

DUTCH CONSENSUS STATEMENT DCD (2011)

NL vertaling van de LEEDS CONSENSUS STATEMENT 2006

en uitwerking voor de NL praktijk

Coördinatieontwikkelingsstoornis (Developmental Coordination Disorder) als specifiek leerprobleem



Principal Investigator:

Professor D.A. Sugden

NL-vertaling door Hanneke Meulenbroek

Vertaling en uitwerking o.v.v.

DCD - Stuurgroep

DCD-UK-NL

Leeds Consensusverklaring (2006)

ESRC Onderzoeksseminars
Coördinatieontwikkelingsstoornis
Developmental Coordination Disorder (DCD)
LEEDS 2004-2005

Achtergrond

In oktober 1994 is de 'London (Ontario) Consensus statement' opgesteld met als doel speciale aandacht te vragen voor het bestaan van de motorische ontwikkelings- en coördinatiestoornis *Developmental Coordination Disorder* ofwel DCD en een gedetailleerder beeld van deze veelvoorkomende aandoening te schetsen dan dat waarin de DSM (DSM-III-R, 987/DSM-IV, 1994) tot dan toe voorzag. De Consensusverklaring zou bovendien de standaardisatie van gepubliceerd onderzoek naar DCD dienen te bevorderen.

De London Consensus was zonder twijfel een belangrijke mijlpaal in de onderzoeksgeschiedenis van DCD. Inmiddels is bekendheid met en onderzoek naar de stoornis substantieel toegenomen en is de tijd rijp om deze consensusverklaring uit te bouwen. Hieronder volgt een samenvatting van een reeks bijeenkomsten georganiseerd door Professor David Sugden met financiële ondersteuning van de 'Economic and Social Research Council' van het Verenigd Koninkrijk (VK) en 'The Dyscovery Centre' uit Wales. Tijdens de discussies werden de deelnemers het er over eens dat de DSM-IV-TR (2000) een werkbare basis vormde voor de diagnostiek van DCD, al werden er wel een aantal verduidelijkingen en amendementen voorgesteld.

Diagnose - Criteria A en B

- Er is sprake van een Coördinatieontwikkelingsstoornis (DCD) wanneer het uitvoeren van motorische vaardigheden aantoonbaar verstoord is. Deze zichtbare verstoring heeft een aanmerkelijke negatieve uitwerking op de uitvoering van activiteiten van het dagelijks leven (ADL) – waaronder aankleden, eten, fietsen – en/of school- en leerprestaties ten gevolge van bijvoorbeeld schrijfproblemen. Onder de hoofdkenmerken van de stoornis rekent men problemen met de grove en/of fijne motoriek die zich kunnen manifesteren in de voortbeweging, behendigheid, handvaardigheid, complexe vaardigheden (bv. balspelen) en/of balansvaardigheid.
- De langetermijnprognoses voor personen met DCD zijn variabel; een klein percentage laat verbeteringen zien maar het komt veel vaker voor dat het leven van adolescenten en volwassenen met DCD wordt gekenmerkt door aanhoudende motorische problemen gepaard gaande met sociale en leerproblemen, evenals medische en psychiatrische klachten. De problemen die men ervaart zijn ernstig en persistent en doen zich voor ondanks voldoende motorische oefening en ervaring. Door deze problemen, en zonder passende hulp en/of gerichte interventie op gezins- en schoolniveau en in de werkomgeving, zal iemand met DCD aanzienlijke nadelen van zijn/haar aandoening ondervinden.
- DCD is een idiopatische aandoening. Hoewel de stoornis zich al op heel jonge leeftijd openbaart, zal de diagnose zelden voor het vijfde levensjaar gesteld worden. De stoornis heeft wisselende maar altijd aanmerkelijke gevolgen voor iemands verdere leven. De hier beschreven problemen die als symptomen van DCD worden aangemerkt, worden overal (h)erkend ongeacht culturele of etnische achtergronden, sociaaleconomische status en geslacht.

