's van andere disciplines. Bovendien hebben zij zelf de ervaring dat zij er onvoldoende in slagen om aan de opdrachtverklaring te voldoen.

De Prodia Motoriek is een poging van het beleid om hierop een antwoord te bieden, maar beantwoordt niet aan het gepercipieerde probleem omdat het zich vooral focust op diagnostische trajecten naar aanleiding van ongerustheid over de ontwikkeling en erg weinig zegt over de invulling van het algemeen consult op vlak van de motoriek. Op zich is dit natuurlijk volledig in overeenstemming met het wetenschappelijk gegeven dat een éénmalige motorische screening geen meerwaarde heeft, maar het laat de CLB-arts wel wat op z'n honger zitten, omdat er evenmin een duidelijk kader voor ontwikkelingssurveillance van alle kleuters aangeboden wordt. Bovendien zijn de aanbevelingen van de Prodia Motoriek wel gebaseerd op gegevens uit de literatuur, maar de methodologie die werd gebruikt is niet transparant en het betreft eerder een advies dan een wetenschappelijke richtlijn.

Sterktes van het onderzoek

Dit onderzoek waarbij de wetgeving, de literatuur, de aangereikte instrumenten en de realiteit geschetst door middel van een exploratieve bevraging naar de werkwijze en de ervaringen van de CLB-artsen omtrent het algemeen consult bij 4- en 5-jarige kleuters naast elkaar worden gezet, mag **uniek** worden genoemd. Hoewel de vragenlijst niet gevalideerd is en 49 respondenten uit de doelpopulatie te weinig zijn voor kwantitatieve analyses, is een steekproef van 14,8% van de totaalpopulatie (en gezien de beschreven responder bias vermoedelijk nog een groter deel van de doelpopulatie) wel een mooie groep om een **beschrijvend beeld** te schetsen van de realiteit van het tweedekleuterconsult. Als dusdanig is het brede exploratieve opzet van het veldonderzoek geslaagd en werden aanvullende observaties en/of diepte-interviews niet gemist. De opmerkingen van de respondenten toonden duidelijk aan dat het onderwerp leeft binnen de sector, wat de **relevantie** van dit onderzoek aantoont.

Zwaktes van het onderzoek

Uiteraard kent deze masterproef de nodige beperkingen. Een deel ervan beperkingen werd reeds uitgebreid bij het veldonderzoek beschreven, omdat daar duidelijk kon worden verwezen naar de data. Ten eerste is er de **onzekerheid** over hoeveel van alle actueel actieve CLB-artsen werden bereikt door het gebrek aan een centraal databestand. Ten tweede is er de mogelijke **responder bias** waardoor de CLB-artsen die onder meer het algemeen consult bij kleuters verzorgen oververtegenwoordigd zouden kunnen binnen onze respondenten, waarmee dient rekening te worden gehouden maar wat de resultaten van het veldonderzoek vermoedelijk eerder meer representatief maken voor de doelpopulatie. Helaas zijn er geen gegevens beschikbaar over de tewerkstelling van CLB-artsen binnen basis- en buitengewoon onderwijs. Deze vaststellingen leiden ertoe dat niet kan worden ingeschat hoe de **steekproef** zich verhoudt tot de eigenlijke doelpopulatie, maar dat deze enkel kan worden vergeleken met de algemene populatie van CLB-artsen.

Zoals ook reeds vermeld bij de onderzoeksresultaten, is de **respons** van 43 CLB-artsen uit de doelpopulatie te beperkt om echte **kwantitatieve analyses** te kunnen uitvoeren. Wat de kwalitatieve data betreft, heb ik me bewust proberen onthouden van sturing in de selectie van vrije tekst of in de interpretatie ervan, maar uiteraard valt enige **onderzoekersbias** nooit volledig uit te sluiten.

De bevraging was uniek en specifiek voor de situatie in Vlaanderen, zodat er geen gebruik kon maken van een **gevalideerde vragenlijst**.

Omdat het opzet van de bevraging een brede exploratie van de actuele gang van zaken wat betreft de beoordeling van de motoriek, is er voor het horen van de mening van de CLB-arts geopteerd voor meerdere open vragen of uitnodigingen tot het verduidelijken van een antwoord. Om een exact beeld te krijgen van hoe zo'n algemeen consult nu net verloopt bij een bepaalde CLB-arts, waren enkele aanvullende observaties nuttig geweest en bijkomend hadden diepte-interviews nog verder kunnen ingaan op de beleving en verzuchtingen van enkele CLB-artsen. Deze **bijkomende onderzoeken** zijn niet gebeurd, enerzijds uit tijdsoverwegingen en anderzijds om het onderwerp van deze masterproef duidelijk af te bakenen tot een exploratief overzicht. Indien een diepgaander beeld van het nazicht van de motoriek in de praktijk nuttig zou blijken, is het goed te weten dat 14 van de respondenten reeds interesse hebben laten blijken in deelname aan dergelijk vervolgonderzoek.

SUGGESTIES VOOR DE TOEKOMST

Toen ik vorig academiejaar begon na te denken over een masterproef omtrent de beoordeling van de motoriek van kleuters, hoopte ik hier **concrete, onderbouwde aanbevelingen** over te kunnen doen. Helaas bleek uit het nazicht van de literatuur al snel dat een éénmalige screening van de motoriek niet mogelijk is en dat ook de instrumenten voor surveillance niet toepasbaar zijn in onze setting (leeftijd 4 tot 5,5 jaar). Toch kan het verworven inzicht implementaties hebben voor de sector.

De bedoeling van het nieuwe **decreet leerlingenbegeleiding** waaraan gewerkt wordt, is immers om onder meer door een goede verdeling van de taken tussen alle CLB-personeelsleden ruimte te scheppen om artsen meer te betrekken bij moeilijke situaties en de multidisciplinaire werking [3]. Misschien is er in die vrijgekomen ruimte ook een plaats voor specifieke medische expertise, zoals bijvoorbeeld het uitvoeren van een klinisch neurologisch onderzoek of van observaties van een kleuter, want hiervoor blijken momenteel maar weinig CLB-artsen zich te kunnen vrijmaken.
Een ander doel is de samenwerking van het CLB met de school volgens het zorgcontinuüm te versterken. Idealiter is het CLB hierdoor vroegtijdig op de hoogte van zorgen over de ontwikkeling, soms al lang voor het medisch consult. Dit zijn belangrijke elementen om mee te nemen in dit medisch consult om te bepalen of de CLB-medewerker zich eveneens zorgen maakt over bijvoorbeeld de motorische ontwikkeling. Naast de informatie van de ouders via de vragenlijst of idealiter hun aanwezigheid bij dit consult, is het ook een goede zaak dat er vooruitgang is in de elektronische overdracht van de gegevens van Kind & Gezin, al is daar nog verbetering mogelijk. Al deze elementen samen vormen een eerste aanzet tot een risicoanalyse om die kinderen met een verhoogd risico op problemen in de (motorische) ontwikkeling vroegtijdig op te sporen. Uiteraard kan en mag het nooit de bedoeling zijn het algemeen consult af te wachten en is het de bedoeling dat het medische team zodra nodig in dit traject wordt ingeschakeld om meer gericht onderzoek te kunnen uitvoeren om zo sneller onderliggende medische oorzaken uit te sluiten. Hierbij is het belangrijk dat duidelijk wordt afgelijnd welke taken door welk teamlid kunnen worden uitgevoerd. Niet alleen zal werken volgens expertise zorgen voor meer jobtevredenheid, het past sowieso eveneens binnen een efficiënt en betaalbaar getrapt model van gezondheidszorg en komt ook meer in de buurt van de in de literatuur voorgestelde ontwikkelingssurveillance. [8]

Als er geen gestandaardiseerd, gevalideerd en betrouwbaar instrument bestaat om de motoriek van 2^{e} kleuters te beoordelen gedurende de zeer beperkte tijd van een algemeen

consult, dan kan men zich terecht de vraag stellen of het haalbaar en zinvol is voor de CLB-arts om tijdens dit consult bij alle 2e kleuters een onderzoek van de motorische vaardigheden uit te voeren [1]. Naast het verschuiven van het takenpakket van de CLB-artsen stelde de VWVJ in hun visietekst voor de organisatie van jeugdgezondheidszorg in de CLB's ook voor om het contactmoment van het algemeen consult in de kleuterklas te verschuiven naar de **1e kleuterklas** [36], onder meer omdat het belangrijk is om dan reeds met hulp van de ouders een brede kijk te krijgen op het ontwikkelingspatroon van het kind. Dit moment met een jaar uitstellen is volgens hen contraproductief met het oog op het beschermen en bevorderen van de individuele gezondheid, groei en ontwikkelingskansen. Daarnaast wordt de perceptie van de jonge kleuter door de onderzoeker met toenemende tijd meer en meer bemoeilijkt door de grote variatie van normale ontwikkelingspatronen als gevolg van de toenemende invloed van de context waarin een kind opgroeit. [11]

In dit licht is de richtlijn die tijdens het literatuuronderzoek verworpen werd omdat men zich richtte op 1- tot 4-jarigen wel interessant. De Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) raadt screening voor ontwikkelingsvertraging met gestandaardiseerde instrumenten af in kinderen van 1 tot 4 jaar zonder duidelijke tekenen van ontwikkelingsvertraging en bij wie ouders en artsen zich geen zorgen maken over de ontwikkeling (sterke aanbeveling; lage kwaliteit van bewijs). De situatie ligt anders voor kinderen met afwijkingen of symptomen, of van wie de ouders zich zorgen maken op het vlak van ontwikkeling, of van wie de ontwikkeling nauwkeurig wordt opgevolgd omdat er risicofactoren zoals prematuriteit of een laag geboortegewicht zijn en op hen is de richtlijn dan ook niet van toepassing.

Men maakt in deze richtlijn nogmaals een duidelijk onderscheid tussen bovenvermelde screening en ontwikkelingssurveillance gedefinieerd als het continue opvolgen van ontwikkeling, identificeren van risicofactoren en bevragen van ouderlijke bekommernissen. Wanneer er risicofactoren geassocieerd met ontwikkelingsvertraging aanwezig zijn, wanneer ouders of artsen zich zorgen maken over de ontwikkeling, of als de evolutie van de ontwikkeling abnormaal verloopt, dan is het aan de arts om te denken aan de mogelijkheid van een ontwikkelingsvertraging en zo nodig zelf gerichter onderzoek uitvoeren of hiervoor door te verwijzen naar een specialist ter zake. Voor de CTFPHC is zo'n ontwikkelingssurveillance een onontbeerlijk onderdeel van de standaard klinische zorg voor kinderen. [37]

Het kader waarbinnen de CLB-arts zou moeten werken voor de beoordeling van de motorische ontwikkeling van een kind is het **Protocol Motoriek** binnen het Prodia-project. Hoewel Prodia Motoriek wel bekend is bij de CLB-artsen, maakt iets meer dan de helft van de respondenten hier nooit gebruik van en blijft het gebruik bij hen die het wel toepassen erg

beperkt. Er bestaat bijgevolg een duidelijke discrepantie tussen de aanbevelingen van Prodia en het gebruik ervan in de dagelijkse praktijk. Het Prodia-team ontwikkelt niet alleen de protocollen, maar verzorgt ook implementatietrajecten voor de CLB's, afgestemd op de specifieke noden van een centrum. Dit is zeker en vast een belangrijke stap in de juiste richting, maar een specifieke training van enkel de CLB-artsen omtrent de protocollen voor bijvoorbeeld taal en motoriek kan mogelijks ook een meerwaarde zijn, naast de vraaggestuurde begeleiding bij de implementatie van de individuele centra. De artsen die de Prodia Motoriek wel al hebben toegepast, blijven wat op hun honger zitten omdat ze deze nog altijd vaag en weinig gebruiksvriendelijk vinden. Er wordt veel materiaal aangereikt, maar het blijft nog onduidelijk wanneer en hoe men dit net moet gebruiken. Een duidelijk stappenplan zou voor hen een houvast zijn, maar op basis van wat het literatuuronderzoek heeft aangetoond, lijkt dit niet relevant. Een duidelijk gedefinieerd stappenplan voor ontwikkelingssurveillance daarentegen zou een onderbouwd hulpmiddel voor de CLB-arts kunnen zijn.

