

SPORT IN DE JEUGDZORG: MRT EN JUDO

Verslag van de pilot uitgevoerd met subsidie van het Innovatiefonds Jeugdzorg in de Provincie Noord Brabant.

Combinatie Jeugdzorg
Eindhoven, september 2013

Drs. Jan Verhoeven (editor)
Carlo Hollants
Drs. Wil van Rijn
Drs. Thomas Ruitenbeek

Voorwoord.

De pilot ‘Sport in de Jeugdzorg, MRT en Judo’ hebben wij kunnen uitvoeren dankzij een subsidie van het Innovatiefonds Jeugdzorg. Het Medisch Kinderdagverblijf (MKD) de Mikkel verleende ons vervolgens haar medewerking om deze pilot te kunnen realiseren. Hiervoor zijn wij hen zeer erkentelijk.

Onze dank gaat uit naar allen die deze pilot mogelijk hebben gemaakt, maar in het bijzonder naar de kinderen die eraan hebben deelgenomen en naar hun ouders die hiervoor toestemming hebben gegeven en die er regelmatig blijk van gaven geïnteresseerd te zijn hoe het project verliep.

Daarnaast gaat onze dank uit naar alle pedagogisch medewerkers van het MKD De Mikkel en naar clustermanager Wil Mertens, zorgmanager Rieja Nederend en behandelcoördinator Vera van Lieshout die de uitvoering van deze pilot hebben mogelijk gemaakt en het zijn blijven volgen.

‘Last’ but definitely not ‘least’ gaat onze dank uit naar pedagogisch medewerkster Tineke de Graaf, die met nooit aflatend enthousiasme en zorg de kinderen begeleidde tijdens de lessen, en er daarnaast spontaan op toe zag dat het de pilot-uitvoerders aan niets ontbrak. Aan Tineke zijn we heel veel dank verschuldigd: zonder haar was de praktische realisering van dit project een heel stuk moeilijker geweest!

Korte samenvatting van het rapport.

Sport en jeugdzorg zijn geen onbekenden van elkaar. Het gaat hierbij echter vrijwel altijd om de inzet van sport op preventieve wijze. Sport inzetten als therapeutisch middel in de jeugdzorg komt veel minder voor.

Combinatie Jeugdzorg was één van de eersten die dit deed, en startte bij diverse groepen met MRT en Judo. Zowel uitvoerend sportdocent MRT en Judo als behandelcoördinatoren en pedagogisch medewerkers waren enthousiast over de resultaten. Op zich is dit echter niet voldoende om te bewijzen of deze werkwijze succesvol is.

Met subsidie van het Innovatiefonds Jeugdzorg in de provincie Noord-Brabant, kreeg Combinatie Jeugdzorg de mogelijkheid een pilot uit te voeren. Een experimenteel onderzoek dat moest aantonen of deze aanpak écht succesvol is of niet.

In een pilot als deze, kon het niet anders dan dat het ging om een relatief beperkt aantal kinderen. Ook zijn er natuurlijk altijd andere omgevingsfactoren en behandelingen (denk bijvoorbeeld aan fysiotherapie en ergotherapie) die gelijktijdig kunnen plaatsvinden, die een positieve voortgang in de ontwikkeling van kinderen op het MKD kunnen beïnvloeden.

Met inachtneming van het bovenstaande is het toch verantwoord op basis van de resultaten die in het rapport verwerkt zijn, te constateren dat er sterke aanwijzingen zijn dat MRT en Judo als therapeutische methode succesvol is. De resultaten zijn verwerkt in een aantal diagrammen, waarnaar wij korthedshalve verwijzen.

Naast het experimenteel onderzoek, hebben er ook gedurende het gehele verloop van het project, observaties plaatsgevonden. Doel hiervan was, te bezien of naast mogelijke verbeteringen op sensomotorisch vlak ook op gedragsmatig niveau door deze aanpak verbeteringen plaatsvonden. Ook de uitkomsten van dit kwalitatieve deel stemmen hoopvol.

Het verdient aanbeveling, de behandelmethode MRT en Judo nader te onderzoeken en uit te breiden tot een methode die ook elders in de jeugdzorg kan worden ingezet.

Eindhoven, september 2013

Jan Verhoeven
Carlo Hollants
Wil van Rijn
Thomas Ruitenbeek

Inleiding.

De provincie Noord Brabant honoreerde in 2012 een subsidieverzoek van Combinatie Jeugdzorg om het project ‘Sport in de jeugdzorg: judo en Motorisch Remedial Teaching (MRT)’ als innovatieproject te realiseren.

Binnen de jeugdzorg is beperkte kennis van en aandacht voor de betekenis van sport gerelateerde activiteiten binnen therapeutische settingen.

Het belang van sport als zodanig binnen de jeugdzorg wordt weliswaar steeds meer onderkend, hetgeen blijkt uit projecten als het Sportzorg-traject en het project Meedoen Alle Jongeren Aan Sport die voor 2012 plaatsvonden. Sport werd in deze projecten vooral gebruikt als een mogelijkheid om kinderen en jongeren de kans te geven door middel van sport zich sociaal te leren bewegen. In zekere zin zou er daarbij zelfs gesproken kunnen worden van ‘preventief handelen’.

Maar met het inzetten van sport binnen therapeutische settingen is veel minder ervaring en daarop richt zich het project ‘Sport in de Jeugdzorg: Judo en MRT’.

In dit project richten wij ons op kinderen tussen 4 en 6 jaar die deficiënties hebben in de sensomotorische ontwikkeling binnen de context van een bredere ontwikkelingsstoornis. Wij willen onderzoeken of MRT en Judo een positieve invloed hebben op de ontwikkeling van deze kinderen.

Er is ruime ervaring opgedaan met MRT. In een apart hoofdstuk komen we hierop terug, evenals op de koppeling tussen MRT en judo.

Met de resultaten van dit pilotproject willen we aantonen dat er significant aantoonbare verbeteringen zijn bij kinderen die deze methodiek ondergingen.

Daarnaast willen we ook de methodiek beschrijven, zodat die ook elders kan worden ingezet.

De centrale onderzoeksvraag die wij willen beantwoorden is:

Is MRT en judo als therapeutische behandelmethodiek bewezen effectief in de behandeling van kinderen van 3 tot 7 jaar met manco's in hun sensomotorische ontwikkeling?

Met andere woorden: heeft MRT en judo aantoonbaar effect op de verbetering van sensomotorische vaardigheden bij deze doelgroep.

1. Wat is MRT en Judo.

Wat is MRT (Motorische Remedial Teaching)?

Motorische remedial teaching is hulpverlening aan personen met problemen in hun sensomotorische ontwikkeling¹. In dit onderzoek richten wij ons uitsluitend op kinderen tussen 3 en 7 jaar.

Kinderen doorlopen een motorische ontwikkeling. Als ze worden geboren bestaat hun motoriek enkel uit zuigen en slikken. Daarna verloopt dit ontwikkelingsproces volgens het volgende schema:

Motorisch Remedial Teaching werkt vanuit de motorische ontwikkelingsfasen. De motorische ontwikkeling onderscheiden we in vier fasen.

- Slurffase: van 0 tot 3 jaar
- Symmetrie fase: van 3 tot 6 jaar
- Lateralisatie fase: 6 tot 9 jaar
- Dominantie fase: 9 tot 12 jaar

0 tot 3 jaar: Slurf fase/asymmetrisch.

Deze fase kenmerkt zich door slurfbewegingen (tegenstelling van spanning en ontspanning.) Bijvoorbeeld als de ene hand een vuist maakt, spreiden de vingers van de andere hand zich. Als de ene arm zich strekt, zal de andere arm zich buigen. In deze eerste fase, de asymmetrische motoriek, werken de linker- en rechterhersenhelft van het lichaam gescheiden. De kinderen zijn tot ongeveer drie jaar asymmetrisch. Slurfmotoriek blokkeert de ontwikkeling van de fijne motoriek. In deze fase is het van belang dat het kind ruimtebesef krijgt.

Binnen de slurffase (asymmetrische fase) moet het kind de gelegenheid krijgen zoveel mogelijk bewegingservaringen op te doen.

3 tot 6 jaar: Symmetrie fase / gespiegelde meebewegen.