Diagnose - Criteria C en D en gelijktijdig voorkomende aandoeningen

- Het navolgende is een nadere duiding van de DSM-IV criteria C en D waarin opnieuw benadrukt wordt dat DCD een 'specifieke en afzonderlijke' stoornis is die zich (vaak) gelijktijdig kan voordoen met andere ontwikkelingsstoornissen. Men was het erover eens dat de termen 'minimal brain dysfunction' en 'atypical brain development' de diagnostiek niet ten goede kwamen.
- Criterium C: "De stoornis is niet het gevolg van een somatische aandoening (bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, hemiplegie of spierdystrofie) en voldoet niet aan de criteria van een pervasieve ontwikkelingsstoornis " (p86). De diagnose DCD beschrijft geen oorzaak maar alleen symptomen. De diagnostiek zoals die in de DSM-IV criteria beschreven wordt, wordt bemoeilijkt door het gebrek aan duidelijkheid omtrent criterium C. Er bestaan vele medische aandoeningen die zich onder andere uiten in een gebrekkige motoriek en bekende aandoeningen zoals Cerebrale Parese (spasticiteit), hemiplegie of spierdystrofie moeten een diagnose van DCD uitsluiten.
- Wij vinden het belangrijk te benadrukken dat, alles overziende, er voldoende bewijs is dat erop duidt dat DCD een unieke en afzonderlijke neurologische ontwikkelingsstoornis is welke zich (daadwerkelijk) vaak voordoet in combinatie met een of meerdere andere neurologische ontwikkelingsstoornissen. Veelal gaat het hierbij om aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ofwel ADHD), stoornissen in het autistisch spectrum (ofwel ASD) en ontwikkelingsdyslexie. Het zou niet juist zijn de mogelijkheid van een dubbeldiagnose, DCD en PDD, uit te sluiten en, waar nodig, dienen beide diagnoses dan ook gesteld te worden.

Criterium D betreft het uitsluiten van individuen met zwakzinnigheid (p86, 'mental retardation') bij de diagnostiek van DCD. Volgens de DSM-IV impliceert zwakzinnigheid een IQ-score lager dan 70 (in Engeland en in Nederland wordt overigens veeleer de term leerproblemen gehanteerd). De DSM-IV-TR (2000) stelt dat als er sprake is van zwakzinnigheid, de motorische problemen ernstiger zijn dan die men doorgaans met de aandoening associeert. Kinderen met een geschat of gemeten IQ van 70 of lager dienen derhalve niet met DCD gediagnosticeerd te worden aangezien het bekend is dat zij een verhoogd risico op een verstoorde motoriek hebben.

Vaststellen van Coördinatieontwikkelingsstoornis (DCD)

Het meten bij kinderen met DCD heeft meerdere doelen waaronder signalering, diagnose stelling en het opstellen van een behandelplan. Het wordt algemeen erkend dat de gebruikte meetmethoden van invloed zijn op het behandelproces en -doelen.

DSM-IV-TR criteria

De groep besloot de DSM-IV-TR criteria (2000) aan te merken als de meest geschikte van de momenteel beschikbare diagnostische criteria. Echter, hieronder volgen een aantal punten van zorg en/of aandacht met betrekking tot de toepassing van deze criteria:

- Criterium A. "De uitvoering van dagelijkse bezigheden, waarvoor coördinatie van de motoriek vereist is, ligt aanzienlijk onder het te verwachten niveau dat hoort bij de leeftijd en de gemeten intelligentie van betrokkene. Dit kan tot uiting komen door duidelijke vertragingen in het bereiken van de mijlpalen van de motorische ontwikkeling (bijvoorbeeld lopen, kruipen, zitten), dingen te laten vallen, onhandigheid, slechte sportprestaties of een slecht handschrift." (DSM-IV-TR, 2007 p. 85-86)

