

# Beroepsprofiel Kinderfysiotherapeut

---

zoals inhoudelijk goedgekeurd door de NVFK-leden d.d. 17 juni 2014

Juni 2014

Anjo Janssen  
Barbara Kölzer  
Petra Nijmolen  
Anneloes Overvelde  
Marjo Stevens



## Dankbetuiging

De werkgroep heeft in verschillende fasen van het traject een beroep gedaan op collega's. Alle collega's hebben daarop positief gereageerd en veel tijd besteed aan het zorgvuldig formuleren van feedback op eerdere versies van dit beroepsprofiel. Mede dankzij hun inbreng en betrokkenheid is dit Beroepsprofiel Kinderfysiotherapeut gerealiseerd. Daarvoor willen wij hartelijk dankzeggen aan de deelnemers van beide klankbordrondes: Danielle Douma, drs. Ivonne Duiser, prof. dr. Raoul Engelbert, prof. dr. Ria Nijhuis-van der Sanden, dr. Jacqueline Nuysink, dr. Eugene Rameckers, dr. Leo van Vlimmeren en Ruud Wong Chung MSc. Een speciaal woord van dank is er voor dr. Janjaap van der Net, onze NVFK-voorzitter: niet alleen heeft hij eerdere versies van grondig commentaar voorzien, ook zijn bemoedigende woorden hebben we zeer gewaardeerd. De projectleiding was in handen van drs. Hanneke Hoekstra: we zijn haar zeer erkentelijk voor haar professionele en adequate ondersteuning.

# Inhoud

Deel 1 Kinderfysiotherapie en de kinderfysiotherapeut.....	1
Hoofdstuk 1 Het domein Kinderfysiotherapie.....	8
1.1 Fundamentele uitgangspunten .....	8
1.1.1 Visie op gezondheid .....	8
1.1.2 Visie op bewegen .....	9
1.1.3 Visie op hulpverlening.....	10
1.2 Theoretische rationale.....	11
1.2.1 Wetenschappelijk fundament .....	11
1.2.2 Evidence Based Practice.....	11
1.2.3 International Classification of Functioning, Disability and Health - children and youth (ICF-CY)....	11
1.3 De kinderfysiotherapie in de context van de gezondheidszorg.....	12
1.3.1 Werkdomein.....	12
1.3.2 Werkterrein .....	13
1.4 Werkwijze kinderfysiotherapeutisch handelen .....	14
1.4.1 Methodisch handelen .....	14
1.4.2 Fasen kinderfysiotherapeutisch methodisch handelen .....	14
1.4.3 Verrichtingen.....	15
1.5 Beroepsethiek.....	16
1.6 Wet- en regelgeving .....	17
Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen .....	20
2.1 Ontwikkelingen in de zorgvraag .....	20
2.2 Beleidsmatige ontwikkelingen.....	21
2.3 Vakinhoudelijke ontwikkelingen.....	22
2.4 Technologische ontwikkelingen .....	23
2.5 Opleiding en deskundigheid van de kinderfysiotherapeut.....	23
Hoofdstuk 3 De competente kinderfysiotherapeut .....	25
3.1 Context en niveau.....	25
3.1.1 De Kinderfysiotherapeut EQF 7 .....	25
3.2 Competentieprofiel van de kinderfysiotherapeut .....	26
3.2.1 Opbouw van het competentieprofiel.....	26
3.2.2 De competentiegebieden .....	27
3.2.3 Kinderfysiotherapeutisch handelen, nadere omschrijving .....	28
3.4 Body of knowledge and skills.....	29
Literatuurlijst.....	32

**Deel 2 Competentieprofiel kinderfysiotherapeut.....34**

**Colofon Projectleden Beroepsprofiel NVFK..... 43**

## Inleiding

### *Waarom een nieuw beroepsprofiel?*

Sinds de realisatie van het Beroepsprofiel Kinderfysiotherapeut in 2005 is er veel veranderd in samenleving, gezondheidszorg en beroepsuitoefening. Dit wordt nog het meest verduidelijkt in de troonrede van 2013, waar de regering aangeeft afscheid te nemen van de 'verzorgingsstaat' en het beleid te richten op de 'participatiesamenleving'. Deze andere oriëntatie vraagt onder meer een andere inrichting van de gezondheidszorg. De zorgberoepen zullen hierop moeten aansluiten. Om dit succesvol te realiseren, is het noodzakelijk dat de kinderfysiotherapie zich op de huidige beschrijving van haar beroepsdomein en bijbehorende competenties nader bezint. Vanuit het voormalig College Specialisten Verenigingen (nu: Beroepsinhoudelijk Overleg, BIO), waarin de Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie (NVFK) participeert, is besloten de beroepsprofielen van de gespecialiseerde fysiotherapeuten aan te passen. Tevens heeft het bestuur van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) opdracht gegeven om in dezelfde periode het beroepsprofiel van de fysiotherapeut te vernieuwen.