De symmetriefase kenmerkt zich door het symmetrisch meebewegen van de tegenovergestelde kant van het lichaam in spiegelbeeld. Strekt het kind met zijn rechterhand de vingers, dan strekt het ook de vingers aan de linkerhand. Maakt het met de rechterhand draaiende bewegingen naar rechts, dan doet de linkerhand hetzelfde naar links. Maakt men met de rechterhand een vuist, dan maakt de linkerhand ook een vuist. Ook zie je bij moeilijke bewegingen, veel romp en mond motoriek.

De bewegingen in deze fase zijn groot en worden uitgevoerd met het hele lichaam. Het lichaamsschema ontwikkeld zich. Het kind leert de omgeving ten opzichte van zijn eigen lichaam te interpreteren en maakt daarbij kennis met de begrippen zoals voor, achter, boven, beneden, enz. In de symmetrie fase ontstaat er een geheel ander kind. Alle bewegingen die uitgevoerd worden met de rechterhand, staan onder controle van de linker hersenhelft, en omgekeerd. In de symmetrie werken de hersenhelften gelijktijdig en worden onderlinge verbindingen gelegd.

Het is erg belangrijk om beide zijden van het lichaam te stimuleren en de samenwerking van de handen. De hersenhelften ontwikkelen zich gelijk als beide zijden van het lichaam gebruikt worden.

Het kind gaat als het uit deze fase komt een voorkeurshand ontwikkelen. Te weinig oefening in de ene fase betekent vaak een vertraging in de volgende fase.

6 tot 8 jaar: Lateralisatie fase / Voorkeur linker of rechter hersenhelft.

De lateralisatiefase kenmerkt zich doordat de duim van de voorkeurshand de functie overneemt van de andere hand: Oppositie van de duim. In deze fase is het kind in staat fijne motorische handelingen toe te passen zoals schrijven. Het kind is nu in staat bewegingen te laten plaats vinden vanuit de pols en de vingers, en niet meer vanuit de hele arm. De handen werken in deze fase wel samen, maar ze maken een verschillende beweging. Het kind gaat een steun/werkhand ontwikkelen en zo ook voor de benen.

Lateralisatie verwijst ernaar dat beide lichaamshelften apart en samen te gebruiken zijn (de functionele verschillen tussen beide hersenhelften). Bij het schrijven is het gewenst dat zich uit de symmetriefase een duidelijke voorkeurshand ontwikkelt.

Je kunt nu het werken met één hand stimuleren. Het kind heeft in aanleg een voorkeurshand. Het is heel belangrijk dat een kind ook met die kant gaat werken. De kant waar het kind mee werkt, daar hoort ook een hersenhelft bij. De linkerzijde wordt aangestuurd door de rechterhersenhelft en de rechterzijde door de linkerhersenhelft. De beide hersenhelften hebben daarbij hun eigen taak. De één is dominant en de andere kant is de helper. Het probleem ontstaat als één kant in de symmetriefase te weinig aan bod is geweest, doordat er te veel met één kant (de voorkeurskant) is gewerkt i.p.v. met twee. Een helpende hersenhelft kan alleen goed zijn taak vervullen als hij zich heeft kunnen ontwikkelen en daarvoor moet hij wel veelvuldig gebruikt zijn.

Ook kan het gebeuren dat een kind niet met zijn voorkeurskant (die in aanleg aanwezig is) gaat werken, maar met de andere kant, dan spreekt men van een dyslateralisatie. Dit kan verstrekken gevolgen hebben voor het leren en welbevinden van het kind.

Als er geen goede lateralisatie heeft plaatsgevonden, dan heeft het kind vaak een te sterke voorkeur voor een lichaamshelft en een hersenhelft ontwikkeld, hetgeen de samenwerking tussen beide hersenhelften in de weg zal staan.

8 tot 12 jaar: Dominantie fase / overheersing van een hersenhelft.

Dominantie houdt in dat het kind in staat is om onafhankelijke bewegingen te maken met een of met beide handen. Van dominantie is sprake wanneer een hersenhelft overheerst. De voorkeurshand heeft zich in deze fase duidelijk ontwikkeld en gaat alle schrijfactiviteiten uitvoeren. Indien alles verloopt zoals het moet, zullen ervoor de kinderen geen lateralisatieproblemen ontstaan. Het grootste probleem ontstaat op het moment dat kinderen die nog onvoldoende gelateraliseerd zijn, handelingen moeten verrichten waar ze nog niet aan toe zijn.

Algemene opmerkingen.

De eerste twaalf tot veertien levensjaren, waarin o.a. de motoriek zich ontwikkelt, zijn van essentieel belang.

Kinderen met persoonlijkheidsproblematiek zoals Autisme of, ADHD hebben dyspraxieën² en doorlopen een dysfatische ontwikkeling³. Er kunnen leer- en gedragsstoornissen optreden.

MRT richt zich op het stimuleren van de motorische ontwikkeling, zodanig dat achterstanden en problemen in die ontwikkeling zo veel mogelijk worden verholpen.

Wat is Judo?

Judo is een sport voor iedereen. Voor jong en oud, zowel meisjes als jongens. Het is zowel een recreatieve als een(olympische) wedstrijdsport. Het doel is de tegenstander met een judoworp op de mat te werpen of met behulp van een grondtechniek onder controle te krijgen met inachtneming van de daarbij behorende spelregels en met respect voor elkaar. Judo werd door Jigoro Kano (1860-1938) ontwikkeld vanuit de traditionele Japanse vechtkunst Jiu-Jitsu. Voor de pedagoog Kano was Judo niet zomaar een sport. Hij beschouwde het vooral als een opvoedkundige methode. Door Judo leer je positief omgaan met agressie. Judo is bovendien beschaafd. Zonder je tegenstander te blesseren, leer je hem of haar te overmeesteren. Een van de belangrijkste uitspraken van Jigoro Kano luidt: 'Judo kun je alleen maar leren door het te doen!'

2. Beschrijving van het experimenteel onderzoek.

Uitgangspunt.

Combinatie Jeugdzorg wil MRT-judo als behandelactiviteit meten en beschrijven. Het ontwikkelen van meetinstrumenten hoort daarbij. Combinatie Jeugdzorg wil de uitkomsten hiervan gebruiken om te komen tot een therapeutisch model om kinderen die problemen hebben in hun sensomotorische ontwikkeling op passende wijze te behandelen, wat een bijdrage levert aan de gezonde ontwikkeling van het kind. Het uiteindelijke doel is ook dat er een methode ontstaat die sport en MRT in therapeutische zin met elkaar verbindt.

Het project is uitgevoerd bij het Medisch Kinderdagverblijf (MKD) De Mikkelt te Helmond. In 26 wekelijkse bijeenkomsten ondergingen 12 kinderen, verdeeld in groepjes van 4 het programma in de lessen MRT en judo. Deze kinderen vormden de experimentele groep van het pilotproject. Zij werden vergeleken met aanvankelijk 7 kinderen die deze lessen niet volgden en derhalve de controlegroep vormden. Van deze 7 kinderen uit de controlegroep hebben er 3 om diverse redenen het MKD De Mikkelt verlaten waardoor zij niet meer meegerekend konden worden in het onderzoek. Als dit onderzoek met voldoende personen was uitgevoerd mogen we verwachten dat de scores significant zouden zijn. Het betreft echter pilotstudie. Deze geeft aan dat er genoeg vermoedens bestaan om er van uit te kunnen gaan dat de verbeteringen toe te schrijven zijn aan MRT en Judo. Het verdient dan ook aanbeveling dit nader te onderzoeken. Verder is het belangrijk op te merken dat de interventiegroep en controlegroep random zijn samengesteld. In totaal waren er drie meetmomenten, die alle kinderen (dus zowel de experimentele groep als de controlegroep) ondergingen.

De meting vond plaats door middel van een screening aan het begin (0-meting), op de helft (tussenmeting) en aan het eind (eindmeting) van het pilotproject.

De volgende methodiek is daarbij gebruikt: Er is gewerkt met percentielscores. De uitkomsten van de Bruininks –Oseretsky test (1978, Circle Pines, Minnesota 55014) zijn vertaald naar de Movement ABC (Sheila E. Henderson and David A. Sugden, uitgeverij C. Pearson 2007). Grote groepen van kinderen zijn daarbij onderzocht op hun motoriek. Via de grootste gemene deler daarvan is een standaard ontwikkeld die vervolgens is vastgelegd in tabellen. Aan de hand van die tabellen kan vervolgens gekeken worden hoeveel een kind scoort en of er afwijkingen zijn van deze standaard. Er is voor gekozen om te starten met de Bruininks-Oseretsky omdat deze een beter beeld geeft omdat die fijnmaziger is. Tegelijkertijd is er ook voor gekozen om deze ‘door te vertalen’ naar de Movement ABC omdat die op dit moment het meest gangbaar is.