Bovendien biedt Prodia geen houvast voor wat betreft de invulling van het algemeen consult. Voor zover hierover iets vermeld wordt, gaat het over het belang van aanwijzingen van elementen uit de anamnese enerzijds en om opvallende zaken die men tijdens het consult kan opmerken door louter observatie zonder testing (bv. een kind dat niet op de onderzoekstafel kan klimmen, problemen met aan- en uitkleden, de wijze waarop het visusonderzoek wordt uitgevoerd, onhandigheid bij het spontaan rondlopen, …). Een bemerking die men hierbij kan maken is dat veel van deze zaken niet de kans krijgen om te worden opmerkt door de CLB-arts, enerzijds door het korte tijdsbestek van het consult en de vreemde setting voor een kind dat zich daarom niet altijd gedraagt zoals anders, anderzijds omdat bepaalde onderzoeken zoals wegen, meten en het testen van de visus, plaatsvinden bij de verpleegkundige (die dus ook op de hoogte zou moeten zijn van deze signalen) of omdat bijvoorbeeld het omkleden gebeurt in de klas of in de kleedhokjes.

De voornaamste bedenking bij de Prodia Motoriek blijft echter de wetenschappelijke onderbouwing. Het zou zinvol zijn mocht de methodologie voor de totstandkoming ervan publiek consulteerbaar zijn en dat de website eveneens vermeldt dat niet om gevalideerde protocollen gaat. Er wordt op de website wel vermeld dat het gaat om adviezen, maar misschien is het nuttig om expliciet toe te voegen dat het geen richtlijn is, want uit de bevraging in dit onderzoek blijkt wel dat sommige artsen het toch als een dusdanig houvast interpreteren.

Binnen het Protocol Motoriek is een belangrijke rol weggelegd voor een selectief **klinisch neurologisch onderzoek door de CLB-arts** als onderdeel van een diagnostisch traject. Enderzijds is hiervoor opnieuw geen evidentie te weerhouden op basis van het

literatuuronderzoek. Anderzijds voelen de respondenten die meewerkten aan het veldonderzoek zich hier niet erg bekwaam toe. De stemmen die ik daarnaast bij de groep kinderneurologen hoorde opgaan, pleiten eerder voor een beperkte rol voor de CLB-arts in de beoordeling van de motorische ontwikkeling van een kleuter, met snelle doorverwijzing bij twijfels omtrent de motorische ontwikkeling, of dit nu bij ouders, bij de leerkracht, of bij de CLB-medewerkers zelf is. Uiteraard mag er niet worden gesteld dat dit de formele mening is van heel deze groep van stakeholders, maar de vraag naar de waarde van het uitvoeren van een klinisch onderzoek door een niet-specialist is niet onterecht. Dr. Decoene stelde zich in zijn masterproef van 2015 reeds dezelfde vraag en maakte een onderscheid tussen screening en meer gericht onderzoek. Hij verwijst hierbij naar 2 publicaties die beschrijven hoe gezondheidswerkers een certificaat voor bepaalde compententies kunnen krijgen en raadt aan om op dezelfde manier de vaardigheden van verpleegkundigen en ander personeel in kaart te brengen zodat hun bekwaamheden afgestemd zijn op de taken die ze moeten uitvoeren, om te vermijden dat overgekwafiliceerd personeel gedemotiveerd zou raken. [8]

Voor het klinisch neurologisch onderzoek geldt, zoals voor elk klinisch onderzoek, dat de waarde ervan maar zo goed is als de uitvoerder. In de eerste plaats is er dus voldoende kennis en training nodig en hoewel de data in dit onderzoek te beperkt waren voor een kwantitatieve analyse of het leggen van verbanden, suggereren ze wel dat een opleiding helpt om zich meer capabel te voelen voor het uitvoeren van dit onderzoek. De VWVJ engageerde zich in haar beleidsplan 2012 – 2016 reeds om de implementatie van een protocol van klinisch kinderneurologisch onderzoek te ondersteunen [19]. Daarnaast werd in het verleden reeds geopperd hiervoor een vorm van accreditering voor artsen in het CLB te voorzien, vergelijking met de erkenning voor huisartsen die een ECG mogen uitvoeren en aanrekenen. Deze vorm van accreditering zou kunnen voorzien worden in een postgraduaat vorming met studiepunten, gekoppeld aan het nieuwe erkenningsnummer voor jeugdartsen. [8]

Uiteraard moet men ook voldoende ervaring kunnen opbouwen en het onderzoek vaak genoeg uitvoeren om de expertise te behouden. In dat licht is het niet nodig dat elke CLB-arts zo'n bijkomende accreditering bekomt en kan men dit misschien beter voorbehouden voor diegenen die hierin geïnteresseerd zijn, zodat zij dan als CLB-artsen mét deze accreditering dit klinisch neurologisch onderzoek binnen hun centrum vaak genoeg kunnen uitvoeren om ervaring op te bouwen en expertise te behouden. Gezien de respondenten uit dit veldonderzoek aangaven dat een traject omwille van ongerustheid over de motorische ontwikkeling van een kind eigenlijk relatief weinig voorkomt, blijft nog steeds de vraag of de opgebouwde ervaring ooit voldoende zal kunnen zijn, zeker binnen kleinere centra voor leerlingenbegeleiding.

Het is zinvol om in dit proces eveneens de **kinderneurologen** te betrekken. Niet alleen moeten zij bereid zijn om dergelijke opleidingen mee te ondersteunen aangezien zij hiervoor het beste geplaatst zijn, maar uiteindelijk zijn zij ook degenen bij wie de bevindingen van de CLB-medewerkers na een diagnostisch traject terecht komen en die verder aan de slag moeten met de kinderen die naar hen worden doorverwezen. Worden kinderen terecht naar hen verwezen? Te vroeg? Te laat? Hoe schatten zij op dit moment de capaciteit van de CLB-arts tot inschattingen op het motorisch vlak in? Is er ruimte voor verbetering? Het is aangeraden om deze stakeholders hierover formeel te bevragen, bijvoorbeeld via diepte-interviews of in focusgroepen. Aangezien in afwezigheid van door wetenschappelijke studies onderbouwde aanbevelingen een expert-consensus bekomen door een Delphi-ronde kan gelden als punt voor goede praktijkvoering, is dit een alternatieve piste om het handelen van CLB-artsen verder wetenschappelijk te onderbouwen. Bovendien blijken ook de CLB-artsen zelf vragende partij te zijn voor feedback over hun doorverwijzingen.
Maar ook los daarvan is het interessant om de aan de CLB-artsen aangereikte handvaten ook met deze groep van diagnosticerende en behandelende artsen af te toetsen. Zeker in het licht van het nieuwe decreet leerlingenbegeleiding waar men poogt het inzetten van de CLB-artsen zo expertise- en tijdsefficiënt mogelijk te maken, is het werken met onvoldoende onderbouwde protocollen een gemiste kans. Anderzijds is het wel zo dat het ontbreken van een systematische wetenschappelijke onderbouw geenszins wil zeggen dat daarom het protocol waardeloos is.

Een bron van ontevredenheid bij de CLB-artsen is de spanning die zij voelen tussen het onvermogen om op basis van één consult uitspraken te doen over de motorische ontwikkeling van een kind enerzijds en de **verwachting** bij ouders, leerkrachten en andere CLB-medewerkers dat de jeugdarts, als ontwikkelingsdeskundige, deze ontwikkeling kan beoordelen en zonodig nuttige adviezen geeft. Deze verwachting is gezien de specifieke deskundigheid van de jeugdarts uiteraard te begrijpen, maar het lijkt nodig om deze bij te stellen door alle partijen te informeren, zodat het voor alle betrokkenen duidelijk is dat de beoordeling over de motorische ontwikkeling van een kind nooit gebeurt op basis van het algemeen consult. Het herbekijken van de ouderbrief waarin het algemeen consult in de 2e kleuterklas kan worden aangekondigd kan hierin een nuttige stap zijn, net zoals een betere bekendmaking van de werking van het CLB. Dit laatste zal trouwens sowieso onontbeerlijk zijn indien men effectief zoals voorgesteld zal gaan van een verplicht naar een verzekerd aanbod voor de medische consulten [36] bij de vernieuwing van het decreet leerlingenbegeleiding, want, zoals steeds, onbekend maakt onbemind.

SAMENVATTING

Het Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding is duidelijk: het algemene consult tijdens het tweede jaar kleuteronderwijs of, voor het bijzonder onderwijs, het kalenderjaar waarin de kleuter vijf jaar wordt, dient ondermeer een globaal ontwikkelingsonderzoek van de kleuter te omvatten met onder meer bijzondere aandacht voor motoriek. Op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur is er echter geen evidentie voor een eenvoudige onderzoeksbatterij die ter gelegenheid van een kort contact kan screenen naar ontwikkelingsproblemen op het vlak van de motoriek. In de plaats daarvan wordt een vorm van ontwikkelingssurveillance aanbevolen. Uit het veldonderzoek blijkt dat deze discrepantie door de CLB-artsen goed wordt aangevoeld en hen doet twijfelen over de zin van hun werk op het vlak van de motorische evaluatie van kleuters. Ze ervaren veel onduidelijkheid over hoe dit algemene consult dan precies dient te worden ingevuld voor wat betreft de motoriek. Daarnaast verwachten de overige betrokken partijen (ouders, school, CLB-collega's) vaak meer van dit consult dan haalbaar is. In een poging de sector te ondersteunen bij de aanpak van kleuters met het vermoeden van een vertraagde of afwijkende motorische ontwikkeling, worden adviezen geformuleerd in Prodia Motoriek. De validiteit hiervan is tot op heden nog niet bepaald en de CLB-arts voelt zich niet altijd even capabel om met de aangereikte instrumenten aan de slag te gaan.

Het is dus belangrijk dat bij de opmaak van het nieuw decreet leerlingenbegeleiding de opdrachtverklaring, de indeling van en de taakverdeling binnen de consulten herbekeken en gealigneerd worden, zodat de CLB-arts meer ruimte krijgt voor taken waarin hij zinvol kan worden ingezet binnen de multidisciplinaire werking. Op het vlak van motoriek is er zeker een rol voor de jeugdarts weggelegd. Binnen de CLB-setting lijkt het dan wel niet mogelijk om voldoende ervaring op te doen in een motorisch nazicht dat een meerwaarde kan bieden binnen een diagnostisch traject, maar de jeugdarts kan een centrale rol spelen in het opvolgen en integreren van signalen van ouders, school en CLB-medewerkers om zo tijdig te kunnen doorverwijzen waar nodig. Een duidelijk kader voor ontwikkelingssurveillance ter ondersteuning zou het mogelijk maken om de CLB-arts hier actiever in te betrekken.

Op basis van dit werk kunnen we ook besluiten dat de motorische evaluatie van kleuters een onderwerp is dat leeft binnen de groep van CLB-artsen en waarmee vaak geworsteld wordt. De CLB-artsen zijn vragende partij om de tegenstelling tussen de opdrachtverklaring, de literatuur, de aangereikte instrumenten en de dagdagelijkse praktijk te vervangen door meer duidelijkheid, realiteitszin en ondersteuning.