Veranderingen in de Nederlandse demografie die de praktijk van de kinderfysiotherapeut zullen beïnvloeden, zijn onder andere een toename aan culturele diversiteit en de daarmee samenhangende pluriformiteit in opvoedingstradities, de intrede van het gereguleerde co-ouderschap, een grotere arbeidsparticipatie van beide ouders, en het feit dat steeds meer kinderen hun opvoeding gedeeltelijk ontvangen op een kinderdagverblijf en bij de buitenschoolse opvang. Een daling van het geboortecijfer en de toegenomen vergrijzing zullen invloed hebben op de verdeling van de financiële middelen in de gezondheidszorg, met gevolgen voor de kinderfysiotherapeutische praktijkvoering.

Door voortschrijdende medisch-technologische ontwikkelingen krijgen veel gezondheidscondities een chronisch karakter, waarmee deze gezondheidscondities 'levensloopziekten' worden. Daarnaast verschuift de focus van exclusieve aandacht voor de behandeling van een ziekte naar generieke aandacht voor de gewenste maatschappelijke participatie van mensen met een gezondheidsconditie. Ouders hebben hogere verwachtingspatronen van hun kinderen ten aanzien van hun maatschappelijke prestaties. Dit beïnvloedt de hulpvraag. De directe toegankelijkheid zonder tussenkomst van een huisarts stelt in toenemende mate speciale eisen aan de deskundigheid en de competenties van kinderfysiotherapeuten.

Kinderfysiotherapeuten studeren inmiddels af op masterniveau; het aantal masterkinderfysiotherapeuten in de beroepspraktijk neemt toe. Het accent dat binnen het masteronderwijs wordt gelegd op Evidence Based Practice (EPB) resulteert in een toenemend gebruik van resultaten van wetenschappelijk onderzoek, wat leidt tot doelmatiger interventies. De kinderfysiotherapeut verwerft zich hiermee een centrale positie in de zorg voor ontwikkelingsproblemen in het bewegingsdomein bij kinderen en jeugdigen.

### *Hoe ziet het nieuwe beroepsprofiel eruit?*

Het nieuwe beroepsprofiel bestaat uit twee delen. Het eerste deel beschrijft het domein van de kinderfysiotherapie en vormt de basis voor alle kinderfysiotherapeuten in Nederland. In hoofdstuk 1 van dit deel is het kinderfysiotherapeutisch domein beschreven. Hoofdstuk 2 beschrijft de ontwikkelingen in de maatschappij, de gezondheidszorg en de kinderfysiotherapie en hoofdstuk 3 de competentiegebieden en de kennisdomeinen van de kinderfysiotherapeut. Het tweede deel bevat het competentieprofiel van de kinderfysiotherapeut. In dit deel zijn de competenties van de kinderfysiotherapeut gedetailleerd beschreven op niveau 7 van het European Qualification Framework (EQF).

Het beroepsprofiel is gebaseerd op het CanMEDS-model uit 2005, ontwikkeld door het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. De term CanMEDS is een samentrekking van de woorden Canadian Medical Education Directives for Specialists. In Nederland wordt het model onder meer gebruikt door medisch specialisten, huisartsen, verzorgenden en verpleegkundigen en het wordt beschouwd als de standaard waarmee competenties helder en systematisch gedefinieerd kunnen worden. Onder meer om deze redenen hebben het BIO en het KNGF voor dit model gekozen.

Het bestuur spreekt haar grote dank uit aan allen die hebben bijgedragen aan het tot stand komen van dit beroepsprofiel, speciaal aan de auteurs van dit beroepsprofiel. Het beroepsprofiel Kinderfysiotherapeut is unaniem goedgekeurd op de 61<sup>e</sup> Algemene Ledenvergadering van de NVFK d.d. 17 juni 2014.