Om implementatie van Criterium A te faciliteren, adviseren wij het gebruik van een individuele en op de culturele achtergrond van de betreffende persoon afgestemde, genormeerde test om het niveau van motorisch functioneren vast te stellen. De grens voor Criterium A zou bij een prestatieniveau op of onder het vijfde percentiel gelegd moeten worden. (In eerste instantie kunnen screeningslijsten aangewend worden). Men erkent echter dat de 5-procentnorm arbitrair is en zowel te hoog als te laag kan zijn. Zo gelden bij de gangbare statistische methoden bijvoorbeeld twee standaarddeviaties (ongeveer 2,5%) als algemeen geldende diagnostische grenswaarde. Daarentegen wordt ook 15% vaak als maatgevend gezien en hoewel we aanraden kinderen die binnen dit bereik vallen blijvend te volgen, is het niet praktisch dit percentage als grenswaarde voor de aandoening te hanteren. We raden derhalve 5% als redelijke grens aan, mede omdat deze norm al gangbaar is in de klinische en onderzoekspraktijk.

- Criterium B. "De stoornis van criterium A interfereert in significante mate met de schoolresultaten of de dagelijkse bezigheden." (DSM-IV-TR, 2007 p. 86).

Wij zijn van mening dat het zeer moeilijk is om een direct verband aan te tonen tussen slechte motorische coördinatie en school/leerprestaties. Niettemin, omdat meestal de schrijfvaardigheid is aangetast, waarvan bewezen is dat het de leerprestaties beperkt, is evaluatie van deze fijnmotorische vaardigheid gewenst.

De gebruikte metingen dienen cultuurrelevante normen voor de ontwikkeling van ADL-vaardigheden te weerspiegelen en ook de mate van zelfverzorging, spel, ontspanning en schoolgerelateerde activiteiten (waaronder schrijven, lichamelijke oefening/gymles en het gebruik van gereedschappen) te toetsen evenals de opvattingen van het kind, de ouders, leerkrachten en andere belangrijke personen in het leven van het kind.

- Criterium C. "De stoornis is niet het gevolg van een somatische aandoening (bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, hemiplegie of spierdystrofie) en voldoet niet aan de criteria van een pervasieve ontwikkelingsstoornis." (DSM-IV-TR, 2007 p. 86)

Hier dient een conventioneel neurologisch onderzoek mogelijk ernstige neurologische aandoeningen (bv. structurele houdingsproblematiek, afwijkende spiertonus of reflexen) uit te sluiten.

- Criterium D. Indien er sprake is van zwakzinnigheid, dan zijn de motorische problemen ernstiger dan die welke hierbij gewoonlijk horen. (DSM-IV-TR, 2007 p. 86)

In het ideale geval zou men een IQ-test dienen af te nemen om de algemene intellectuele vermogens te bepalen. Waar dit niet mogelijk is, vormen het oordeel van de leerkracht of andere relevante gegevens zoals verkregen uit nationale toetsen aanvaardbare alternatieven. Zoals eerder aangegeven, voor kinderen met een geschat of gemeten IQ lager dan 70 dient nooit de diagnose DCD gesteld te worden. Een differentiaaldiagnose wordt primair gewaarborgd door naleving van de hierboven beschreven criteria C en D.

Interventie

Behandelplannen dienen:

- activiteiten te omvatten die functioneel zijn en gebaseerd op activiteiten die relevant zijn voor het dagelijks leven en van betekenis zijn voor het kind, de ouders, leerkrachten en anderen. Ze dienen tevens gebaseerd te zijn op nauwkeurige observaties en metingen en erop gericht te zijn het motorisch functioneren en andere eigenschappen van het kind zoals zelfbeeld en zelfvertrouwen te verbeteren.
- de wensen van het kind als sleutelfactoren voor het interventieproces te nemen. Dit houdt gewoonlijk in dat functionele taken worden onderscheiden, prioriteiten en einddoelen worden bepaald en kinderen worden aangemoedigd hun eigen vooruitgang bij te houden.
- een aantal personen –ouders, leerkrachten, medewerkers in de gezondheidszorg, (gezins)begeleiders en andere gezins- of familieleden –in het proces te betrekken die er mede zorg voor kunnen dragen dat het geleerde wordt gegeneraliseerd en toegepast in de context van alledag.
- afgestemd te zijn op de dagelijkse gezinssituatie, waarbij men rekening houdt met gezinsafhankelijke factoren zoals vaste patronen, andere kinderen, financiële omstandigheden, enz.
- 'evidence-based' te zijn, ofwel op empirische gronden te berusten, en verankerd te zijn in theorieën die de inzichten in kinderen met DCD helpen te vergroten. Deze theorieën dienen rekening te houden met het verloop van het leerproces in het zich ontwikkelende kind, de structuur van de taak en omgevingsfactoren die het aanleren van vaardigheden kunnen bevorderen.