REFERENTIES

1. Devogelaer N. Mogelijkheden en beperkingen van een motorische evaluatie bij vier- à vijfjarige kinderen ter gelegenheid van het algemeen preventief consult [master's thesis]. Leuven, Belgium; Katholieke Universiteit Leuven; 2007. 92 p.
2. Bijlsma-Schlösser JF. Afwijkende motorische bevindingen bij kinderen in groep 2. In: Laurent de Angulo MS, Brouwers-de Jong EA, Bijlsma-Schlösser JF, Bulk-Bunschoten AM, Pauwels JH, Steinbuch-Linstra I, editors. Ontwikkelingsonderzoek in de jeugdgezondheidszorg. Assen: Koninklijke van Gorcum; 2005. p. 306-11.
3. Crevits H. Conceptnota aan de Vlaamse Regering. Betreft: 'Krijtlijnen voor een hervorming van de leerlingenbegeleiding in Vlaanderen' [Internet]. Brussel: Vlaams minister van Onderwijs; 2015 [cited 2015 Dec 11]. 15 p. Available from: http://onderwijs.vlaanderen.be/sites/default/files/atoms/files/12-11-conceptnota-leerlingenbegeleiding.pdf
4. Institute for Clinical Systems Improvement. Preventive services for children and adolescents. 1995 Jun [revised 2013 Sep]. Available from: http://www.icsi.org/
5. The Royal Australian College of General Practitioners. Preventive activities in children and young people. In: Guidelines for preventive activities in general practice, 8th ed. 2012. Available from: http://www.racgp.org.au/
6. The Royal Australian College of General Practitioners. Preventive activities in children and young people. In: Guidelines for preventive activities in general practice. 9th ed. 2016. Available from: http://www.racgp.org.au/
7. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare [Internet]. Can Med Assoc J. 2010 [cited 2010 Jul 5];182(18): E839-42. Available from: http://www.cmaj.ca/content/182/18/E839.citation doi:10.1503/cmaj.090449
8. Decoene M. Wat doet de CLB-arts bij het vaststellen van een hartgeruis bij een 5-jarig kind: een kwaliteitsverbeterend project. Het medisch schooltoezicht bij 5-jarige kinderen op het CLB: voor welke aanbevelingen is er evidentie in 2015? [master's thesis] Antwerpen, Belgium; Universiteit Antwerpen; 2015. 62 p.
9. Wilson SMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 1968. 168 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37650/17/WHO_PHP_34.pdf
10. Hall DMB, Michel JM. Screening in infancy. Arch Dis Child 1995;72:93-6. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1510957/pdf/archdisch00629-0097.pdf
11. Van Hoeck K, Hoppenbrouwers K. Onderzoek naar de wetenschappelijke State of the Art van de Preventieve Gezondheidszorg voor schoolgaande kinderen (3-18 jaar) [Internet]. Leuven: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg; 2010 [cited 2010 Dec]. 102 p. Available from: http://www.vwvj.be/sites/default/files/jgz/jgz_-_pijlers/onderzoek_naar_de_wetenschappelijke_state_of_the_art_van_de_preventieve_gezondheidszorg_voor_schoolgaande_kinderen_3-18_jaar_2010.pdf
12. Fassaert YA. De Baecke-Fassaert Motoriektest voor kleuters (BFMT). In: Laurent de Angulo MS, Brouwers-de Jong EA, Bijlsma-Schlösser JF, Bulk-Bunschoten AM, Pauwels JH, Steinbuch-Linstra I, editors. Ontwikkelingsonderzoek in de jeugdgezondheidszorg. Assen: Koninklijke van Gorcum; 2005. p. 300-05.
13. Le Grelle V, Groffils D. Ontwikkeling van een signalisatie-instrument voor de evaluatie van de motoriek bij kinderen van de 2e kleuterklas. Tweede fase in het uitwerken van dit signalisatie-instrument [master's thesis]. Leuven, Belgium; Katholieke Universiteit Leuven; 2009. 59 p.
14. Dewit E, Nijs M. Ontwikkeling van een signalisatie-instrument voor de evaluatie van de motoriek bij kinderen van de 2e kleuterklas [master's thesis]. Studie van de meebewegingen. Leuven, Belgium; Katholieke Universiteit Leuven; 2009. 48 p.

15. De Wel L. Ontwikkeling van een signalisatie-instrument voor de evaluatie van de motorische ontwikkeling van kleuters [master's thesis]. Validatiestudie. Leuven, Belgium; Katholieke Universiteit Leuven; 2011. 66 p.
16. Van Driessche A. De normering van het kleuterparcours 'Schattenjacht' en het beschrijven van de relatie tussen de sociale- en omgevingsfactoren en de motoriek van het kind [master's thesis]. Leuven, Belgium; Katholieke Universiteit Leuven; 2011. 81 p.
17. Sharma A. Developmental examination: birth to 5 years. Arch Dis Child Educ Pract Ed [Internet]. 2011 Oct [cited 2011 Mar 13];96(5):162-75. Available from: http://ep.bmj.com/content/96/5/162.long DOI: 10.1136/adc.2009.175901
18. Prodia. Protocollering van Diagnostiek bij vertraagde of afwijkende motorische ontwikkeling en/of vermoeden van een motorische ontwikkelingsstoornis [Internet]. Prodia; 2013 [cited 2013 Jan 24]. 104 p. Available from: http://www.prodiagnostiek.be/sites/default/files/Protocol%20Motoriek.pdf
19. Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg. Jeugdgezondheidszorg. Deel II: Voorstel van beleidsplan met bijhorende meerjarenbegroting. In: Vlaamse partnerorganisatie voor preventieve jeugdgezondheidszorg naar schoolgaande kinderen en jongeren 2012-2016. Dossier in het kader van een oproep tot het sluiten van een beheersovereenkomst met een partnerorganisatie jeugdgezondheidszorg [Internet]. Leuven: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg; 2011 [cited 2011 Nov 14]. 31 p. Available from: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/VWVJ%20JGZ%20Beleidsplan%202012-2016.pdf
20. Vrije-CLB-Koepel. Psychomotoriek: een kijk op... [Internet]. Vrije-CLB-koepel; 2010. 2 p. Available from: http://www.vclb-koepel.be/library/documents/2200_psychomotoriekeenkijkoq.docx
21. Devogelaer N, De Coene A. Het klinisch kinderneurologisch onderzoek door de CLB-arts: handleiding [Internet]. Netwerkoverstijgende werkgroep psychomotoriek; 2012 [cited 2012 Apr]. 11 p. Available from: http://www.vwvj.be/sites/default/files/neuromotoriek/handleiding_klinisch_kinderneurologisch_onderzoek_clb_arts_2012.pdf
22. Centra voor Leerlingenbegeleiding. Stappenplan voor het omgaan met motorische problemen bij kleuters [Internet]. Centra voor Leerlingenbegeleiding; 2011. 4 p. Available from: http://www.vclb-koepel.be/library/documents/2225_stpl_vclb_1210-20110615-1136.doc
23. Prodia. Algemeen Diagnostisch Protocol [Internet]. Prodia; 2010 [updated 2015 Jan 22, lay-out updated 2016]. 186 p. Available from: http://www.prodiagnostiek.be/sites/default/files/ADP%20versie%202016.pdf
24. Prodia. Zorgcontinuüm in de leerlingenbegeleiding. Bij: Algemeen Diagnostisch Protocol [Internet]. Prodia; 2010 [updated 2015 Jan 22, lay-out updated 2016]. 5 p. Available from: http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/ADP_Zorgcontinu%C3%BCm%20in%20de%20leerlingenbegeleiding.pdf
25. Prodia. Bijlage 4: Leidraad taxatie ontwikkelingsproblemen kleuters: Motorische ontwikkeling. Bij: Protocollering van Diagnostiek bij vertraagde of afwijkende motorische ontwikkeling en/of vermoeden van een motorische ontwikkelingsstoornis [Internet]. Prodia; 2013 [cited 2013 Jan 24]. 6 p. Available from: http://www.prodiagnostiek.be/sites/default/files/MOTORIEK_Bijlage%204_Leidraad%20taxatie%20ontwikkelingsproblemen%20kleuters.pdf
26. Prodia. Diagnostische fiche ABC-2NO. Prodia; 2013 [cited 2013 Jan]. 1 p. Available from: http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/M_BS_ABC-2NL.pdf
27. Prodia. Diagnostische fiche VMVKr. Prodia; 2013 [cited 2013 Jan]. 1 p. Available from: http://www.prodiagnostiek.be/materiaal/M_B_VMVK.pdf
28. Prodia. Bijlage 1: Signalen en risicofactoren van motorische problemen n.a.v. consult tweede kleuterklas. Bij: Protocollering van Diagnostiek bij vertraagde of afwijkende motorische ontwikkeling en/of vermoeden van een motorische ontwikkelingsstoornis

[Internet]. Prodia; 2013 [cited 2013 Jan 24]. 4 p. Available from: http://www.prodiagnostiek.be/sites/default/files/MOTORIEK_Bijlage%201_Signalen%20en%20risicofactoren%20van%20motorische%20problemen%20n.a.v.%20consult%20tweede%20kleuterklas.pdf
29. Prodia. Bijlage 7: Overzicht beheersingsniveaus motorische ontwikkeling. Bij: Algemeen Diagnostisch Protocol [Internet]. Prodia; 2010 [updated 2015 Jan 22, lay-out updated 2016]. 4 p. Available from: http://www.prodiagnostiek.be/sites/default/files/ADP_Bijlage7_Overzicht%20beheersingsniveaus%20motorische%20ontwikkeling.pdf
30. GO! Onderwijs van de Vlaamse gemeenschap, Onderwijskoepel van Steden en Gemeenten, Vrije Centra voor Leerlingenbegeleiding, Katholiek Onderwijs Vlaanderen, Provinciaal Onderwijs Vlaanderen. Prodiagnostiek [Internet]. 2008 [updated 2017 Feb]. Available from: http://www.prodiagnostiek.be
31. Vrije-CLB-Koepel [Internet]. Klinisch neurologisch onderzoek. Available from: http://www.vclb-koepel.be/professionals/gezond-en-wel/neurologisch-onderzoek
32. Devogelaer N. Het klinisch kinderneurologisch onderzoek door de CLB-arts: verklarende woordenlijst [Internet]. Netwerkoverstijgende werkgroep psychomotoriek; 2010 [cited 2010 Apr]. 6 p. Available from: http://www.vwvj.be/sites/default/files/neuromotoriek/verklarende_woordenlijst_klinisch_kinderneurologisch_onderzoek_clb_arts_2012.pdf
33. Devogelaer N, De Coene A. Het klinisch kinderneurologisch onderzoek door de CLB-arts: schematische voorstelling [Internet]. Netwerkoverstijgende werkgroep psychomotoriek; 2012 [cited 2012 Mar]. 10 p. Available from: http://www.vwvj.be/sites/default/files/neuromotoriek/schematische_voorstelling_klinisch_kinderneurologisch_onderzoek_clb_arts_2012.pdf
34. Devogelaer N, De Coene A. Het klinisch kinderneurologisch onderzoek door de CLB-arts: invulformulier [Internet]. Netwerkoverstijgende werkgroep psychomotoriek; 2012 [cited 2012 Mar]. 7 p. Available from: http://www.vwvj.be/sites/default/files/neuromotoriek/invuldocument_klinisch_kinderneurologisch_onderzoek_clb_arts_2012.doc
35. Prodia. Bijlage 3: Het klinisch kinderneurologisch onderzoek door de CLB-arts, een invuldocument. Bij: Protocollering van Diagnostiek bij vertraagde of afwijkende motorische ontwikkeling en/of vermoeden van een motorische ontwikkelingsstoornis [Internet]. Prodia; 2013 [cited 2013 Jan 24]. 8 p. Available from: http://www.prodiagnostiek.be/sites/default/files/MOTORIEK_Bijlage%203_Het%20klinisch%20kinderneurologisch%20onderzoek%20door%20de%20CLB-arts%2C%20een%20invuldocument.pdf
36. Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg. Jeugdgezondheidszorg. Onderbouw voor de organisatie van JGZ in de centra voor leerlingenbegeleiding [Internet]. Leuven: Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg; 2016 [cited 2016 Jan]. 25 p. Available from: http://www.vwvj.be/sites/default/files/jgz/jgz_-_pijlers/jeugdgezondheidszorg_onderbouw_voor_de_organisatie_van_jgz_in_de_centra_voor_leerlingenbegeleiding_01_2016.pdf
37. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for developmental delay. CMAJ [Internet]. 2016 May [cited 2016 Mar 29];188(8):579-87. Available from: http://www.cmaj.ca/content/188/8/579 DOI: 10.1503/cmaj.151437

BIJLAGEN

Bijlage 1: Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding

Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding

goedkeuringsdatum
03 JULI 2009

publicatiedatum
B.S.03/09/2009

datum laatste wijziging
05/10/2016

COORDINATIE

B.Vl.R. 18-3-2011 - B.S. 21-4-2011

B.Vl.R. 10-7-2015 - B.S. 28-8-2015

B.Vl.R. 30-8-2016 - B.S. 5-10-2016

De Vlaamse Regering,

Gelet op de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, artikel 20;

Gelet op het decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding, artikel 2, 31°, 9, 10, 18, 19, 20, 25 en 30;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 18 december 1998 houdende de oprichting van een tijdelijke stuurgroep ter ondersteuning van de PMS-centra en de MST-equipes bij hun omvorming tot centra voor leerlingenbegeleiding, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 december 2001;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 17 maart 2000 tot bepaling van sommige opdrachten van de centra voor leerlingenbegeleiding;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 28 augustus 2000 tot bepaling van sommige opdrachten van de centra voor leerlingenbegeleiding;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 28 augustus 2000 tot vaststelling van de operationele doelstellingen voor de begeleiding van jongeren met leerplichtproblemen in de centra voor leerlingenbegeleiding;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 15 december 2000 betreffende informatiseringstoelagen voor de centra voor leerlingenbegeleiding;

Gelet op het besluit van de Vlaamse Regering van 12 januari 2001 betreffende het tijdelijk project voor de informatisering van de centra voor leerlingenbegeleiding;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 26 maart 2008;

http://data-onderwijs.vlaanderen.be/edulex/document.aspx?docid=14124 1/18

Gelet op advies 46.709/1 van de Raad van State, gegeven op 4 juni 2009, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op voorstel van de Vlaamse minister van Werk, Onderwijs en Vorming en de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin;

Na beraadslaging,

Besluit :

HOOFDSTUK I. - Inleidende bepalingen

Artikel 1.