De elementen waarop gescreend werd, waren:

- Algehele statische coördinatie
- Dynamische coördinatie van de handen
- Algehele dynamische coördinatie
- Snelheid van het bewegen
- Het gelijktijdig bewegen (symmetrie)
- Loskoppelen van samengestelde bewegingen

Dit gebeurde door tests zoals die beschreven staan in Bruininks-Oseretsky (Minnesota, 1978)

Tijdens de wekelijkse lessen werden de kinderen uit de interventiegroep eveneens geobserveerd op bovenstaande elementen.

Tevens werd gekeken naar:

- ruimtelijke oriëntatie
- lichaamsschema
- omgaan met eigen omgeving
- sociaal emotionele aspecten

De methode die hierbij gebruikt is, is een kwalitatieve onderzoeksmethode. Eén observant heeft de groepen steeds geobserveerd. De resultaten van dit kwalitatief onderzoek worden ook vermeld in een aparte paragraaf.

In de subsidieaanvraag spreken wij over een groep van kinderen tussen de 4 en 12 jaar. Door het feit dat deze groep in totaliteit niet voor handen was bij De Mikkel (samenhangend met de aard van een MKD) hebben wij binnen deze doelgroep de onderzoekspopulatie verengd tot de leeftijdsgroep tussen 3 en 7 jaar.

Doelgroep.

De doelgroep betreft Kinderen met ontwikkelingsstoornissen zoals Autisme, ADHD, hechtings-problematiek, aandachts-tekort, etc. zoals gedefinieerd binnen DSM IV. Bij deze kinderen is er vaak sprake van dyspraxieën (motorische ontwikkelingsstoornissen) en een dysfatische ontwikkeling. Leer en gedragsproblemen komen vaak voor..

De inzet van de combinatie MRT en Judo.

Voordat er met het “echte” judo wordt begonnen, moet het kind voldoen aan een aantal criteria. Dit proces kan steeds opnieuw worden vastgesteld. Bv. Met andere kinderen kunnen functioneren, het begrijpen van een opdracht en de koppeling maken naar het uitvoeren daarvan.

De methodiek is naast deze specifieke doelen gericht op bewegen vanuit de fantasie-belevingswereld van het kind naar veelal eenvoudige judobewegingen en deelbewegingen. Hierbij worden MRT-oefeningen door vertaald naar judovormen.

Tijdens de MRT en Judo lessen binnen de Jeugdzorg kan optimaal rekening worden gehouden met de doelen van het individuele kind en het functioneren in een groep binnen de sportles. Zodoende biedt de sportzorg de kans om de ontwikkeling van deze kinderen, daar waar mogelijk, te verbeteren en te versterken. Hier kunnen ze in een veilige omgeving worden voorbereid om zich na verloop van tijd te kunnen handhaven in het reguliere verenigingsleven en optimaal profiteren van deelname aan een sportclub met een grote mate van zelfredzaamheid.

Werkwijze.

Bij aanvang, halverwege en aan het eind van het onderzoek zijn de deelnemende kinderen en de kinderen uit de controlegroep gescreend. (zie beschrijving onderzoek)

De deelnemende kinderen hebben in groepjes van 4 gedurende 26 weken wekelijks judoles genoten. Tijdens deze lessen is gewerkt vanuit MRT-oefeningen naar judo-deelbewegingen en naar judoworpen en judogrepen toe. Tijdens de observatie bij de lessen is geconstateerd dat judo in combinatie met MRT van effect waren op de

sociale- en motorische ontwikkeling van het kind. Het groepsgedrag aan het eind verschilde sterk in positief opzicht, van het groepsgedrag in het begin.

Items waar met nadruk aan is gewerkt, zijn: het sociaal emotionele, het lichaamsschema, de coördinatie, de snelheid, de symmetrie in bewegen, het loskoppelen van samengestelde bewegingen, etc.

De vorderingen zijn d.m.v. een wekelijkse observatie tijdens de lessen, opgeschreven in de voortgangsverslagen.

Voetnoot:

¹ Sensomotorische ontwikkeling = De sensomotorische ontwikkeling is de zelfbeweging middels welke men in aanraking komt met de buitenwerelden en hoe men zich over haar hoedanigheden informeert. Denk hierbij aan bv.; zien, ruiken, horen en tasten.

² dyspraxieën = Een motorische ontwikkelingsstoornis die leidt tot problemen bij het plannen en coördineren van motorische handelingen bij het correct verwerken van informatie door de hersenen.

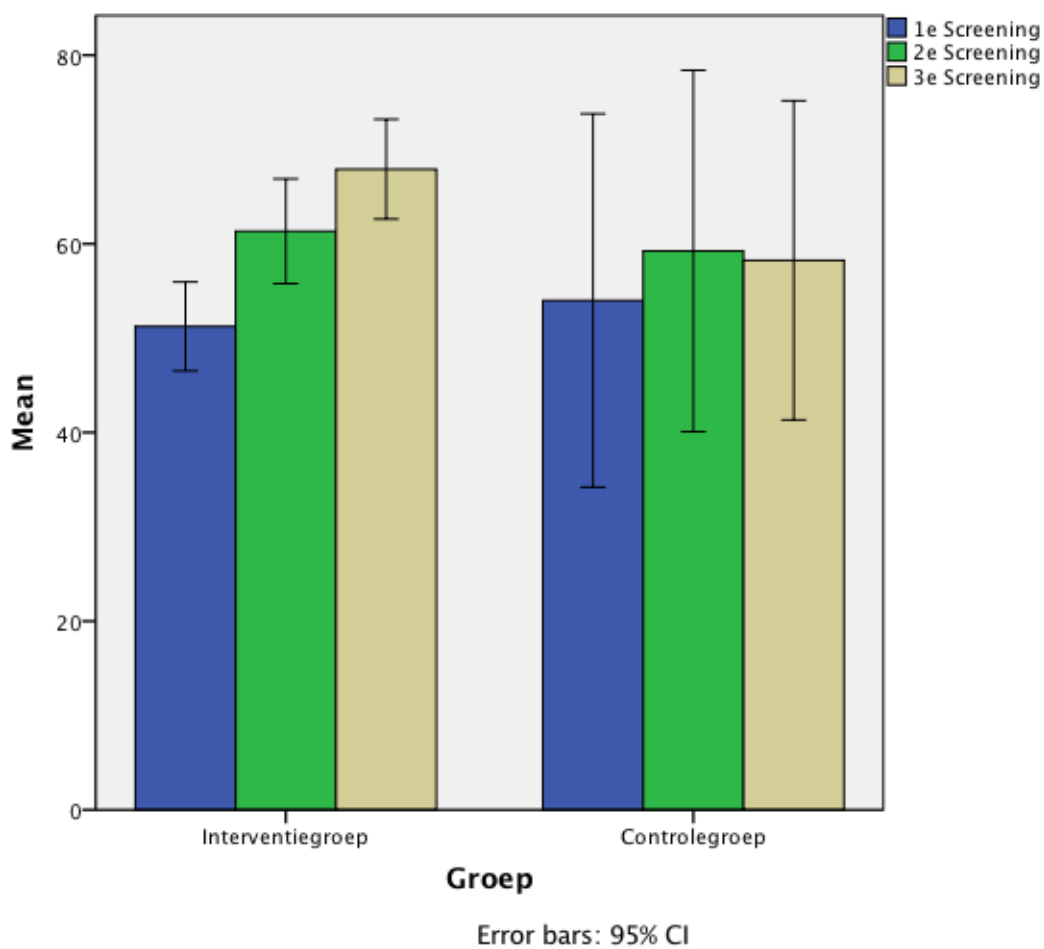
³ Dysfatische ontwikkeling = Een ontwikkelingsstoornis in de spraak en taal.
DSM IV = de norm binnen de psychiatrie die stoornissen definieert en beschrijft

Resultaten van het kwantitatieve, experimentele onderzoek.

Het experimentele deel van het onderzoek heeft geleid tot resultaten die worden weergegeven in de hiernavolgende statistische uitwerking. Daarbij is met betrekking tot het algemene resultaat van de totale Pilot de tabel Percentielscore van belang. Daarnaast is ook met betrekking tot de elementen algehele statische coördinatie, dynamische coördinatie van de handen, algehele dynamische coördinatie, snelheid van bewegen, het gelijktijdig bewegen en loskoppelen van samengestelde bewegingen in tabellen weergegeven.