Literatuur

American Psychiatric Association (1987) DSM-III-R Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994) DSM-IV Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington DC.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000) DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision. Washington, DC.: American Psychiatric Association.

G.A.S. Koster van Groos: Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR. 2007 3de dr. Nederlandse vertaling Harcourt Assessment BV, Amsterdam.

Dutch DCD Consensus Statement dd maart 2011:

Op de DCD beleidsconferentie in 2008 is de Leeds Consensus Statement overgenomen met een Nederlands amendement.

Vervolgens is er meer onderzoek gedaan, is de nieuwe Movement ABC-2 uit en is er een Duitse Leitlinie DCD gepubliceerd die door internationale samenwerking tot stand is gekomen.

Naar aanleiding van deze nieuwe ontwikkelingen is op de 9^e DCD beleidsconferentie 18 maart 2011 te Bussum het volgende besloten ten aanzien van de DSM-IV criteria:

Criterion A:

- Standaardscore ≤ 7 op MABC-2 (≤ 16 e percentiel in de NL handleiding) of standdaardscore ≤ 5 op subtest (≤ 5 e percentiel).
- VMI/BHK/SOS niet gebruiken voor criterium A.
- In geval van alleen schrijfproblemen: schrijfrichtlijn hanteren

Criterion B:

- Hulpvraag moet aanwezig zijn
- DCDQ en GMO standaard afnemen om functionele problemen thuis en op school te inventariseren.

Criterion C:

- Diagnose kan alleen gesteld worden door arts (uitsluiten neurologische problematiek) (kinderevalidatie arts, kinderarts, kinderneuroloog, jeugdarts).
- Voorafgaand aan diagnose moet onderzoek plaatsvinden naar:
 - Algemene lichamelijke conditie (motoriek, neurologie, visus)
 - Taal/spraak
 - IQ (alleen indien twijfel over IQ, IQ test afnemen)
 - Gedrag (CBCL/TRF)
 - Sociale omstandigheden
- DCD mag samengaan met PDD-NOS

Criterion D:

- Alleen diagnose DCD stellen als IQ > 70 is.
- IQ test wordt alleen afgenomen bij twijfel over IQ.

Belangrijkste verschillen hierin met eerdere besluiten zijn:

- Een kind kan niet meer als DCD geclassificeerd worden met alleen een motorisch schrijfprobleem of alleen een probleem op de visueel motorische integratietest.
- Standaardscores van de Movement ABC worden gehanteerd als afkappunt ipv percentielscores.

Dit leidt tot de volgende aanpassing van de geoperationaliseerde DSM-IV criteria in onderstaande tabel:

De geoperationaliseerde DSM-IV criteria voor DCD zoals landelijk afgesproken door de Nederlandse revalidatiecentra.

Criterion A:

De totaalscore op de Movement ABC-2 ligt op of beneden de standaardscore 7 of de score op één van de drie clusters van de Movement ABC-2 ligt op of beneden de standaardscore 5.