De operationele doelstellingen, zoals vermeld in artikelen 14, 28 tot en met 36, 46 en 47 van dit besluit, behoren tot het verplicht aanbod van de centra voor leerlingenbegeleiding.

Met toepassing van artikel 9, § 1, tweede lid van het decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding zijn de overige operationele doelstellingen vormen van begeleiding die de centra verplicht aanbieden aan leerlingen, ouders en scholen waarbij het deze leerlingen, ouders of scholen vrij staat om al dan niet op dit aanbod in te gaan.

Art. 2.

Het aanbod, vermeld in dit besluit, bevindt zich binnen de vier begeleidingsdomeinen, vermeld in artikel 5, § 2, van het decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding.

Art. 3.

In dit besluit wordt verstaan onder :

1° cliënt : een leerling, een ouder of een opvoedingsverantwoordelijke;

2° doorlooptijd : de tijdspanne waarbinnen een traject wordt afgerond;

3° draaischijffunctie : coördinatie door het centrum van de leerlingenbegeleiding tussen het centrum de school en de schoolexterne diensten die een relevant aanbod bezitten in zake leerlingenbegeleiding of hulpverlening met het oog op proactieve en preventieve acties, of doorverwijzingen en met het oog op de optimalisering van de leerlingenbegeleiding;

4° handelingsgericht advies : advies dat tot stand komt op basis van de principes van het handelingsgericht werken of handelingsgerichte diagnostiek;

5° kernactiviteit : een algemeen aangeduide hulpactiviteit, gericht op een bepaald doel;

6° netwerkpartner : een partner in de externe hulp- en dienstverleningssector of gezondheidssector die deel uitmaakt van het aanwijsbaar netwerk van het CLB;

7° opvoedingsverantwoordelijken : de natuurlijke personen, anders dan de ouders, die de minderjarige op duurzame wijze in feite onder hun bewaring hebben of bij wie de minderjarige geplaatst is door bemiddeling of ten laste van de openbare overheid;

8° personen uit de leefomgeving : de natuurlijke personen, met uitzondering van de ouders en de opvoedingsverantwoordelijken, die bij de minderjarige inwonen of met de minderjarige een bijzondere affectieve band hebben, evenals de natuurlijke personen die in de buurt van de minderjarige wonen of met wie de minderjarige geregeld contact heeft, onder meer bij het schoolgaan of tijdens de vrijetijdsbesteding;

9° traject : een opeenvolging van kernactiviteiten, vermeld in artikel 5, die worden ingezet bij een leerlinggebonden aanbod.

HOOFDSTUK II. - Leerlinggebonden aanbod

Afdeling I. - Algemene bepalingen

Art. 4.

Het leerlinggebonden aanbod sluit aan bij de strategische doelstellingen, vermeld in artikelen 17, 19, 22 en 24 van het decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding.

Art. 5.

Om de strategische doelstellingen, vermeld in artikel 4, te realiseren, bestaat het leerlinggebonden aanbod uit de volgende mogelijke kernactiviteiten :

1° onthaal : het eerste contact met de cliënt, de school of een netwerkpartner en het beluisteren van het aanmeldingssignaal; indien nodig aansluiting bieden met al dan niet zelf aangeboden vraagverheldering of andere vormen van hulp;

2° vraagverheldering : samen met de cliënt, de school of een netwerkpartner de problemen inventariseren, systematisch in kaart brengen en ontrafelen; oplossingsalternatieven verkennen en die toetsen aan een mogelijk aanbod;

3° het verstrekken van informatie en advies :

a) het informeren en handelingsgericht advies geven over keuzemogelijkheden en gedragsalternatieven en eventueel het aanraden van bepaalde hulp aan de cliënt of aan personen uit de leefomgeving;

b) het verstrekken van een handelingsgericht advies aan leerkrachten om hun draagkracht te versterken bij de opvang van leerlingen met zorgvragen;

4° diagnose : een op systematische wijze opgebouwd, geobjectiveerd en gedetailleerd beeld van de problematiek en de onderwijsnoden van een leerling. Het centrum neemt zowel verhelderende, onderkennende als indicerende diagnostische vraagstellingen op en maakt bij de analyse hiervan gebruik van wetenschappelijk verantwoorde methoden en, waar die voorhanden zijn, van vastgelegde standaarden. Het centrum werkt waar nodig samen met externen. De diagnostiek resulteert in een advies aan de betrokkenen. Bij leerlingen met een specifieke onderwijsgerelateerde behoefte wordt een advies gegeven over ondersteunende maatregelen in onderwijs, al of niet geformaliseerd zoals bepaald in de onderwijsregelgeving;

5° kortdurende begeleiding : het bieden van een multidisciplinaire en professionele

kernactiviteiten, vermeld in artikel 5, eerste lid, 1° tot en met 4° en 6°, aan. Het centrum besteedt daarbij bijzondere aandacht aan het kleuteronderwijs en de aanvang van de lagere school bij het werken aan leer- en ontwikkelingsmoeilijkheden.

Art. 10.

Voor alle zorgvragen binnen het begeleidingsdomein onderwijsloopbaan biedt het centrum de kernactiviteiten, vermeld in artikel 5, 1° tot en met 4° en 6°, aan. Daarbij besteedt het centrum bijzondere aandacht aan de keuzeprocessen in de onderwijsloopbaan ter voorbereiding van de overgang :

1° van het basisonderwijs naar het secundair onderwijs;

2° van de eerste graad naar de tweede graad van het secundair onderwijs;

3° van de tweede graad naar de derde graad van het secundair onderwijs;

4° van de derde graad van het secundair onderwijs naar het hoger onderwijs;

5° van het buitengewoon onderwijs naar het gewoon onderwijs;

6° van het gewoon onderwijs naar het buitengewoon onderwijs;

7° van het voltijds onderwijs naar de deeltijdse leersystemen;

8° van de deeltijdse leersystemen naar het voltijds onderwijs.

In afwijking van het eerste lid biedt het centrum bij zorgvragen over problematische keuzes de kernactiviteiten, vermeld in artikel 5, 1° tot en met 6°, aan.

Het centrum biedt de kernactiviteiten, vermeld in artikel 5, 1° tot en met 3°, actief aan voor alle anderstalige nieuwkomers met het oog op de instap in het onderwijs en studiekeuze.

Art. 11.

Voor alle zorgvragen binnen het begeleidingsdomein preventieve gezondheidszorg biedt het centrum de kernactiviteiten, vermeld in artikel 5, 1° tot en met 4° en 6°, aan.

Art. 12.

Met behoud van de toepassing van artikel 6, eerste lid, biedt het centrum voor alle zorgvragen binnen het begeleidingsdomein psychisch en sociaal functioneren de kernactiviteiten, vermeld in artikel 5, 1° tot en met 6°, aan. Het centrum besteedt daarbij bijzondere aandacht aan het eerste leerjaar B, het beroepsvoorbereidend leerjaar, het beroepsonderwijs en de deeltijdse leersystemen met het oog op de vermindering van risicogedrag en een zinvolle beleving van de school door de leerlingen.

De kortdurende begeleiding, vermeld in het eerste lid, wordt altijd uitgevoerd als aanvulling op het beleid en de inspanningen van de school, als het gaat over gedrag dat kan resulteren in orde- en tuchtmaatregelen.

Art. 13.

Als een leerling, in overleg met de school, de ouders, de opvoedingsverantwoordelijken en waar

mogelijk de leerling zelf, in het kader van een traject, als vermeld in artikel 9 tot en met 12, wordt verwezen naar externe hulpverlening :

1° zorgt het centrum voor de voortgangscontrole van de leerling met het oog op het functioneren op school;

2° levert het centrum de gegevens aan waarop het zich gebaseerd heeft voor de verwijzing.

Afdeling II. - Leerlinggebonden aanbod bij afwezigheidsproblemen

Art. 14.

§ 1. Het centrum start, samen met de school, na melding door en overleg met de school, verplicht een traject op voor :

1° elke leerling die door de frequentie en de aard van zijn afwezigheden zijn schoolloopbaan in het gedrang brengt, ongeacht de gehanteerde wettigingen;

2° elke minderjarige leerling die [vijf of meer] halve lesdagen per schooljaar afwezig is, voor zover de school die afwezigheden als problematisch of ongewettigd registreert;

3° elke leerling die afwezig is wegens schorsing of wegens tijdelijke uitsluiting als tuchtmaatregel;

4° elke leerling die afwezig is wegens definitieve uitsluiting als tuchtmaatregel.

§ 2. Het traject, vermeld in § 1, 1°, heeft als doel te voorkomen dat de afwezigheden resulteren in een schoolse achterstand voor de betrokken leerling.

§ 3. Het traject, vermeld in § 1, 2°, heeft als doel te voorkomen dat de minderjarige leerling niet meer voldoet aan de reglementering inzake de leerplicht.

Als de leerling dreigt niet te voldoen aan wet van 29 juni 1983betreffende de leerplicht, en als hij of zijn ouders herhaaldelijk niet ingaan op het hulpaanbod dat door het centrum samen met en op initiatief van de school werd gestart, dan kan het centrum dit in overleg met de school melden aan de bevoegde ambtenaar van het Agentschap voor Onderwijsdiensten.

§ 4. Het traject, vermeld in § 1, 4°, heeft onder meer als doel de leerling en zijn ouders bij te staan bij het noodgedwongen zoeken naar een andere instelling of onderwijsvorm.

B.Vl.R. 30-8-2016

Art. 15.

Aanvullend op de inspanningen van de school start het centrum een traject op voor leerlingen van het kleuteronderwijs van wie de ontwikkeling en het leerproces ernstig bedreigd worden door hun beperkte aanwezigheid.

HOOFDSTUK III. - Schoolondersteuning

Art. 16.

De schoolondersteuning door de centra sluit aan bij de strategische doelstellingen, vermeld in artikel 16, 17, 23 en 24 van het decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor

leerlingenbegeleiding.

Art. 17.

De samenwerking tussen de actoren inzake leerlingenbegeleiding, waaronder de school, het schoolpersoneel, de ouders, de leerlingen, de pedagogische begeleidingsdienst en het centrum, moet leiden tot :

1° de versterking van de deskundigheid van leerkrachten bij het opvangen van leerlingen en inzake signaaldetectie;

2° de uitbouw van een adequate vorm van leerlingenbegeleiding of zorgbeleid op school.

Op het vlak van schoolondersteuning onderneemt het centrum aanvullend op de inspanningen van de school, vanuit zijn deskundigheid, de nodige acties om schoolinterne leerlingenbegeleiding te ondersteunen en te helpen optimaliseren. Het centrum vertrekt daarbij steeds vanuit de analyse van zijn bevindingen over leerlingen en hun concrete problemen. De school kan het centrum betrekken voor de ondersteuning bij verbetertrajecten.

Art. 18.

Om de strategische doelstellingen te realiseren, biedt elk centrum aan de scholen waarmee het een beleidscontract of een beleidsplan heeft afgesloten, ondersteuning aan die betrekking heeft op :

1° informatieverstrekking als vermeld in art. 16 van het decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding;

2° de draaischijffunctie van het centrum tussen de school en een aanwijsbaar netwerk;

3° participatie in overleg met betrekking tot leerlingenbegeleiding of zorgbeleid, georganiseerd door de school;

4° participatie aan projecten op school gericht op het beleid rond prioritaire doelgroepen.

Art. 19.

In het kader van de informatieverstrekking over het onderwijsaanbod en de aansluiting op de arbeidsmarkt, vermeld in artikel 18, 1°, organiseert het centrum, in samenwerking met de school, acties rond studie- en beroepskeuze en participeert het actief in de uitvoering ervan. Het centrum doet dit op volledige en neutrale wijze en dit voor alle leerlingen van :

1° het laatste jaar van het basisonderwijs;

2° het tweede jaar van de eerste graad secundair onderwijs;

3° het tweede jaar van de derde graad secundair onderwijs.

Art. 20.

In het kader van draaischijffunctie van het centrum tussen de school en een aanwijsbaar netwerk, vermeld in artikel 18, 2° coördineert het centrum, met het oog op proactieve en preventieve acties of doorverwijzingen, de samenwerking tussen :

1° het centrum;

2° de school;

3° andere dan in 1° bepaalde voorzieningen binnen de integrale jeugdhulp;

4° andere schoolexterne diensten die een relevant aanbod bezitten inzake leerlingenbegeleiding of de aanpak van afwezigheidsproblemen.