Uiteraard hebben de kinderen in de periode gedurende de Pilot tijdens hun verblijf op het MKD De Mikkkel ook andere interventies ondergaan. Denk daarbij bijvoorbeeld aan fysiotherapie en ergotherapie. Vanzelfsprekend kunnen ook die van invloed zijn geweest op de sensomotorische ontwikkeling van de kinderen uit de doelgroep. Het betreft echter een experiment dat met weinig kinderen is uitgevoerd en van de controlegroep zijn ook nog teveel kinderen uitgevallen, waardoor, statisch gezien, een te grote spreiding ontstaat. Dit neemt echter niet weg dat in de pilot bij de behandelgroep dermate veel verbeteringen te zien zijn dat het verantwoord is verder te onderzoeken of die toe te schrijven zijn aan de interventie van MRT en Judo.

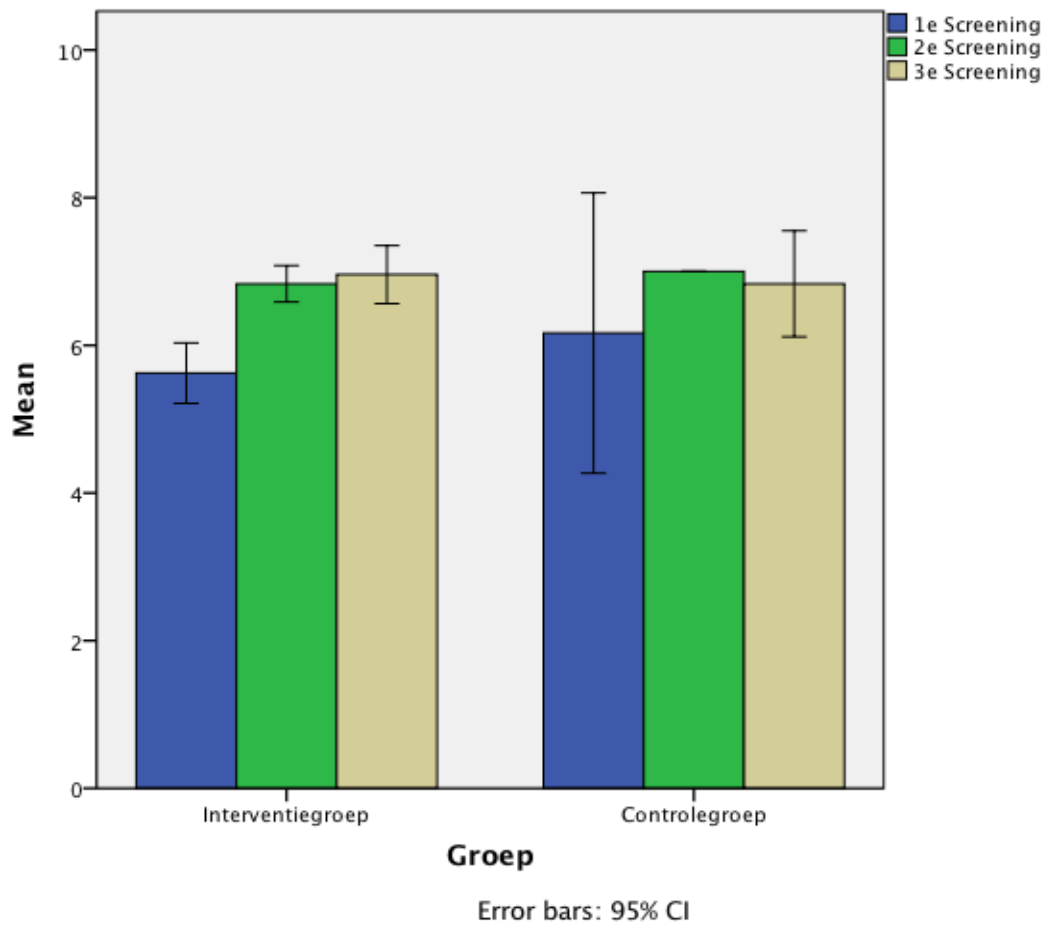
Percentielscore



Descriptive Statistics

Groep		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Interventiegroep	1e Screening	12	38	62	51,25	7,412
	2e Screening	12	46	72	61,33	8,752
	3e Screening	12	54	81	67,92	8,328
	Valid N (listwise)	12				
Controlegroep	1e Screening	7	44	72	58,29	10,719
	2e Screening	5	48	72	58,60	10,526
	3e Screening	4	49	71	58,25	10,626
	Valid N (listwise)	4				

Algehele statistische coördinatie

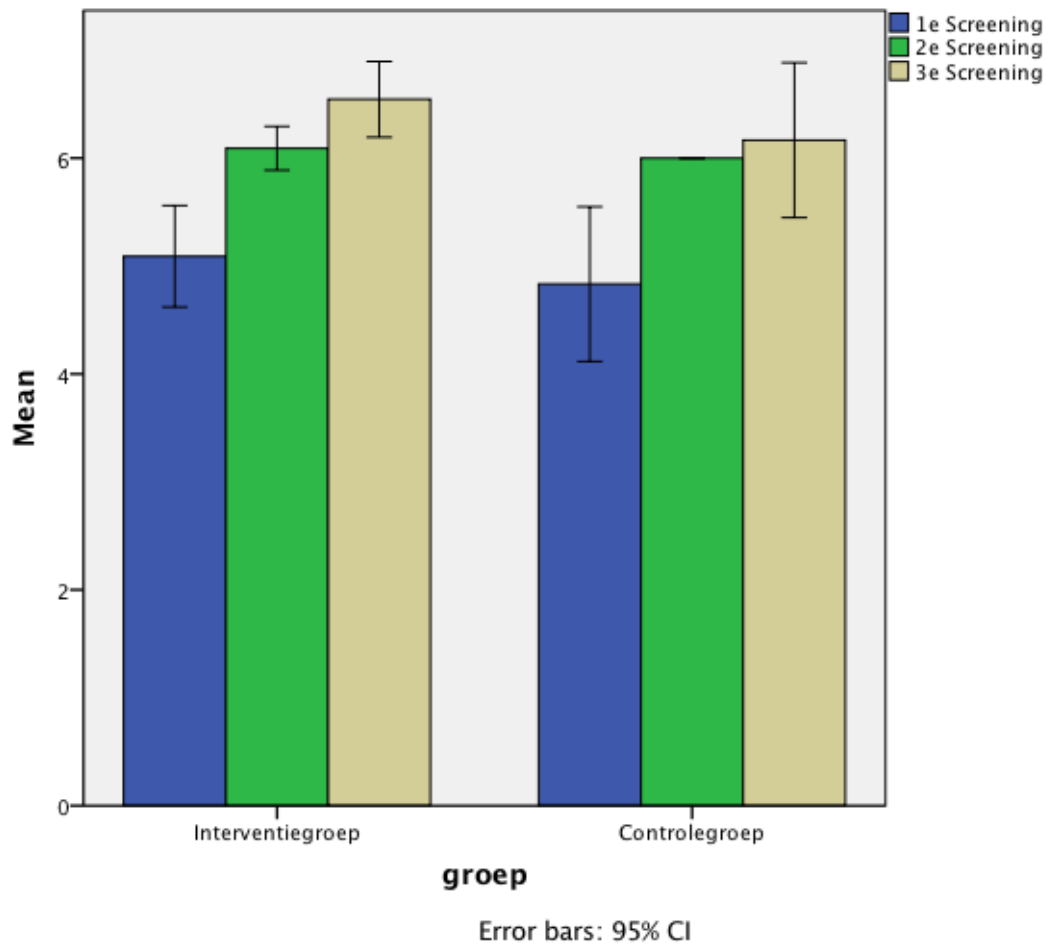


Descriptive Statistics^a

Groep		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Interventiegroep	1e Screening	12	4,0	6,5	5,625	,6440
	2e Screening	12	6	7	6,83	,389
	3e Screening	12	6,0	8,0	6,958	,6201
	Valid N (listwise)	12				
Controlegroep	1e Screening	7	5,0	7,0	6,000	,6455
	2e Screening	4	5	7	6,50	1,000
	3e Screening	4	6,5	7,0	6,750	,2887
	Valid N (listwise)	3				

a. No statistics are computed for one or more split files because there are no valid cases.