Criterion B:

Uit de hulpvraag moet blijken dat de aandoening de schoolse prestaties of de algemene dagelijkse activiteiten zichtbaar beïnvloedt. Dit is ter beoordeling aan de revalidatiearts. Met alleen de aanmelding bij een revalidatiecentrum is nog niet voldaan aan dit criterium. De motorische vragenlijsten: CVO en GMO worden standaard gebruikt voor aanvullende informatie mbt functionele problemen thuis en op school.

Criterion C:

De aandoening is niet het gevolg van een medische conditie volgens de resultaten van een medisch-neurologisch onderzoek. Diagnose kan alleen gesteld worden door arts (uitsluiten neurologische problematiek) (kinderevalidatie arts, kinderarts, kinderneuroloog, jeugdarts). Voorafgaand aan diagnose moet onderzoek plaatsvinden naar: Algemene lichamelijke conditie (motoriek, neurologie, visus), Taal/spraak, Intelligentie (alleen indien twijfel over IQ, IQ test afnemen), Gedrag (CBCL/TRF), Sociale omstandigheden. DCD kan samengaan met PDD-NOS.

Criterion D:

De diagnose kan niet gesteld worden als het IQ op of beneden de 70 valt op een individueel afgenomen, gestandaardiseerde intelligentietest. Verondersteld mag worden dat het IQ boven de 70 valt, wanneer een kind in het regulier onderwijs zit en niet gedoubleerd heeft en er geen andere twijfel bestaat over het intelligentie niveau.

CVO: Coördinatie Vragenlijst; GMO: Groninger Motoriek Observatielijst; IQ: intelligentie Quotiënt; CBSL: Child Behavior Checklist; TRF: Teacher Report Form.

Omschrijvingen behandelprincipes uit LCS en n.a.v. 6de DCD beleidsconferentie

Werkdocument: Uitwerking n.a.v. discussie in de revalidatie en landelijke DCD werkgroepen.

H. Reinders, Maart 2007

Evidence-based en gegrond in theorieën:

Bedoeld volgens LCS: Behandelplannen dienen 'evidence-based' te zijn, ofwel op empirische gronden te berusten, en verankerd te zijn in theorieën die de inzichten in kinderen met DCD helpen te vergroten. Deze theorieën dienen rekening te houden met het verloop van het leerproces in het zich ontwikkelende kind, de structuur van de taak en omgevingsfactoren die het aanleren van vaardigheden kunnen bevorderen.

Formuleren van Doelen:

Naar de begrippenlijst van de KinderRap is een hoofddoelstelling: "de afspraak over datgene wat het team met het kind of de ouders wil bereiken binnen een bepaalde termijn. De hoofddoelstelling wordt zo SMART (...) mogelijk geformuleerd. Dit betekent dat aangegeven wordt wat de activiteiten van het kind of de ouders zijn op een gespecificeerd tijdstip."

Functioneel oefenen:

Bedoeld volgens LCS: Behandelplannen dienen activiteiten te omvatten die functioneel zijn en gebaseerd op activiteiten die relevant zijn voor het dagelijks leven en van betekenis zijn voor het kind, de ouders, leerkrachten en anderen.

Functional (physical) therapy (Ketelaar 2001)

- emphasizes the learning of the motor abilities that are meaningful in the child's environment and perceived as problematic by either the child or the parents.
- Children practice these motor abilities in functional situations, with the child having an active role in finding solutions for motor problems rather than having the physical therapist's handling result in a solution.
- Functional goals in terms of skills, are established with parents and children based on their priorities.
- Functional activities are assumed to be learned by repetitive practice of goal-related tasks in functional situations.

Vertaald samengevat in CP richtlijn (p.115) als volgt:

Bij de functionele fysiotherapie worden concrete functionele vaardigheden geoefend binnen een betekenisvolle context voor het kind. Ouders en kind zijn actief betrokken bij het bepalen en evalueren van de behandeldoelen.

Taakgericht:

Hiermee wordt bedoeld volgens 6^{de} beleidsconferentie: Die taken worden geoefend waar het kind volgens hem/haar zelf / ouder / leerkracht / professional problemen mee heeft.