Het centrum toetst samen met de school het aanbod van externe diensten die relevant kunnen zijn voor de leerlingenbegeleiding, of de aanpak van afwezigheidsproblemen. Het centrum ondersteunt de school bij de implementatie van het schoolexterne aanbod.

Art. 21.

[In het kader van de ondersteuning, vermeld in artikel 18, 2° en 3°, werkt het centrum bij de uitvoering van zijn opdrachten op het vlak van preventieve gezondheidszorg, samen met de organisaties die betrokken zijn bij het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid, waaronder de Logo's, aan de realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen en het preventieve gezondheidsbeleid met betrekking tot de onderwijscontext.]

B.Vl.R. 30-8-2016

Art. 22.

In het kader van de participatie in overleg, georganiseerd door de school, vermeld in artikel 18, 3°, participeert het centrum ten minste in het systematisch en gestructureerd overleg, gebaseerd op de door de school geregistreerde gegevens over de aanwezigheid en afwezigheid van individuele leerlingen.

In het beleidsplan of -contract zoals vermeld in artikel 38 en 39 van het decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding wordt opgenomen bij welk ander schoolinterne overleg het centrum aanwezig is.

Art. 23.

In het kader van de participatie in projecten op school, vermeld in artikel 18, 4°, ondersteunt het centrum de school bij projecten, geïnitieerd door de school of het centrum, die als doel hebben groepen van leerlingen die leerbedreigd zijn door hun sociale achtergrond of hun leefsituatie, maximaal kansen te bieden binnen het onderwijs. Daarvoor werkt het centrum samen met de ouders, de leerlingen en hun maatschappelijke omgeving.

Art. 24.

Binnen het kader van zijn deskundigheid inzake leerlingenbegeleiding adviseert het centrum zijn scholen op het vlak van gezondheid, veiligheid en hygiëne.

Art. 25.

Het centrum ondersteunt de samenwerking van de scholen voor gewoon en voor buitengewoon onderwijs.

Art. 26.

Het centrum ondersteunt de school in acties die definitieve uitsluiting als tuchtmaatregel kunnen voorkomen.

HOOFDSTUK IV. - Preventieve gezondheidszorg

Afdeling I. - Algemene bepalingen

Art. 27.

Het aanbod van de preventieve gezondheidszorg sluit aan bij de strategische doelstellingen, vermeld in artikel 18 van het decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding.

Afdeling II. - Algemene consulten

Art. 28.

Het centrum voert een algemeen consult uit bij leerlingen uit de volgende leerjaren :

1° het tweede jaar kleuteronderwijs of, voor het buitengewoon onderwijs, het kalenderjaar waarin de kleuter vijf jaar wordt;

2° het vijfde jaar lager onderwijs of, voor het buitengewoon onderwijs, het kalenderjaar waarin de leerling elf jaar wordt;

3° het eerste jaar secundair onderwijs of, voor het buitengewoon onderwijs, het kalenderjaar waarin de leerling dertien jaar wordt;

4° het derde jaar secundair onderwijs of, voor het buitengewoon onderwijs, het kalenderjaar waarin de leerling vijftien jaar wordt;

5° het eerste jaar deeltijds beroepssecundair onderwijs, erkende vorming, of het schooljaar waarin het deeltijds beroepssecundair onderwijs of de erkende vorming wordt aangevat.

Het algemene consult, vermeld in het eerste lid, 5°, wordt niet uitgevoerd als bij de betrokken leerling twaalf maanden voordien al een algemeen consult heeft plaatsgevonden.

Het algemene consult, vermeld in het eerste lid, 5°, wordt niet uitgevoerd bij jongeren in de leertijd, bedoeld in het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het publiekrechtelijk vormgegeven extern verzelfstandigd agentschap "Vlaams Agentschap voor Ondernemingsvorming - Syntra Vlaanderen" die onderworpen zijn aan een gezondheidsonderzoek overeenkomstig de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk.

De algemene consulten, vermeld in het eerste lid, worden door een arts en een paramedisch werker uitgevoerd. De besluitvorming gebeurt door de arts, die tevens de eindverantwoordelijkheid draagt.

Art. 29.

Het algemene consult, vermeld in artikel 28, eerste lid, 1°, omvat minstens :

1° de anamnese en de interpretatie van de gegevens die beschikbaar werden gesteld door de ouders of de opvoedingsverantwoordelijken;

2° de interpretatie van voor het consult relevante informatie die beschikbaar wordt gesteld door het centrum of de school;

3° de interpretatie van gegevens die door de instelling Kind en Gezin of door de behandelende arts beschikbaar worden gesteld;

4° een leeftijdsspecifiek algemeen medisch onderzoek dat in elk geval de volgende elementen omvat :

a) anamnese;

b) groei en gewicht;

c) algemene ontwikkeling, met bijzondere aandacht voor spraak en motoriek;

d) visuele functie en oogstand;

e) [...]

f) mond;

g) genitaliën;

5° de opvolging van de nazorg.

Het centrum neemt initiatieven om de aanwezigheid van de ouders of de opvoedingsverantwoordelijken bij het algemene consult, vermeld in het eerste lid, aan te moedigen.

B.Vl.R. 30-8-2016

Art. 30.

Het algemene consult, vermeld in artikel 28, eerste lid, 2°, omvat minstens :

1° de anamnese en de interpretatie van de gegevens die beschikbaar worden gesteld door de ouders of de opvoedingsverantwoordelijken;

2° de interpretatie van voor het consult relevante informatie die beschikbaar wordt gesteld door het centrum of de school, inclusief informatie over afwezigheids- en ongeschiktheidsattesten en over fysieke fitheid;

3° de interpretatie van gegevens die door de behandelende arts beschikbaar worden gesteld;

4° vragen over voedings- en leefgewoonten;

5° een leeftijdsspecifiek algemeen medisch onderzoek dat in elk geval de volgende elementen omvat :

a) anamnese;

b) groei en gewicht;

c) visuele functie;

d) gehoor;

e) mond;

f) genitaliën;

g) houding en bewegingsstelsel;

h) puberale ontwikkeling;

6° de opvolging van de nazorg.

Art. 31.

Het algemene consult, vermeld in artikel 28, eerste lid, 3°, omvat minstens :

1° de anamnese en de interpretatie van de gegevens die beschikbaar worden gesteld door de ouders of de opvoedingsverantwoordelijken;

2° de interpretatie van voor het consult relevante informatie die beschikbaar wordt gesteld door het centrum of de school, inclusief informatie over afwezigheids- en ongeschiktheidsattesten en over fysieke fitheid;

3° de interpretatie van gegevens die door de behandelende arts beschikbaar worden gesteld;

4° vragen over voedings- en leefgewoonten;

5° een leeftijdsspecifiek algemeen medisch onderzoek dat in elk geval de volgende elementen omvat :

a) anamnese;

b) groei en gewicht;

c) mond;

d) genitaliën;

e) houding en bewegingsstelsel;

f) puberale ontwikkeling;

6° de opvolging van de nazorg.

Art. 32.

Het algemene consult, vermeld in artikel 28, eerste lid, 4°, omvat minstens :

1° de anamnese, met bijzondere aandacht voor problemen in verband met de menstruele cyclus, en de interpretatie van de gegevens die beschikbaar worden gesteld door de ouders of de opvoedingsverantwoordelijken;

2° de interpretatie van voor het consult relevante informatie die beschikbaar wordt gesteld door het centrum of de school, inclusief informatie over afwezigheids- en ongeschiktheidsattesten en over fysieke fitheid;

3° de interpretatie van gegevens die door de behandelende arts beschikbaar worden gesteld;

4° vragen over voedings- en leefgewoonten;

5° een leeftijdsspecifiek algemeen medisch onderzoek, dat in elk geval de volgende elementen omvat :

a) anamnese;

b) groei en gewicht;

c) gehoor;

d) mond;

e) genitaliën;

f) houding en bewegingsstelsel;

g) puberale ontwikkeling;

6° de opvolging van de nazorg.

Afdeling III. - Gerichte consulten

Art. 33.

§ 1. Het centrum voert een gericht consult uit bij leerlingen uit de volgende leerjaren :

1° het eerste jaar kleuteronderwijs, op voorwaarde dat de te onderzoeken kleuters voor 1 januari van het schooljaar in kwestie drie jaar geworden zijn;

2° het eerste jaar lager onderwijs;

3° het derde jaar lager onderwijs.

De besluitvorming na het gerichte consult gebeurt door de arts, die tevens de eindverantwoordelijkheid draagt.

§ 2. In afwijking van § 1, 1°, wordt in het buitengewoon onderwijs een gericht consult uitgevoerd in het kalenderjaar waarin de leerling vier jaar wordt.

§ 3. In afwijking van § 1, 2°, wordt in het buitengewoon onderwijs een gericht consult uitgevoerd in het kalenderjaar waarin de leerling zeven jaar wordt.

§ 4. In afwijking van § 1, 3°, wordt in het buitengewoon onderwijs een gericht consult uitgevoerd in het kalenderjaar waarin de leerling negen jaar wordt.

§ 5. Gerichte consulten worden bij voorkeur in de school uitgevoerd.

Art. 34.

[Het gerichte consult, vermeld in artikel 33, § 1, eerste lid, 1°, omvat de anamnese en de interpretatie van gegevens die relevant zijn voor het consult en die de ouders, de opvoedingsverantwoordelijken, Kind en Gezin, de behandelende arts, het centrum en de school beschikbaar stellen. Het schenkt bijzondere aandacht aan groei, gewicht, visuele functie, oogstand, gehoor en de opvolging van de nazorg.]

B.Vl.R. 30-8-2016

Art. 35.

[Het gerichte consult, vermeld in artikel 33, § 1, eerste lid, 2°, omvat de anamnese en de interpretatie van gegevens die relevant zijn voor het consult en die de ouders, de opvoedingsverantwoordelijken, de behandelende geneesheer, het centrum en de school beschikbaar stellen. Het schenkt bijzondere aandacht aan groei, gewicht, visuele functie, kleurenzien, oogstand, mond, gehoor en de opvolging van de nazorg.]

B.Vl.R. 30-8-2016

Art. 36.

Het gerichte consult, vermeld in artikel 33, § 1, 3°, omvat de anamnese, de interpretatie van voor het consult relevante gegevens die beschikbaar worden gesteld door de ouders, de opvoedingsverantwoordelijken, de behandelende geneesheer, het centrum en de school, en schenkt bijzondere aandacht aan groei, gewicht en visuele functie en de opvolging van de nazorg.

Afdeling IV. - Bijzondere consulten

Art. 37.

[...]

B.Vl.R. 10-7-2015

Afdeling V. - Andere opdrachten

Art. 38.

Het centrum kan bij individuele leerlingen een medisch onderzoek uitvoeren :

1° als vorm van nazorg na een algemeen, een gericht of een bijzonder consult;

2° op verzoek van de leerling, de school, de ouders of de opvoedingsverantwoordelijken;

3° op eigen initiatief.

Bij groepen van leerlingen kan het centrum een medisch onderzoek uitvoeren met betrekking tot specifieke gezondheidsrisico's.

Afdeling VI. - Verzet

Art. 39.

Het verzet, vermeld in artikel 30, § 2, van het decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding, wordt schriftelijk meegedeeld aan de directeur van het centrum met een aangetekende brief of tegen afgifte van een ontvangstbewijs. Het verzet is getekend en gedateerd.

Art. 40.

De persoon die verzet heeft aangetekend, is verplicht de consulten, vermeld in artikel 28 en 33,

Art. 45.

Het centrum streeft ernaar een vaccinatiegraad van minimaal 95 % te halen bij de leerlingen die het begeleidt, om een volledige uitroeiing van sommige besmettelijke ziekten te realiseren.

Afdeling III. - Profylaxe

Art. 46.

Met behoud van de toepassing van de bepalingen van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, neemt het centrum profylactische maatregelen bij leerlingen en schoolpersoneel. [...] Het centrum informeert de directies van de scholen over die maatregelen. [Infectieziekten die een epidemisch karakter dreigen aan te nemen of aangenomen hebben, en die gemeld moeten worden aan de bevoegde ambtenaar-arts, vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 19 juni 2009 betreffende initiatieven om uitbreiding van schadelijke effecten die veroorzaakt zijn door biotische factoren, tegen te gaan, vereisen ook het nemen van maatregelen. Het Draaiboek Infectieziekten CLB is daarbij een evidencebased leidraad voor elk centrum voor leerlingenbegeleiding. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid wordt belast met de opmaak van dit draaiboek in overleg met de sector. De meest actuele versie van het Draaiboek Infectieziekten CLB wordt op de website van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid ter beschikking gesteld. Onder een evidencebased leidraad wordt verstaan : "een document met aanbevelingen ter ondersteuning van de besluitvorming door professionals in de zorg en patiënten, die berusten op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig handelen. Evidencebased leidraden zijn bedoeld ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Daardoor wordt het klinisch handelen meer gebaseerd op wetenschappelijk bewijs dan op ervaring en meningen en wordt de variatie in handelen tussen zorgverleners verminderd." .]