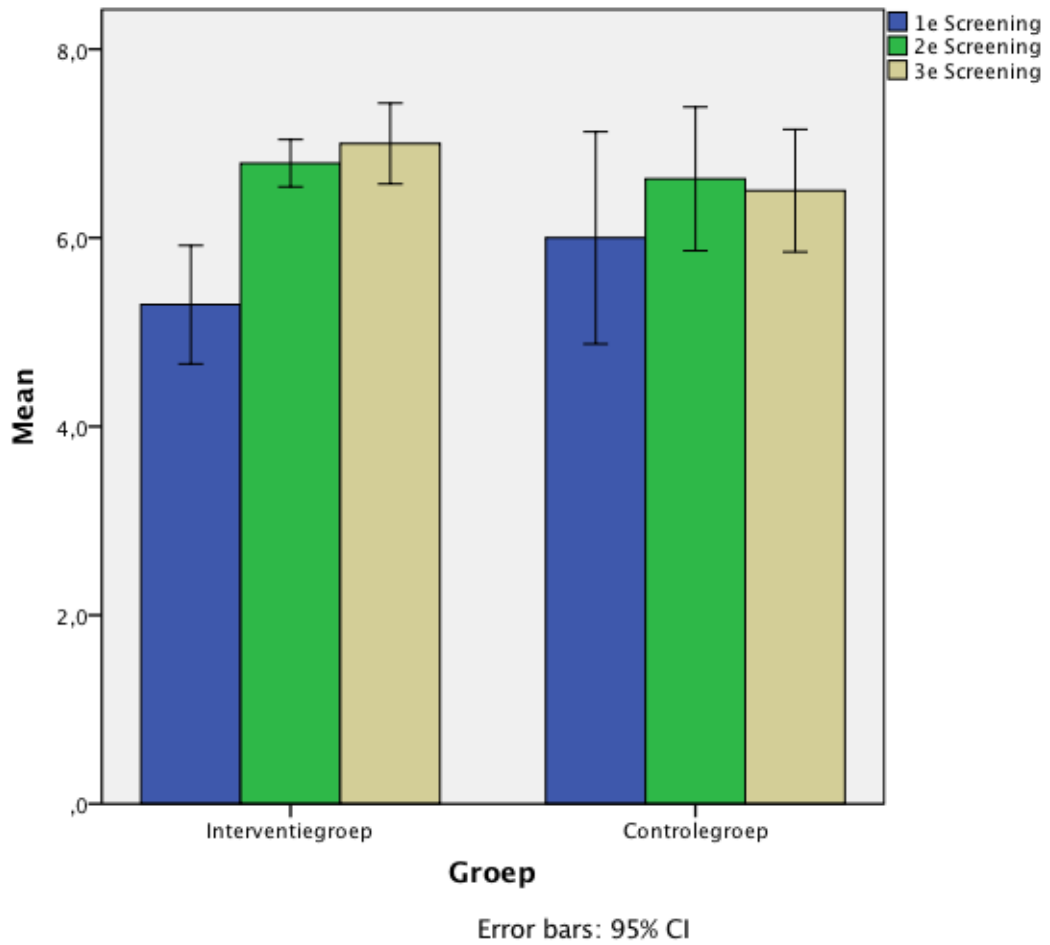
Dynamische coördinatie van de handen



Descriptive Statistics

groep		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Interventiegroep	1e Screening	12	4,0	6,5	5,125	,6784
	2e Screening	11	6	7	6,09	,302
	3e Screening	12	6,0	7,5	6,583	,5149
	Valid N (listwise)	11				
Controlegroep	1e Screening	7	4,5	6,5	5,500	,8165
	2e Screening	4	6	6	6,00	,000
	3e Screening	4	6,0	6,5	6,125	,2500
	Valid N (listwise)	3				

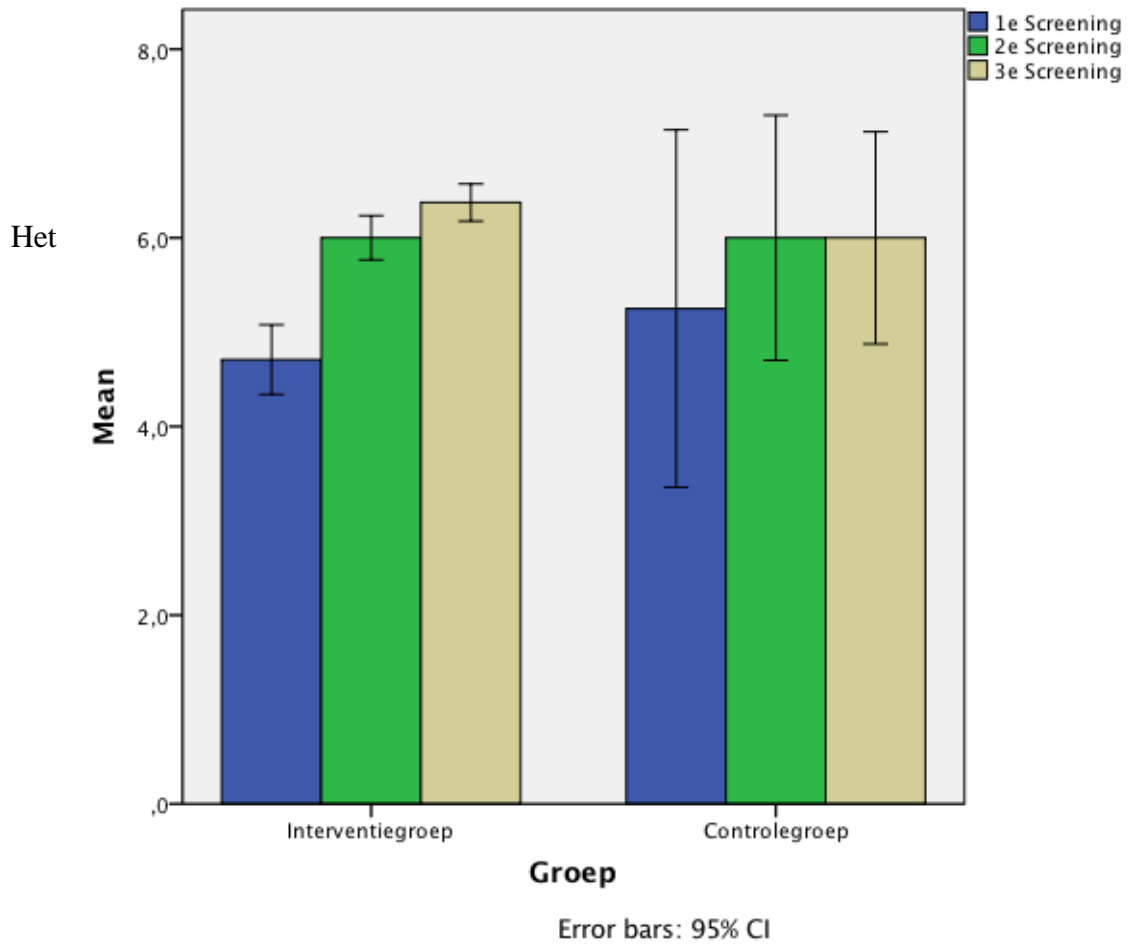
Algehele Dynamische coördinatie



Descriptive Statistics

Groep		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Interventiegroep	1e Screening	12	3,5	6,5	5,292	,9876
	2e Screening	12	6,0	7,0	6,792	,3965
	3e Screening	12	6,0	8,0	7,000	,6742
	Valid N (listwise)	12				
Controlegroep	1e Screening	7	5,5	7,0	6,143	,6268
	2e Screening	5	6,0	7,0	6,600	,4183
	3e Screening	4	6,0	7,0	6,500	,4082
	Valid N (listwise)	4				