Taakgericht en functioneel ligt in elkaars verlengde.

De vraag is functioneel; een vaardigheid wordt taakgericht aangeleerd. Daarna functioneel ingezet.

Voorbeeld: fietsen. Taakgericht: opstappen, fietsen, hand uitsteken etc. Functioneel: fietsen in het verkeer.

Proces-analyse:

Het achterhalen van de onderliggende factoren die het probleem veroorzaken bij het uitvoeren van de handeling/taak.

Taak-analyse:

Analyse van de aspecten van uitvoering van de taak. Waar in de taak zit het probleem? Wat is er nodig om de taak goed te kunnen uitvoeren? Hierbij aandacht voor het samenspel tussen kind, taak en omgeving.

Taakanalyse versus procesanalyse:

Taakanalyse betreft analyseren wat de taak aan taakaspecten in houdt i.p.v. onderliggende (fysieke-/leer-) processen te analyseren.

Motivatie:

Bedoeld volgens LCS: Behandelplannen dienen de wensen van het kind als sleutelfactoren voor het interventieproces te nemen. Dit houdt gewoonlijk in dat functionele taken worden onderscheiden, prioriteiten en einddoelen worden bepaald en kinderen worden aangemoedigd hun eigen vooruitgang bij te houden.

Motorisch leren:

Tijdens de behandeling wordt gebruik gemaakt van kennis over motorische leerprincipes (zoals toepassen van juiste instructie methode, feedback technieken etc. afhankelijk van de fase van het leerproces waarin een kind zich bevindt).

Oefen veel en gevarieerd:

Vanuit de Neuromotor Group Selection Theory (M. Hadders-Algra) zijn er aanwijzingen dat het neuromotorische repertoire bij kinderen met DCD enigszins beperkt zou kunnen zijn. Veel en gevarieerd oefenen is nodig om binnen de mogelijkheden van het kind de meest optimale strategie te kiezen.

Motivatie versus Motorisch leren versus Oefen veel en gevarieerd:

Motivatie is wat anders dan de andere twee termen. Heeft te maken met hulpvraag, ouders en kind. Professional heeft hier een grote verantwoordelijkheid.

‘Oefen veel en gevarieerd’ is één van de manieren van motorisch leren. Geldt mogelijk niet voor alle kinderen. Andere leerprincipes zouden ook in kaart moeten worden gebracht.

Generalisatie en systeem gericht:

Bedoeld volgens LCS: Behandelplannen dienen een aantal personen – ouders, leerkrachten, medewerkers in de gezondheidszorg, (gezins)begeleiders en andere gezins- of familieleden – in het proces te betrekken die er mede zorg voor kunnen dragen dat het geleerde wordt gegeneraliseerd en toegepast in de context van alledag.

Omstandigheden gezin:

Bedoeld volgens LCS: Behandelplannen dienen afgestemd te zijn op de dagelijkse gezinssituatie, waarbij men rekening houdt met gezinsafhankelijke factoren zoals vaste patronen, andere kinderen, financiële omstandigheden etc.