B.Vl.R. 18-3-2011

Art. 47.

Het centrum brengt de bevoegde [ambtenaar-arts] en de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer op de hoogte als :

1° een ziekte wordt vastgesteld [die een epidemisch karakter dreigt aan te nemen of aangenomen heeft als vermeld in artikel 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 19 juni 2009 betreffende initiatieven om uitbreiding van schadelijke effecten, die veroorzaakt zijn door biotische factoren, tegen te gaan];

2° de overwogen profylactische maatregelen inhouden dat de school moet worden gesloten;

3° de profylactische maatregelen inhouden dat monsters voor de opsporing van kiemdragers moeten worden genomen.

In de gevallen, vermeld in punt 2° en 3°, moet tevens de inspectie van de centra op de hoogte worden gebracht.

B.Vl.R. 18-3-2011

HOOFDSTUK VI. - Andere bepalingen

Afdeling I. - Registratie

Art. 48.

Het centrum registreert een aantal gegevens zoals bepaald in artikel 10 en 20 van het decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding. De Vlaamse minister, bevoegd voor het onderwijs en de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, bepalen welke gegevens geregistreerd worden, in welke vorm en aan welke diensten ze moeten worden bezorgd. Dit gebeurt na overleg met de centrumnetten.

[Art. 48bis.

In uitvoering van artikel 20, § 3, van het decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding kan aan het Gemeenschapsonderwijs en elke representatieve vereniging van de besturen van de centra voor leerlingenbegeleiding van het gesubsidieerd onderwijs een subsidie worden verleend in functie van gegevensuitwisseling. De subsidie wordt toegekend door de Vlaamse minister, bevoegd voor het onderwijs, binnen de beschikbare kredieten.

Om voor de subsidie in aanmerking te komen moet er een projectaanvraag worden ingediend, uiterlijk 15 mei voorafgaand aan de betrokken subsidieperiode die gelijk is aan de duur van een schooljaar. In afwijking hiervan geldt 15 september 2016 als uiterste indieningsdatum voor het schooljaar 2016-2017.

Uit die aanvraag moet het volgende blijken :

1° de aanvraag is gemeenschappelijk voor het Gemeenschapsonderwijs en alle representatieve verenigingen van de besturen van de centra voor leerlingenbegeleiding van het gesubsidieerd onderwijs;

2° de projectverantwoordelijke;

3° de begunstigde van de subsidie;

4° de concrete wijze van aanwending van de subsidie binnen de volgende criteria :

a) éénduidige en kwaliteitsvolle registratie van activiteiten in het multidisciplinair dossier van leerlingen in alle centra voor leerlingenbegeleiding;

b) Verslaggeving op basis van gesystematiseerde gegevens die de Vlaamse overheid toelaten beleidsconclusies en beleidsopties te formuleren;

c) meewerken aan initiatieven om vanuit het eigen registratiesysteem gegevens te kunnen uitwisselen met andere relevante ICT-systemen, waaronder alleszins de systemen die betrekking hebben op vaccinaties en integrale jeugdhulp.

De aanvraag wordt geëvalueerd door de bevoegde diensten van het Vlaams ministerie van Onderwijs en Vorming op volledigheid en conformiteit met de hierboven vermelde criteria. De beoordeling wordt, met het oog op beslissing, in een advies aan de Vlaamse minister, bevoegd voor het onderwijs, opgenomen.

Mits gunstige beslissing gebeurt de uitbetaling van de subsidie als volgt :

1° een eerste schijf van 80% wordt uitbetaald na de goedkeuring van het ministerieel subsidiebesluit en de vastlegging van de middelen;

2° het saldo van de subsidie wordt uitbetaald na goedkeuring door de bevoegde diensten van het Vlaams ministerie van Onderwijs en Vorming van het inhoudelijk en financieel verslag over de voorbije subsidieperiode, dat wordt ingediend uiterlijk op 30 september daaropvolgend.]

B.Vl.R. 30-8-2016

Art. 49.

Om de gezondheid, de groei en de ontwikkeling van de leerling te bevorderen, te bewaken en te behouden, kan de verantwoordelijke arts na een consult een gezondheidsbilan opmaken. Dit gezondheidsbilan is de synthese van de bevindingen van de arts en vormt de basis voor multidisciplinair overleg in het centrum.

Afdeling II. - Werkingsbeginselen en deontologische code

Art. 50.

Bij het realiseren van de operationele doelstellingen houdt het centrum voor leerlingenbegeleiding ten minste rekening met de werkingsbeginselen, vermeld in artikel 7 tot en met 14ter van het decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding.

HOOFDSTUK VII. - Slotbepalingen

Art. 51.

De volgende regelingen worden opgeheven :

1° het besluit van de Vlaamse Regering van 18 december 1998 houdende de oprichting van een tijdelijke stuurgroep ter ondersteuning van de PMS-centra en de MST-equipes bij hun omvorming tot centra voor leerlingenbegeleiding, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 december 2001;

2° het besluit van de Vlaamse Regering van 17 maart 2000 tot bepaling van sommige opdrachten van de centra voor leerlingenbegeleiding;

3° het besluit van de Vlaamse Regering van 28 augustus 2000 tot bepaling van sommige opdrachten van de centra voor leerlingenbegeleiding;

4° het besluit van de Vlaamse Regering van 28 augustus 2000 tot vaststelling van de operationele doelstellingen voor de begeleiding van jongeren met leerplichtproblemen in de centra voor leerlingenbegeleiding, gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse Regering van 21 maart 2003;

5° het besluit van de Vlaamse Regering van 15 december 2000 betreffende informatiseringstoelagen voor de centra voor leerlingenbegeleiding;

6° het besluit van de Vlaamse Regering van 12 januari 2001 betreffende het tijdelijk project voor de informatisering van de centra voor leerlingenbegeleiding.

Art. 52.

De Vlaamse Regering evalueert binnen twee jaar na de inwerkingtreding de werking en de effecten van dit besluit. Hierbij wordt rekening gehouden met de doorlooptijden, de taakbelasting en het totale takenpakket van de personeelsleden van de centra.

Art. 53.

Dit besluit treedt in werking op 1 september 2009.

Art. 54.

De Vlaamse minister, bevoegd voor het onderwijs en de Vlaamse minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid, zijn, ieder wat hem of haar betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Bijlage I. - Profylaxe

[...]

B.Vl.R. 18-3-2011

Bijlage 2: Systematisch literatuuronderzoek

1) Quaternaire bronnen – guidelines[1]

a. Guidelines International Network (www.g-i-n.net) met als zoektermen 'Preventive Health Services' and 'pediatrics' (10 hits), 'developmental screening' (1 hit), 'developmental surveillance' (0 hits); telkens beperkt tot de resultaten van de laatste 5 jaar → 2 guidelines werden weerhouden
b. National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov) met volgende zoekcriteria: Keywords: 'school' (84 hits), 'developmental screening' (34 hits), 'developmental surveillance' (9 hits); Publication date: from 2012 to 2016 (geen recentere publicaties); Age of Target Population: Child (2 to 12 years); Guideline Category: Prevention, Screening → 1 potentieel interessante guideline moest uiteindelijk worden verworpen omwille van de leeftijd van de populatie (1 tot 4 jaar)
c. NHS Guideline finder (www.evidence.nhs.uk) met volgende zoekcriteria: Zoektermen: 'Preventive Health Services' and 'pediatrics' (30 guidelines), 'developmental screening' (65 guidelines), 'developmental surveillance' (36 guidelines); Evidence type: Guidance & Pollicy; Area of interest: 'Public Health'; Date: '01/01/2012 – 06/04/2017' → geen publicaties weerhouden
d. CEBAM Digital Library for Health (www.cdlh.be) met als zoektermen 'Preventive Health Services' and 'pediatrics' (19 richtlijnen), 'developmental screening' (25 richtlijnen), 'developmental surveillance' (20 richtlijnen) → geen publicaties weerhouden
e. Domus Medica (www.domusmedica.be) → geen relevante richtlijnen

[1] Omdat er bij het literatuuronderzoek in 2017 uiteindelijk via de databases geen toepasbare richtlijn van de laatste 5 jaar meer kon worden weerhouden (de 2 guidelines die in 2016 nog werden weerhouden werden ondertussen teruggetrokken), werden de zoekacties uitgebreid naar publicaties van de laatste 10 jaar. Dit leverde enkele extra hits op, maar evenmin een bruikbare richtlijn.

2) Tertiaire bronnen – systematische reviews [2]

a. Cochrane Library (www.cochranelibrary.com) met zoektermen 'preventive health services' and 'pediatrics' (0 reviews), 'developmental screening' (15 reviews), 'developmental surveillance' (11 hits) en Publication Year from 2012 to 2017 → geen publicaties weerhouden
b. BMJ Clinical Evidence (www.clinicalevidence.org) met zoektermen 'preventive health services' and 'pediatrics' (29 reviews), 'developmental screening' (5 reviews), 'developmental surveillance' (5 reviews) → geen publicaties weerhouden

3) Secundaire bronnen via Pubmed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) [3]

a. Met Meshtermen en volgende zoekcriteria:
    i. Meshtermen "Child Development" AND "Mass Screening"; Age: Child: birth-18 years); Publication date: last 10 years → 261 hits waarvan 1 publicatie werd weerhouden
    ii. Meshtermen "Child Development" AND "Population Surveillance"; Age: Child: birth-18 years; Publication date: last 10 years → 58 hits, geen nieuwe publicaties weerhouden
    iii. Meshtermen "Motor Skills" AND "Mass Screening"; Age: Child: birth-18 years; Publication date: last 10 years → 33 hits waarvan initieel 1 publicatie die op basis van de titel werd weerhouden alsnog werd verworpen na het lezen van het abstract
    iv. Meshtermen "Motor Skills" AND "Mass Screening"; Age: Child: birth-18 years; Publication date: last 10 years → 7 hits, geen nieuwe publicaties weerhouden

[2] Een eerste search in 2016 leverde onder meer een guideline van 2013 op [4]. Omdat het stukje in de guideline dat handelde over screening van de ontwikkeling uiterst summier was, werd er voor de tertiaire bronnen ook gezocht over de laatste 5 jaar en niet enkel voor bronnen na 2013. In 2017 werd de zoekactie omwille van het ontbreken van een toepasbare richtlijn van de laatste 5 jaar uitgebreid naar publicaties van de laatste 10 jaar, echter zonder bijkomend resultaat. Nadien werd wel nog de update van de guideline van The Royal Australian College of General Practitioners die dateert uit 2016 ontdekt op hun website [6].

[3] Gezien de beperkte opbrengst van de zoektocht voor quaternaire en tertiaire bronnen, ook na het uitbreiden van de zoektermijn tot de voorbije 10 jaar, werd voor de secundaire bronnen ook over een periode van 10 jaar gezocht.

b. Met vrije zoektermen voor de laatste 3 maanden [4]: ‘Preventive Health Services’ and ‘pediatrics’ (25 hits, geen weerhouden), ‘developmental screening’ (1 hit), ‘developmental surveillance’ (0 hits); Publication date from 2017/01/01 to 2017/04/06; Age: Child: birth-18 years.

[4] Gezien de toekenning van Meshtermen een 3-tal maanden op zich laat wachten.

Bijlage 3: Goedkeuring Commissie Medisch Ethiek

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

PROF. DR. A. JANSEN
MAATSCHAPPELIJKE GEZONDHEIDSZORG
VUB

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussel, 05-04-2017

Ons Kenmerk: **2017/81**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
De evaluatie van de motorische ontwikkeling van 5-jarige kleuters binnen de centra voor leerlingenbegeleiding in Vlaanderen
B.U.N. 143201731842

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van 5 april 2017

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

Bijlage 4: Informatie voor deelnemers

Beste collega CLB-arts,

Graag nodig ik u uit voor deelname aan een onderzoek in het kader van mijn masterproef Jeugdgezondheidszorg "De evaluatie van de motorische ontwikkeling van 5-jarige kleuters binnen de Centra voor LeerlingenBegeleiding in Vlaanderen".