Snelheid van bewegen

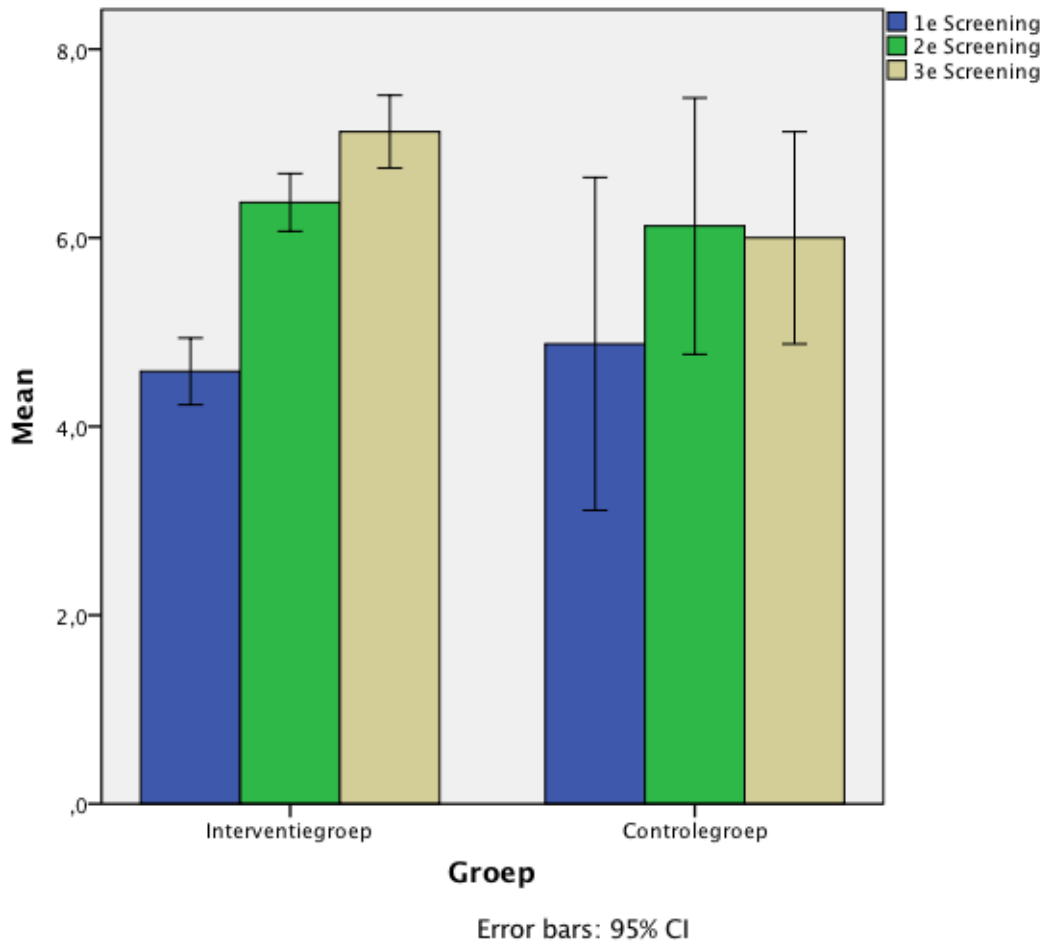


Descriptive Statistics^a

Groep		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Interventiegroep	1e Screening	12	3,5	5,5	4,708	,5823
	2e Screening	12	5,0	6,5	6,000	,3693
	3e Screening	12	6,0	7,0	6,375	,3108
	Valid N (listwise)	12				
Controlegroep	1e Screening	7	4,5	7,0	5,571	,9322
	2e Screening	5	5,0	7,0	5,900	,7416
	3e Screening	4	5,0	6,5	6,000	,7071
	Valid N (listwise)	4				

a. No statistics are computed for one or more split files because there are no valid cases.

gelijktijdig bewegen

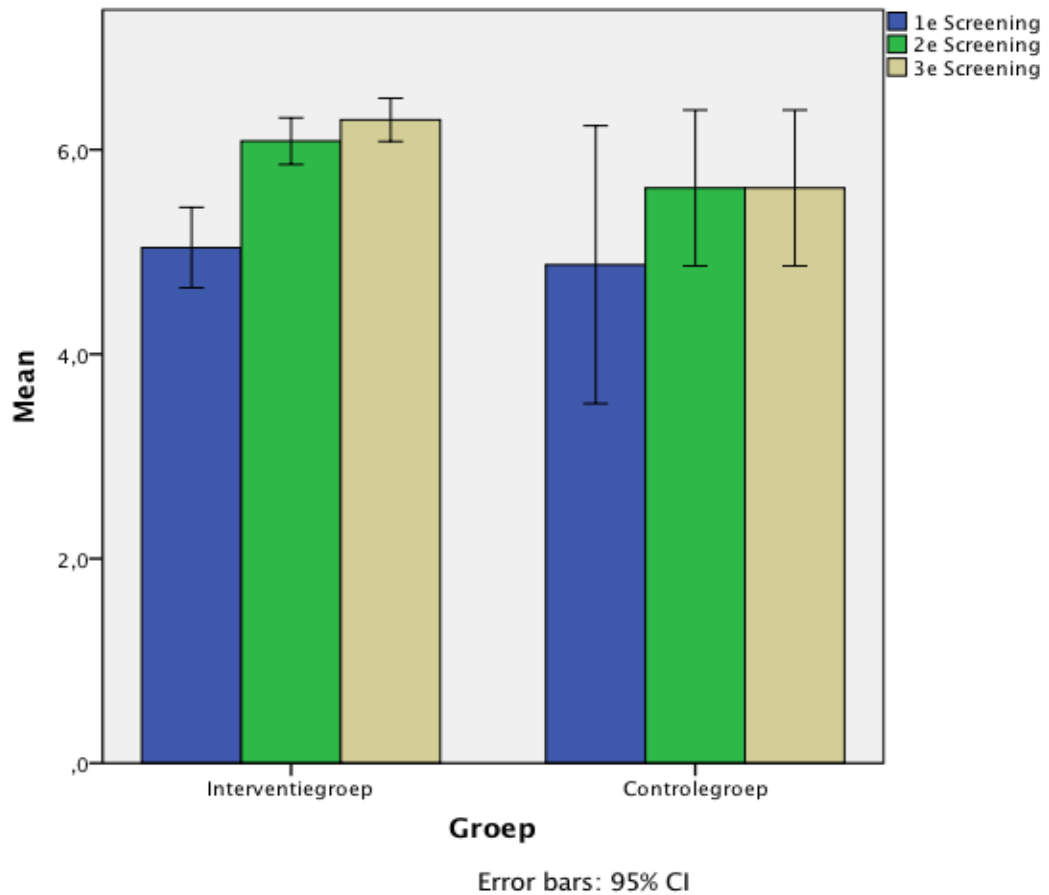


Descriptive Statistics^a

Groep		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Interventiegroep	1e Screening	12	3,5	5,0	4,583	,5573
	2e Screening	12	6,0	7,0	6,375	,4827
	3e Screening	12	6,0	8,0	7,125	,6077
	Valid N (listwise)	12				
Controlegroep	1e Screening	7	4,0	6,5	4,929	,7868
	2e Screening	5	5,0	7,0	6,000	,7906
	3e Screening	4	5,0	6,5	6,000	,7071
	Valid N (listwise)	4				

a. No statistics are computed for one or more split files because there are no valid cases.

Loskoppelen van samengestelde beweging



Descriptive Statistics

Groep		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Interventiegroep	1e Screening	12	4,0	6,0	5,042	,6201
	2e Screening	12	5,5	7,0	6,083	,3589
	3e Screening	12	6,0	7,0	6,292	,3343
	Valid N (listwise)	12				
Controlegroep	1e Screening	7	4,0	6,0	5,071	,7319
	2e Screening	5	5,0	6,0	5,500	,5000
	3e Screening	4	5,0	6,0	5,625	,4787
	Valid N (listwise)	4				

Naast het experimentele deel is er tijdens het onderzoek ook een kwalitatief deel uitgevoerd.

3. Resultaten van het kwalitatieve onderzoek.

Inleiding.

De methode MRT en Judo pretendeert, dat door het goed toepassen ervan, ook verbeteringen ontstaan op het sociaal emotionele vlak, het omgaan met de eigen omgeving en de ruimtelijke oriëntatie. Met andere woorden: op het gebied van psychosociaal gedrag. Dergelijke zaken vallen natuurlijk niet in cijfers uit te drukken, zoals bij het experimentele deel wel het geval is. Om er toch aandacht aan te schenken, is er gedurende alle lessen geobserveerd. Daarbij werd gekeken hoe de kinderen zich in psychosociaal opzicht ontwikkelden.

De groep die daarbij geobserveerd is, was alleen de groep die ook actief aan het experiment deelnam. Alleen die kon immers geobserveerd worden, dit in tegenstelling tot de groep die tot de contrôlegroep behoorde.