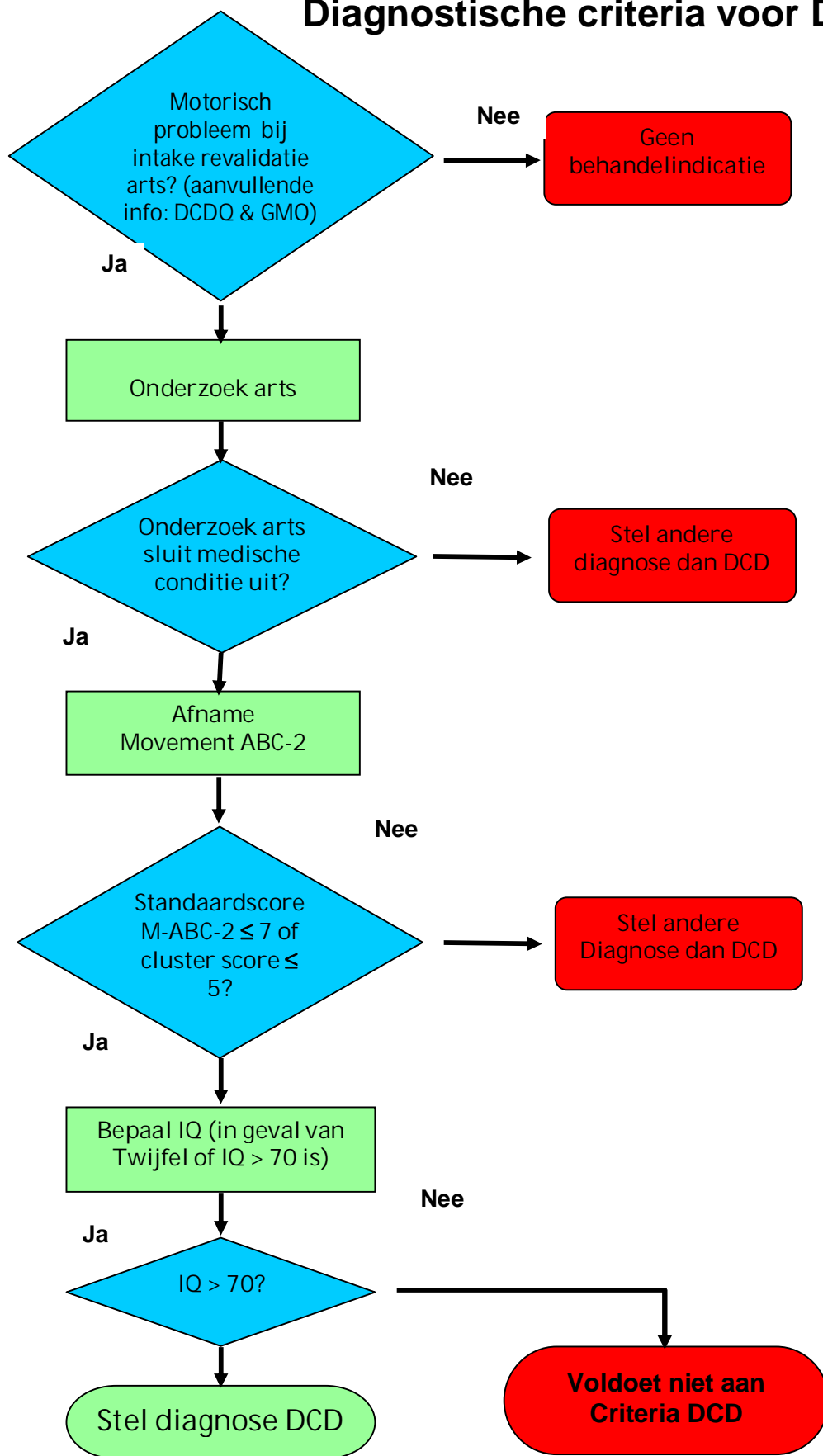
Generalisatie en systeem gericht versus omstandigheden gezin:

Generalisatie en systeemgericht zijn twee verschillende dingen. Zou je uit elkaar moeten halen. Generalisatie betreft de transfer naar andere taak of omgeving¹. Dit is doel van elke behandeling, in elk geval transfer naar omgeving waarin taak functioneel is voor kind.

Bij systeemgericht kan onderscheiden worden tussen 2 zaken: de omstandigheden: tijd, geld etc. en betrokken personen: ouders, brusjes, leerkracht etc.

¹ Onderscheid wordt wel gemaakt dat generalisatie altijd naar andere situatie verwijst en transfer naar andere taak. In literatuur (Schmidt, Shumway-Cook) echter wordt dit onderscheid niet gemaakt, maar wordt gesproken van generalisatie door transfer naar andere taak of andere omgeving. Dus altijd er bij noemen waar het heen gaat.

Diagnostische criteria voor DCD



Diagnostisch Protocol DCD