Met dit onderzoek wil ik de huidige manier van werken voor het beoordelen van de motorische ontwikkeling van kleuters door de Vlaamse schoolartsen nagaan.

De deelname aan dit onderzoek bestaat uit het invullen van een elektronische vragenlijst. Dit zal ongeveer 15 à 20 minuten van uw tijd in beslag nemen. Indien u problemen ervaart bij het invullen van de vragenlijst, kan u mij hiervan via onderstaand e-mailadres op de hoogte te brengen.

Naast de vragenlijst is het de bedoeling om de manier waarop de beoordeling van de motorische ontwikkeling in de praktijk gebeurt voor enkele deelnemers aan dit onderzoek grondiger te bekijken, door middel van een interview en/of observatie van een algemeen consult. Dit bijkomende deel zal gebeuren in een 2e fase of in een bijkomend onderzoeksproject en is eveneens geheel vrijblijvend. Op het einde van de vragenlijst kan u aangeven of u hiervoor al dan niet gecontacteerd mag worden. Op het moment dat wij u hiervoor contacteren zal u opnieuw uw geïnformeerde toestemming kunnen geven om al dan niet deel te nemen aan dit 2e deel van het onderzoek, uw interesse op dit moment is dus geenszins bindend.

Zodra het onderzoek is afgerond, ontvangen de deelnemers aan dit onderzoek die dit wensen feedback over de resultaten en de conclusies ervan.

Dit onderzoek werd goedgekeurd door de ethische commissie van het UZ Brussel / Vrije Universiteit Brussel, met prof. dr. A. Jansen als promotor van deze masterproef en prof. dr. G. Van Hal (Universiteit Antwerpen) als co-promotor.

Persoonlijke gegevens verkregen tijdens deze studie worden geanonimiseerd. In overeenstemming met de Belgische wet zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. De deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. Door het doorklikken op de link hieronder en het invullen van de elektronische vragenlijst geeft u de toestemming tot deelname aan dit onderzoek.

Indien u nog vragen heeft of nog meer informatie wenst, kan u steeds contact met mij opnemen (aseghers@clbdiesttess.be).

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking,
Dr. Alexandra Seghers

U vindt de vragenlijst via deze link: https://www.uwantwoord.be/enquetes/motorische-ontwikkeling-van-5-jarige-kleuters/

Bijlage 5: Vragenlijst online bevraging CLB-artsen

- Sinds welk jaar werkt u als CLB-arts? * …
- Voor welke onderwijsnetten/-koepels werkt u? (meerdere antwoorden mogelijk) *
    - Gemeenschapsonderwijs (go)
    - Gesubsidieerd officieel onderwijs: Onderwijssecretariaat van de Steden en Gemeenten van de Vlaamse Gemeenschap (OVSG)
    - Gesubsidieerd officieel onderwijs: Provinciaal Onderwijs Vlaanderen (POV)
    - Gesubsidieerd vrij onderwijs (gvo)
- Voor welk percentage bent u momenteel tewerkgesteld in een CLB (alle werkplekken opgeteld)? * …
- Verzorgt u onder meer het algemeen consult in de 2e kleuterklas? *
    - Ja
    - Neen → *Bedankt voor uw deelname. Deze vragenlijst is verder niet voor u bedoeld.*
- Bent u naast uw bezigheden als CLB-arts nog elders werkzaam? *
    - Ja,
        - als …
    - Neen
- Welke opleidingen heeft u gevolgd na het behalen van uw basisdiploma arts? (meerdere antwoorden mogelijk) *
    - Jeugdgezondheidszorg
        - Wat is het (verwachte) jaar waarin u uw diploma heeft behaald?
    - Huisartsgeneeskunde
    - Specialisatie,
        - namelijk …
    - Andere,
        - namelijk …

In het Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) van 2009 staat onder meer het volgende te lezen: *"Het algemene consult tijdens het tweede jaar kleuteronderwijs of, voor het bijzonder onderwijs, het kalenderjaar waarin de kleuter vijf jaar wordt, dient oa. een globaal ontwikkelingsonderzoek van de kleuter te omvatten met bijzondere aandacht voor spraak en motoriek."*
De bedoeling van de volgende vragen is om in kaart te brengen welke plaats de motoriek krijgt binnen dit algemeen consult en hoe dit concreet wordt ingevuld.

- Welke oudervragenlijsten worden er gebruikt? *
    - De voorbeeldvragenlijsten van mijn onderwijskoepel
        - Specifieer welke onderwijskoepel …
    - Andere voorbeeldvragenlijsten

        - Specifieer…
    - Een eigen vragenlijst:
        - Is er binnen deze vragenlijst speciale aandacht voor de motorische ontwikkeling?
            - Ja
                - Zo ja, hoe wordt dit bevraagd? Gelieve hieronder zo letterlijk mogelijk weer te geven hoe dit in de door u gebruikte vragenlijst bevraagd wordt. * …
            - Neen
- Gebeurt het consult in de aanwezigheid van ouders?
    - Altijd
    - Nooit
    - Soms
- Is dit voor u een meerwaarde wanneer het gaat over de motorische ontwikkeling van een kind?
    - Ja
        - Indien gewenst kan u uw antwoord verder toelichten: Waarom? …
    - Neen
        - Indien gewenst kan u uw antwoord verder toelichten: Waarom niet? …
- U bespreekt de motorische ontwikkeling met de begeleidende ouders…
    - Systematisch
    - Nooit
- In bepaalde gevallen (meerdere antwoorden mogelijk)
        - Bij vragen van de ouders
        - Bij eigen bezorgdheden
        - Op basis van de oudervragenlijst
        - Op basis van informatie van de school
        - Andere, namelijk …
- Krijgt u vooraf op systematische wijze informatie over de motorische ontwikkeling van bepaalde kinderen? *
    - Neen
    - Ja
        - Op welke manier? *
            - Ik neem altijd deel aan het MDO van de 2e kleuterklas.
            - Ik neem deel aan het MDO van de 2e kleuterklas wanneer mij dit o.w.v. bepaalde bezorgdheden gevraagd wordt.
            - Ik neem vooraf in LARS de informatie uit de MDO's en/of andere activiteiten door.
            - De verpleegkundige neemt vooraf in LARS de informatie uit de MDO's en/of andere activiteiten door.

- Ik heb vooraf overleg met mijn collega's van de andere disciplines die mij laten weten bij welke kinderen er bezorgdheden zijn.
- Andere: …

- Krijgt u vooraf op informele wijze informatie over de motorische ontwikkeling van bepaalde kinderen? *
  - Neen
  - Ja
- Op welke manier? (meerdere antwoorden mogelijk) *
  - Mijn collega's van de andere disciplines laten me af en toe weten dat er een kind op consult zal komen waarbij bepaalde bezorgdheden zijn.
  - De leerkracht spreekt me bij het begin van het consult aan met bepaalde zorgen.
  - Andere, namelijk …
- Tijdens het consult: *
  - Doe ik geen bijzonder nazicht voor het beoordelen van de motorische ontwikkeling, ik neem enkel nota van zaken die bij gewone observatie opvallen (b.v. het kind kan niet op de onderzoekstafel klimmen, veel moeite met aan-/uitkleden, …)
  - Gebruik ik systematisch bij elk kind dezelfde testbatterij om een beeld te krijgen van de motorische ontwikkeling.
    - Gelieve deze testbatterij zo nauwkeuring mogelijk te omschrijven: * …
    - Wat is de herkomst van deze testbatterij?
      - Ik heb deze zelf samengesteld door de jaren heen op basis van mijn ervaring
      - Dit werd mij aangeraden door collega's
      - Deze is gebaseerd op een specifieke bron, namelijk …
      - Andere, namelijk …
  - Besteed ik bij bepaalde kinderen extra aandacht aan het beoordelen van de motorische ontwikkeling.
- Hoe bepaalt u bij welke kinderen u dit doet? (meerdere antwoorden mogelijk)
  - De oudervragenlijst of bezorgdheden van de begeleidende ouder(s)
  - Bezorgdheden van de ouders gemeld aan het CLB
  - Bezorgdheden via het MDO
  - Bezorgheden gemeld door de leerkracht
  - Bezorgheden ontstaan tijdens het consult
  - Andere, namelijk …
  - Op welke manier onderzoekt u de motorische ontwikkeling bij deze kinderen tijdens het algemeen consult? *
    - Een testbatterij die ik zelf heb samengesteld door de jaren heen op basis van mijn ervaring

        - Gelieve deze testbatterij zo nauwkeuring mogelijk te omschrijven: * …
    - Een testbatterij die mij werd aangeraden door mijn collega's
        - Gelieve deze testbatterij zo nauwkeuring mogelijk te omschrijven: * …
    - Ik baseer me op een specifieke aanbeveling, namelijk …
    - Ik pak het beoordelen van de motoriek tijdens het algemeen consult anders aan, namelijk …
- Wanneer ik me niet ongerust maak over de motorische ontwikkeling van een kind,
    - Zet ik niets in de ouderbrief
    - Zet ik enkel iets in de ouderbrief wanneer er twijfels waren over de motorische ontwikkeling van dat kind
    - Vermeld ik dit ook in de ouderbrief
        - Ik schrijf: "Normale motorische ontwikkeling"
        - Ik gebruik een variant hierop, namelijk … (uw letterlijke bewoordingen)
- Wanneer ik me wel ongerust maak over de motorische ontwikkeling van een kind, (meerdere antwoorden mogelijk)
    - Noteer ik dit in de ouderbrief
        - (Bijna) altijd,
            - als volgt: …
        - Soms,
            - als volgt: ...
        - (Bijna) nooit
    - Bespreek ik dit met de begeleidende ouders
        - (Bijna) altijd
        - Soms
        - (Bijna) nooit
    - Bel ik de ouders op
        - (Bijna) altijd
        - Soms
        - (Bijna) nooit
    - Bespreek ik dit met de leerkracht
        - (Bijna) altijd
        - Soms
        - (Bijna) nooit
    - Bespreek ik dit met mijn CLB-collega die schoolanker is
        - (Bijna) altijd
        - Soms
        - (Bijna) nooit

- Bespreek ik dit op een teamoverleg
  - (Bijna) altijd
  - Soms
  - (Bijna) nooit
- Geef ik tips om de motoriek te stimuleren
  - (Bijna) altijd
    - Via een standaardformulering op de ouderbrief, namelijk …
    - Via een foldertje dat ik meegeef, welk? …
    - Op een andere manier, namelijk …
  - Soms
    - Via een standaardformulering op de ouderbrief, namelijk …
    - Via een foldertje dat ik meegeef, welk? …
    - Op een andere manier, namelijk …
  - (Bijna) nooit

- Welke doorverwijzingen doet u na het algemeen consult? Het gaat hier om verwijzingen omtrent motorische ontwikkeling. *
  - Ik adviseer soms kinesitherapie op te starten
    - Ja
      - Zonder doorverwijzing, enkel als advies
      - Met rechtstreekse doorverwijzing naar de kinesist
      - Met doorverwijzing naar de huisarts
      - Andere, namelijk …
    - Neen
  - Ik verwijs na het medisch consult soms door voor verdere diagnostiek
    - Ja, naar
      - De huisarts
      - De kinderarts
      - De kinderneuroloog
      - Een COS
      - Andere: …
    - Neen
  - Ik verwijs zelden of nooit door na het medisch consult, ik bespreek dit eerst op het multidisciplinair teamoverleg.
    - Ja
    - Neen
  - Vooraleer door te verwijzen maak ik eerst een nieuwe afspraak voor het uitvoeren van een klinisch neurologisch onderzoek door mezelf of door een collega CLB-arts.
    - Ja

            - Door mezelf
            - Door een collega CLB-arts: waarom?
        - Neen

Af en toe wordt er een diagnostisch traject gestart bij een leerling bij wie er een vermoeden is van een vertraagde of afwijkende motorische ontwikkeling. Hierover gaan de volgende vragen.