De ontwikkelingen binnen deze groep kinderen, 12 in totaal, waren interessant om te zien. Uiteraard zijn deze observaties niet onmiddellijk te generaliseren, maar de waarnemingen moedigen op zijn minst aan, verder onderzoek te entameren. Bij voorkeur kwalitatief.

De observaties.

In totaal namen er 12 kinderen deel aan de MRT en Judo lessen: 10 jongens en 2 meisjes. Bij het begin van het project was de jongste 3 jaar en de oudste 6. Aan het eind van het project was de jongste 4 jaar en de oudste 6.

In de beschrijving van de observaties, zal in deze bijlage op de volgende manier te werk worden gegaan:

Eerst zal er in zijn algemeenheid iets worden gezegd over de beginsituatie. Vervolgens zullen per kind de ontwikkelingen en veranderingen in gedrag beschreven worden. Uit privacyoverwegingen zullen de kinderen worden aangeduid met een letter. Aan het eind zullen dan in het kort nog een paar algemene concluderende opmerkingen worden gemaakt.

Algemene beginsituatie.

Judo is de enige vechtsport waarbij het niet noodzakelijk is om de tegenstander te blessuren¹. Dit maakt deze sport geschikt om in te zetten bij kinderen die moeten leren hun gedrag te reguleren in combinatie met het vergroten van hun zelfvertrouwen. Het maakt ook, dat deze kinderen in sociaal opzicht hun vaardigheden vergroten.

Bij de beginsituatie, was er sprake van een combinatie van spanning en enthousiasme. Wat er zou gaan gebeuren wisten ze niet en dat maakte het sowieso al spannend. Tegelijkertijd is het natuurlijk erg stoer als je 'groot genoeg' bent om een echt judopak aan te mogen. Maar wat moet je doen als iemand anders je vastpakt omdat hij/zij de opdracht kreeg dat te doen? Hoe weerbaar ben je? Wat nou als je 'verliest' met vechten? Het zullen vast allerlei zaken geweest zijn die door de hoofdjes speelden

¹ Dit neemt uiteraard niet weg, dat blessures en verwondingen wel kunnen voorkomen. Het gaat om de intentie om dit niet te laten gebeuren bij judo, terwijl bij andere vechtsporten het juist de bedoeling is om dit wel te laten gebeuren (Knock out bijvoorbeeld).

van de kinderen, alhoewel dit natuurlijk nooit met deze volwassen woorden gebeurd zal zijn.

Beschrijving van de ontwikkeling bij de geobserveerde kinderen.

- A. A is een meisje. 6 jaar is ze als de cursus afgesloten wordt. Ze voert alle oefeningen heel goed uit en gedraagt zich sociaal naar andere kinderen. Wel heeft ze haar sociale voorkeuren met wie ze wil werken. Ze is dan niet altijd in staat om te uiten waarom ze dat wil. Ze voelt zich ook het veiligst als er dingen gebeuren die al bekend voor haar zijn. Aan het eind kan ze goed omgaan met winnen en verliezen. Ze kan zich ineens in haar eigen wereld terugtrekken als het anders is dan ze zich had voorgesteld. Dan sluit ze zich zelfs helemaal af. Maar haar vervolgens (na haar enige rust te hebben gegeven) opnieuw betrekken in de groep, gaat aan het eind van de cursus al een heel stuk beter dan de eerste keer.
- B. B is een jongen van 6 jaar die enorm veel last heeft van prikkels. Iedere mogelijkheid om afgeleid te kunnen worden, lijkt hij op te zoeken. Als de judoleraar zich naar andere kinderen bij het raam draait, kan het zijn dat hij achter zijn rug al bijna tegen het plafond in het wandrek zit (wat bij judo uiteraard niet de bedoeling is). Als hij ook maar enige vrijheid krijgt, gaan alle remmen los. Al werkende wordt echter een enorme bereidheid ontdekt om anderen te helpen. Als één van de kinderen verdrietig is, gaat hij spontaan troosten. Naar vermogen heeft hij ook zeker heel goed deelgenomen. Het krijgen van ‘verantwoordelijkheden’ binnen de groep heeft daar zeker bij geholpen. En ook de oefeningen voert hij goed uit.
- C. C is een meisje van 6. In het begin van het project communiceert ze vooral met emoties: lachen, huilen en juichen. In het contact met andere kinderen is dit voor haar zeker niet handig, zeker als er bijvoorbeeld gehuild werd. Maar ze leert praten over wat haar al dan niet bevalt. Op het laatst laat ze het er dan ook zeker niet op aan komen, maar praat ze over haar gevoelens. Daarmee voorkomt ze dat er situaties gaan ontstaan die ze niet wil. Preventief in plaats van reactief. Naar de leraar toe wordt ze zelfs een beetje ‘ondeugend’: grapjes verzinnen in zijn richting. Een heel positieve ontwikkeling.
- D. D is een jongen van 4. Zijn spraak is nog niet goed ontwikkeld. Vrijwel iedere les deelt hij aan de ondersteunende pedagogisch medewerkster mee dat hij moet ‘pjassen’ (plassen), waarop ze hem vervolgens naar het toilet moet brengen. Alhoewel hij goed zijn best lijkt te doen, komen de instructies niet goed binnen. Als tijdens de oefeningen een kind dat onder hem ligt ‘auw’ roept, wil hij vooral de opdracht goed uit blijven voeren en blijft er bovenop liggen. Concreet wordt hem aangeleerd: ‘ Als andere kindjes ‘auw’ roepen, moet je stoppen! Dan hebben ze pijn!’ Als de leraar of andere begeleiders dat zeggen stopt hij wel meteen. Heel langzaam dringt tot hem door dat ‘auw’ echt ‘stoppen’ betekent en kan hij dat soms ook uit zichzelf uitvoeren. Maar tijdens de cursus is er in algemene gedragsmatige zin, nauwelijks enige verbetering te zien.
- E. E is een jongen die in een korte periode van anderhalf jaar veel dikker geworden is. Aan het einde van de cursus is hij op een maand na, 5 jaar. Hij heeft zichtbaar last van zijn gewicht, dat ook tot een heel slechte conditie heeft geleid. Vanaf het begin was hij al sociaal. Maar dit komt ook omdat hij dit van zijn ouders geleerd heeft, die hier nadrukkelijk de aandacht op leggen. Zij zijn ook degenen die regelmatig contact zoeken met de cursusleiding. Hij heeft kopieergedrag overgenomen van volwassenen als er iets niet lukt: zuchten, de

handen ten hemel strekken, de schouders ophalen. Als hij iets te moeilijk vindt worden, heeft hij zoiets van 'laat maar zitten'. Wat hij vervolgens ook letterlijk doet: zich onttrekken aan alles en op de grond gaan zitten. Tijdens de cursus heeft er weinig tot geen verbetering plaatsgevonden.

- F. F is een jongen van 5 jaar. Hij is intelligent en weet ook veel. Je kunt hele gesprekken met hem voeren en al echt 'redeneren'. Waarschijnlijk de positieve invloed van volwassenen (zoals zijn ouders) in de omgeving. In het begin is hij heel sociaal: hij staat graag in de belangstelling. Maar tegelijkertijd doet hij graag zijn eigen zin. Naarmate de andere kinderen in de groep zich sociaalvaardiger gaan gedragen, neemt hij een andere sociale plaats in, in de groep. Hoe daarmee om te gaan moet hij nog leren. Nu huilt hij vooral als dit gebeurt of trekt hij zich terug. Hij kan heel boos zijn als hij zijn zin niet krijgt, maar deze boosheid is altijd van korte duur.
- G. G is een jongen van 5. In het begin is hij dermate angstig dat zijn begeleidster mee moet komen. En dan doet hij nog niet mee: samen met zijn begeleidster kijkt hij wat de andere kinderen doen. Als er enige druk op hem wordt uitgeoefend om mee te doen, wordt hij boos. Na twee keer komt zijn begeleidster niet meer mee. Heel langzaam verdwijnen de weerstanden. Aan het eind van de cursus blijkt hij in alle opzichten verbeterd. Hij doet lekker mee, heeft begrip en medeleven met andere kinderen. Hij is sociaal sterker geworden (komt voor zichzelf op) en heeft plezier in alles wat hij doet. En hij blijkt zelfs te beschikken over een dosis 'kinderhumor' (vergelijkbaar met C).
- H. H is een jongen van 5 als hij begint aan de cursus en hij is 6 als hij hem afsluit. Zijn begeleidsters delen mee dat hij in de groep vaak niet te handhaven is. Hij heeft aanvankelijk een uitgesproken 'machó' gedrag en kan absoluut niet tegen zijn verlies. De kinderen moeten tijdens de lessen ook leren verliezen. Dat is in de lessen soms ingebouwd. Als hij verloren heeft en de leraar niet in zijn richting kijkt, geeft hij de jongen die hem heeft laten verliezen een 'karatetráp' in zijn rug. De observator (ik = JV dus) ziet dit wel en roept hem hard tot de orde (een rol die de observator steeds zoveel mogelijk heeft proberen te voorkomen). H blijkt een nakomertje te zijn met een veel oudere broer, die hem waarschijnlijk ook andere vechttechnieken aanleert (dat zegt H althans). Opvallend is, dat hij na dit incident probeert een goede relatie met de observator aan te knopen. Steeds als hij binnenkomt, gaat hij die eerst een 'Hi-five' geven. Al werkende wordt steeds meer duidelijk dat hij het fijn vindt om verantwoordelijkheden te krijgen: andere kinderen helpen, dingen voordoen, troosten zelfs. Op het laatst durft hij ook suggesties aan te dragen: 'Op de kleuterschool moesten we ook zoiets doen, maar daar deden we het zo en zo'. En hij leeft helemaal op als het dan ook nog wordt uitgevoerd. Als hij verantwoordelijkheden krijgt blijkt hij eigenlijk een heel aardige jongen te zijn. Lief tegen de andere kinderen. Iemand waarop de uitdrukking 'ruwe bolster blanke pit' van toepassing is. Een jongen die zich tijdens de cursus duidelijk ontwikkeld heeft. Hij is een 'mix': slechts één van zijn ouders is Nederlands. Ook dit speelt waarschijnlijk mee in zijn gedrag ('echte jongens gedragen zich als echte jongens'). Het zou goed zijn ook aan dit soort elementen meer aandacht te schenken.
- I. I is een jongen die 6 is als de cursus wordt afgesloten. In het begin is hij wat teruggetrokken. Maar hij ontwikkelt zich al werkende (spelende) tot een jongen met karakter, die zelfs eigen initiatief vertoont. En hij laat niet over zich heen lopen. Een heel positieve ontwikkeling.

- J. J is een jongen van 6. Hij kan absoluut niet stilstaan. Loopt ook nooit gewoon, maar springt altijd. Ook van hem is slechts één van de ouders Nederlands. Hij vindt het heel moeilijk om in het keurslijf te moeten staan/zitten, maar doet dit wel als dit van hem verwacht wordt. Hij doet heel graag mee, maar is tegelijkertijd heel snel afgeleid. Zijn moeder geeft aan dat hij ook van dansen houdt. Speciaal van een dans die een schijngevecht laat zien. Afkomstig uit het land waar zij geboren is. Net als bij H zou het ook bij hem goed zijn, aan dit soort elementen aandacht te schenken. Maar dan moeten ze natuurlijk wel eerst bekend zijn bij de begeleiding.
- K. K is de jongste uit de groep. Als hij begint is hij pas 3. Na twee maanden wordt hij 4. Hij is de kleinste uit de groep. Ook fysiek. In het begin laat hij zich alles welgevallen, maar aan het eind is hij ook verbaal een stuk sterker. Zijn – in het begin gebrekkige – spraak verbetert zich hoorbaar. Dit maakt hem ook verbaal sterker. Aan het eind van de cursus kan hij duidelijk kenbaar maken aan de andere kinderen wat hij wel en niet wil. Ook zijn boosheid durft hij te laten zien als iets hem niet bevalt. En ook al is hij de kleinste: aan het eind heeft hij een duidelijke zelfverzekerde plaats binnen de groep.
- L. L is een jongen van 4 als hij aan de cursus begint. Hij is 1 maand 5 als de cursus stopt. Bij binnenkomst is hij heel afhoudend. Hij moet extra aandacht krijgen van de judoleraar en onderwijsassistente dat andere kinderen hem geen pijn doen. (Dat gebeurt natuurlijk wel eens bij judo). Zelf durft hij dan nog geen mond open te doen. Maar gedurende de tijd ontwikkelt hij zich van verlegen jongetje tot een jongen die steeds socialer wordt en zekerder van zichzelf. Als iets hem niet bevalt, trekt hij zijn mond open. Hij is bewuster van wat hij kan (en wil!) en niet kan. Daardoor stijgt ook zijn zelfvertrouwen.

Uit de observaties blijkt dat er op het gedragsniveau binnen de groep bij 2 kinderen geen verbetering plaatsvond: D en E

Tevens blijkt dat er bij 5 kinderen een verbetering plaatsvond: A-B-C-F-J

Bij 5 kinderen vond een sterke verbetering plaats: G-H-I-K-L

Deze observaties zijn niet onmiddellijk te generaliseren, maar de waarnemingen moedigen op zijn minst aan, verder onderzoek te entameren. Bij voorkeur kwalitatief.

4. Conclusies en aanbevelingen.

De conclusies en aanbevelingen zijn gebaseerd op zowel het experimenteel kwantitatieve deel als op het kwalitatieve deel.

- Er zijn sterke aanwijzingen dat de onderzoeksvraag:
“Is MRT en judo als therapeutische behandelmethodes in deze Pilot bewezen effectief in de behandeling van kinderen van 3 tot 7 jaar met manco's in hun sensomotorische ontwikkeling? Met andere woorden: heeft MRT en judo aantoonbaar effect op de verbetering van sensomotorische vaardigheden bij deze doelgroep” positief kan worden beantwoord.
Wel dient in ogenschouw genomen te worden dat dit experiment een kleine onderzoeksgroep betreft waarbij ook andere variabelen een rol gespeeld kunnen hebben.
- De onderzoeksresultaten zijn hoopgevend met betrekking tot de effectiviteit. Het is zeker de moeite waard verder onderzoek te doen naar de inzet van MRT en Judo als behandelmethodes.
- In de Pilot lijkt de koppeling tussen MRT en Judo effectief te zijn.. Dit neemt echter niet weg dat het aanbeveling verdient na te gaan hoe dat MRT ook gekoppeld kan worden aan andere sporten en mogelijk ander bewegingsvormen.
- Het zou goed zijn als begeleiding ook meer geïnformeerd zou zijn over verschillende culturele invloeden van de kinderen. De observator, (zelf antropoloog en kind van ouders afkomstig uit 2 verschillende landen) bemerkte dat bij de kinderen uit de groep die een 'mix' zijn. Tegelijkertijd viel echter op dat hierbij bij het personeel waarmee hij te maken had, nagenoeg geen bekendheid over bestond. In veel opzichten zouden kinderen en ouders er echt mee geholpen zijn als hier meer aandacht aan gegeven wordt.
- Het viel op dat alle medewerkers (met uitzondering van de conciërge en de kok) vrouwen zijn. Het is aan te bevelen richter mannen te gaan betrekken omdat ook die een rolmodel zijn voor de kinderen. Is er niets te doen met de vaders als vrijwilligers (onder begeleiding uiteraard)?
- Zoals ook in de subsidieaanvraag Innovatiefonds Jeugdzorg is vermeld en toegezegd door de aanvrager aan het Innovatiefonds, verdient het aanbeveling te werk te gaan zoals daar omschreven bij paragraaf 2.4 onderhoud en borging:
 - Aansluitend op de resultaten van het onderzoek benut Combinatie Jeugdzorg de uitkomsten ervan voor een beschrijving van de behandelactiviteit.

-Aansluitend op de beschrijving van de behandelactiviteit maakt Combinatie Jeugdzorg een compleet implementatieplan voor 2013.

-Door middel van een training worden sportdeskundigen getraind in het kunnen uitvoeren van de behandelactiviteit waarbij zij ook gecertificeerd worden ten aanzien van MRT.

-De uitkomsten van het onderzoek en de beschrijving van de interventie worden landelijk verspreid (disseminatie). Tevens wordt er in een vaktijdschrift over de uitkomsten van het onderzoek en de interventie gepubliceerd.

- Het verdient aanbeveling om middels een symposium de resultaten van het onderzoek te koppelen aan het werk binnen de jeugdzorg.
- Via Jeugdzorg Nederland verdient het aanbeveling te bewerkstelligen dat deze werkwijze binnen het gehele veld van de jeugdzorg wordt verspreid.