- Hoe vaak wordt bij een kleuter een diagnostisch traject omtrent de motorische ontwikkeling gestart? *
    - Minder dan 1x/jaar
    - 1-2x/jaar
    - Meer dan 2x per jaar maar niet maandelijks
    - Gemiddeld maandelijks
    - Gemiddeld wekelijks
    - Gemiddeld meerdere keren per week
- Wanneer wordt bij een kleuter een diagnostisch traject omtrent de motorische ontwikkeling gestart? (meerdere antwoorden mogelijk)
    - Op vraag van de ouders in ongeveer …% van de gevallen
    - Op vraag van de school (na overleg met de ouders) in ongeveer …% van de gevallen
    - Omwille van bezorgdheden n.a.v. het algemeen consult (na overleg met de ouders) in ongeveer …% van de gevallen
    - Omwille van andere redenen in ongeveer …% van de gevallen.
        - Specifieer: …
    - Nooit
- Welke disciplines zijn er gewoonlijk bij dit traject betrokken? (meerdere antwoorden mogelijk)
    - CLB-arts
    - PMW
    - PPC/PPW
    - MW
- Welke onderzoeksmiddelen worden bij zo'n diagnostisch traject aangewend? (meerdere antwoorden mogelijk) *
    - Bevraging van de ouders
        - Ja
        - Neen
    - Bevraging van schoolpersoneel
        - Ja
        - Neen
    - Formele oudervragenlijst omtrent motoriek
        - Ja

            - Welke lijst wordt er gebruikt (naam, bron, …)? …
        - Neen
    - Formele vragenlijst omtrent motoriek voor schoolpersoneel
        - Ja
            - Welke lijst wordt er gebruikt (naam, bron, …)? …
        - Neen
    - Observatie van het kind door CLB-medewerker
        - Ja
            - Waar gebeurt zo'n observatie meestal? (meerdere antwoorden mogelijk)
                - Thuis
                - Op school
                - Elders
            - Door wie gebeurt zo'n observatie gewoonlijk?? (meerdere antwoorden mogelijk)
                - CLB-arts
                - PMW
                - PPC/PMW
                - MW
        - Neen
    - Klinisch neurologisch onderzoek door de CLB-arts
        - Ja
        - Neen
- In ongeveer hoeveel % van de diagnostische trajecten omtrent motoriek wordt er volgens u na afloop verwezen?
- Naar wie wordt er verwezen na afloop van een diagnostisch traject omtrent motoriek? (meerder antwoorden mogelijk)
    - Kinesitherapeut (rechtstreeks of via huisarts) in ongeveer … % van de gevallen
    - Huisarts in ongeveer … % van de gevallen
    - Kinderarts in ongeveer … % van de gevallen
    - Kinderneuroloog in ongeveer … % van de gevallen
    - Een Centrum voor OntwikkelingsStoornissen in ongeveer … % van de gevallen
    - Overige:
        - Specifieer … in ongeveer … % van de gevallen
- Kan u proberen omschrijven wanneer of op basis waarvan er besloten wordt tot een verwijzing door voor elk van onderstaande categorieën op een schaal van 0 tot 10 aan te geven hoe zwaar deze doorweegt in de beslissing tot verwijzing? Hierbij is 0 = speelt nooit een rol in de beslissing tot doorverwijzing of niet van toepassing en 10 = dé doorslaggevende factor om al dan niet door te verwijzen. * In de laatste kolom kan u uw antwoord desgevallend nader toelichten.

Criterium	Mate waarin dit criterium doorweegt bij de beslissing om al dan niet door te verwijzen	Eventueel verdere toelichting
Leeftijd van het kind		
Kenmerken van de ouders		
Kenmerken van de leerkracht/school		
Socio-economische status		
Evolutie in de tijd		
Uitval bij klinisch neurologisch onderzoek door de CLB-arts		
Testing door andere CLB-medewerkers		
Ongerustheid van ouders		
Ongerustheid van leerkracht		

- Welke volgens u belangrijke criteria voor doorverwijzing werden nog niet vermeld en hoe zwaar wegen ze door in de beslissing op een schaal van 0 tot 10?

Criterium	Mate waarin dit criterium doorweegt bij de beslissing om al dan niet door te verwijzen	Eventueel verdere toelichting

- Neemt u de beslissing tot verwijzing voor diagnostiek *
    - Altijd in team
    - Dit wordt in team besproken, maar mijn aanbeveling wordt eigenlijk altijd gevolgd
    - Op eigen intiatief

De volgende vragen gaan over de verwachtingen die er leven met betrekking tot het algemeen consult op 2e kleuterleeftijd en meer bepaald dan op het vlak van de beoordeling van de motorische ontwikkeling. We peilen naar de verwachtingen die de verschillende betrokkenen volgens u hebben hieromtrent.
Voor elke groep van betrokkenen kan u aanduiden hoe groot hun verwachtingen zijn ten aanzien van de beoordeling van de motorische ontwikkeling in dit algemeen consult door een cijfer te geven van 0 (= deze groep van betrokkenen verwacht hier niets van) tot 10 (= deze groep betrokkenen verwacht na het algemeen consult te weten hoe het precies staat met de motorische ontwikkeling van een bepaalde kleuter, of deze normaal dan wel vertraagd verloopt, wat er zo nodig kan gebeuren om de motoriek te stimuleren en welke verdere stappen er eventueel zijn aangewezen). Nadien krijgt u kans om dit antwoord verder toe te lichten zo gewenst.

Bij elke groep van betrokkenen kan u tot slot ook nog aangeven of er bepaalde leerlingen zijn (bv. bij bezorgdheid van de motoriek vanuit de school, bij een gekende diagnose, bij een andere pathologie, …) waarvoor de verwachtingen anders liggen dan in het algemeen.

- Ouders
    - Hoe groot zijn volgens in het algemeen u de verwachtingen omtrent de motorische evaluatie bij het algemeen consult in de 2e kleuterklas bij ouders? Geef een cijfer van 0 tot 10. *
    - Zo gewenst kan u uw antwoord verder verduidelijken: ……..
    - Zijn er bepaalde kleuters bij wie de verwachtingen van de ouders duidelijk anders liggen? Dit kan u hieronder verder verduidelijken.

Omschrijving van bepaalde kleuters/situaties	*Grootte van de verwachtingen van de ouders in dit specifieke geval (van 0 tot 10)*	*Eventueel verdere verduidelijking*

- (Zorg)leerkrachten en directies
    - Hoe groot zijn volgens u in het algemeen de verwachtingen omtrent de motorische evaluatie bij het algemeen consult in de 2e kleuterklas bij (zorg)leerkrachten en directies? Geef een cijfer van 0 tot 10. *
    - Zo gewenst kan u uw antwoord verder verduidelijken: ……..
    - Zijn er bepaalde kleuters bij wie de verwachtingen van de (zorg)leerkrachten en directies duidelijk anders liggen? Dit kan u hieronder verder verduidelijken.

Omschrijving van bepaalde kleuters/situaties	*Grootte van de verwachtingen van de (zorg)leerkrachten en directies in dit specifieke geval (van 0 tot 10)*	*Eventueel verdere verduidelijking*

- Collega's van andere disciplines
    - Hoe groot zijn volgens u in het algemeen de verwachtingen omtrent de motorische evaluatie bij het algemeen consult in de 2e kleuterklas bij uw collega's van andere disciplines? Geef een cijfer van 0 tot 10. *
    - Zo gewenst kan u uw antwoord verder verduidelijken: ……..
    - Zijn er bepaalde kleuters bij wie de verwachtingen van uw collega's van andere disciplines duidelijk anders liggen? Dit kan u hieronder verder verduidelijken.

Omschrijving van bepaalde kleuters/situaties	*Grootte van de verwachtingen van uw collega's van andere disciplines in dit specifieke geval (van 0 tot 10)*	*Eventueel verdere verduidelijking*

- U zelf
  - Hoe groot zijn de verwachtingen die u in het algemeen zelf heeft omtrent de motorische evaluatie bij het algemeen consult in de 2e kleuterklas? Geef een cijfer van 0 tot 10. *
  - Zo gewenst kan u uw antwoord verder verduidelijken. Wat hoopt u ermee te bereiken? Wat denkt u ermee te kunnen bereiken? ……..
  - Zijn er bepaalde kleuters bij wie uw verwachtingen duidelijk anders liggen? Dit kan u hieronder verder verduidelijken.

Omschrijving van bepaalde kleuters/situaties	*Grootte van uw verwachtingen in dit specifieke geval (van 0 tot 10)*	*Eventueel verdere verduidelijking*

Met de volgende vragen wensen we te peilen naar uw tevredenheid als CLB-arts over het verloop van het algemeen consult op 2e kleuterleeftijd en meer bepaald dan op het vlak van de beoordeling van de motorische ontwikkeling.

- Vindt u dat aan de operationele doelstelling van 2009 *("Het algemene consult tijdens het tweede jaar kleuteronderwijs of, voor het bijzonder onderwijs, het kalenderjaar waarin de kleuter vijf jaar wordt, dient oa. een globaal ontwikkelingsonderzoek van de kleuter te omvatten met bijzondere aandacht voor spraak en motoriek.")* voldaan kan worden? *
  - Ja
    - Waarom? …
  - Neen
    - Waarom niet? …
- Welke hulpmiddelen zouden u kunnen helpen om de motorische ontwikkeling van kleuters (nog) beter te beoordelen? * …
- Hoe tevreden bent u in het algemeen over het opzet en het verloop van het algemeen consult in de 2e kleuterklas? Geef een cijfer van 0 (= volledig ontevreden) tot 10 (= het consult lost de verwachtingen helemaal in). *

Nu willen we wat dieper ingaan op enkele handvaten die ons reeds worden aangereikt voor de motorische evaluatie van kleuters.

- Bent u op de hoogte van het bestaan van de Protocollen Diagnostiek in het algemeen?
  - Ja
  - Neen
- Bent u op de hoogte van het bestaan van de Prodia Motoriek? *
  - Ja
  - Neen
- Kent u de inhoud van de Prodia Motoriek?

- Ja
- Neen

- Wordt de Prodia Motoriek toegepast in uw centrum? *
  - Ja, door iedereen
  - Ja, door sommige collega's inclusief mezelf
  - Ja, door sommige collega's maar niet door mezelf
  - Neen, door niemand
  - Ikzelf pas het protocol toe maar ik heb geen weet van wat mijn collega's doen.
  - Ikzelf pas het protocol niet toe en ik heb geen weet van wat mijn collega's doen.
- Kan u voor elk van onderstaande materialen die worden aangereikt door de Prodia Motoriek hetvolgende aangeven:
  - Leidraad taxatie ontwikkelingsproblemen kleuters: Motorische ontwikkeling
    - Nooit van gehoord
    - Van gehoord maar niet op de hoogte van de inhoud
    - Al bekeken maar nog nooit gebruikt
    - Dit heb ik al eens gebruikt
    - Hierop doe ik regelmatig beroep
  - Signalen en risicofactoren van motorische problemen n.a.v. consult tweede kleuterklas
    - Nooit van gehoord
    - Van gehoord maar niet op de hoogte van de inhoud
    - Al bekeken maar nog nooit gebruikt
    - Dit heb ik al eens gebruikt
    - Hierop doe ik regelmatig beroep
  - Het klinisch kinderneurologisch onderzoek door de CLB-arts *
    - Hier heb ik nog nooit van gehoord
    - Ik weet dat dit bestaat maar ben niet op de hoogte van de inhoud
    - Ik heb dit al eens bekeken maar pas dit nooit toe
    - Ik heb dit nagelezen en pas dit (af en toe) toe
    - Ik heb hiervoor een opleiding gevolgd in … (welk jaar) ingericht door …
- Hoe bent u op de hoogte van het bestaan van het klinisch kinderneurologisch onderzoek door de CLB-arts? …
- Hoe vaak past u dit klinisch kinderneurologisch onderzoek door de CLB-arts toe?
  - Nooit
  - Minder dan 1x/jaar
  - 1-2x/jaar
  - Meer dan 2x per jaar maar niet maandelijks
  - Gemiddeld maandelijks

- Gemiddeld wekelijks
- Gemiddeld meerdere keren per week

- Op basis van uw kennis van en ervaring met het klinisch kinderneurologisch onderzoek door de CLB-arts, hoe goed vindt u dat u in staat bent dit onderzoek uit te voeren en de resultaten te interpreteren op een schaal van 0 (= helemaal niet) tot 10 (= ik kan dit onderzoek vlot uitvoeren en heb alle vertrouwen in de bevindingen ervan)? *

- Hieronder kan u nog bijkomende opmerkingen kwijt omtrent de evaluatie van de motorische ontwikkeling van kleuters en/of omtrent deze vragenlijst.
- Wenst u na het invullen van deze vragenlijst nog door ons gecontacteerd te worden? *
  - Ja : Naam: … – Voornaam: … – E-mailadres: …
    - U kan mij zonodig contacteren voor een bijkomend interview of een observatie van een algemeen consult in de 2e kleuterklas
    - Ik wil op de hoogte gehouden worden over de resultaten van dit onderzoek.
    - Bezorg me een bevestiging van het invullen van deze vragenlijst met een overzicht van mijn antwoorden.
  - Neen