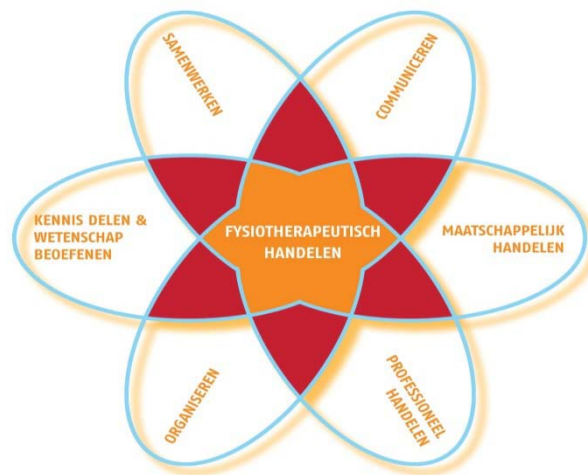
Namens het bestuur van de NVFK,

dr. Janjaap van der Net, voorzitter

# Deel 1

## Kinderfysiotherapie en de kinderfysiotherapeut

---



## Hoofdstuk 1 Het domein Kinderfysiotherapie

Kinderfysiotherapie is een door het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) erkend specialisme in de fysiotherapie. Ouders/verzorgers van kinderen en adolescenten<sup>a</sup> wenden zich tot een kinderfysiotherapeut omdat zij (dreigende) gezondheidsproblemen die het bewegen beïnvloeden signaleren, en daarmee samenhangende participatieproblemen. Het handelen van de kinderfysiotherapeut kenmerkt zich door een ontwikkelingsgerelateerde, leeftijdsadequate en contextgerelateerde benadering en begeleiding van het kind en de ouders/verzorgers van dat kind. Het handelen is gebaseerd op geïntegreerde kennis van groei en ontwikkeling van het bewegingssysteem<sup>b</sup>, de specifiek bij kinderen voorkomende problemen, de wederzijdse invloed van verschillende ontwikkelingsgebieden en de invloed van bewegingstaak en omgeving op het bewegend functioneren van kinderen.

Kinderfysiotherapie biedt behandeling bij het herstel en het ontwikkelen van het optimale bewegen en bij het behoud en de achteruitgang van het bewegen. Kinderfysiotherapeuten komen via een proces van klinisch redeneren tot een specifiek kinderfysiotherapeutische diagnose, op basis waarvan therapeutische en/of preventieve interventies worden bepaald en uitgevoerd.

De kinderfysiotherapeut onderbouwt het handelen mede met kennis uit de kindergeneeskunde, de ontwikkelingspsychologie, de pedagogiek en de bewegings- en gezondheidswetenschappen op de kinderleeftijd. Kinderfysiotherapie heeft een theoretische rationale die is gebaseerd op principes van motorisch leren en motorische controle bij kinderen en Evidence Based Practice (EBP), en maakt gebruik van de *International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth* (ICF-CY).<sup>1</sup> Kinderfysiotherapie toetst zich voor wat betreft haar theoretische rationale, doeltreffendheid en doelmatigheid, en voor wat betreft veiligheid aan de meest actuele wetenschappelijke inzichten, methoden en technieken.

Therapieën waarvoor geen evidentie bestaat of die niet zijn gebaseerd op een westerse rationale vallen buiten het domein van de kinderfysiotherapie.<sup>c</sup>

### 1.1 Fundamentele uitgangspunten

#### 1.1.1 Visie op gezondheid

Gezondheid is een abstract, meerduidelijk begrip dat is gekleurd door opvattingen vanuit een sociaal, cultureel en historisch perspectief. In dit beroepsprofiel wordt de omschrijving van Huber *et al.* gehanteerd, namelijk '*Health as the ability to adapt and to selfmanage, in the face of social, physical, and emotional challenges*'.<sup>2</sup> Vertaald als: 'Het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.' Deze gezondheidsdefinitie komt voort uit de kritiek<sup>d</sup> op de meer statische definitie van de World Health Organisation (WHO) uit 1948, die luidt: '*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*'.<sup>3</sup> Gezondheid heeft te maken met welbevinden, met kwaliteit van leven, een status waarvoor geen vaste criteria kunnen worden gesteld en die door elk individu anders beleefd zal worden. Het niet ervaren van een toestand van

---

<sup>a</sup> 'Kinderen en adolescenten' worden in het vervolg aangeduid als 'kinderen'.

<sup>b</sup> Het bewegingssysteem beschouwen wij als de resultante van het musculoskeletale, neurologische en cardiopulmonale systeem.

<sup>c</sup> Zie het standpunt van het KNGF inzake therapieën, [www.fysionet.nl](http://www.fysionet.nl).

<sup>d</sup> Door de absoluteheid van de term 'volledig' in relatie tot welbevinden dreigt de WHO-definitie van gezondheid onbedoeld bij te dragen aan een medicalisering van de maatschappij (Huber *et al.*, 2011).<sup>2</sup> Het niet ervaren van een toestand van volledig welbevinden kan gevoeld en uitgelegd worden als ongezond-zijn en de vraag naar (medische) interventie oproepen.



volledig welbevinden kan gevoeld en uitgelegd worden als ongezond zijn en de vraag naar (medische) interventie oproepen.

Tevens heeft de WHO als uitgangspunt dat iedere zwangere vrouw, ieder kind en iedere adolescent de hoogste standaard van gezondheid en ontwikkeling geniet.<sup>4</sup> Vroege ervaringen in het leven van de mens bepalen gezondheid, opleiding en economische participatie voor de rest van het leven. De kinderfysiotherapie neemt de verklaring van de rechten van het kind als vertrekpunt, waarmee wordt onderschreven dat een kind een onvervreemdbaar recht heeft op voor hem optimaal toegeruste zorg en toegang tot deze deskundigheid (hier de kinderfysiotherapie).<sup>5</sup>

Een kind kenmerkt zich door continue groei en ontwikkeling op lichamelijk, motorisch, sociaal-emotioneel, cognitief, spraak- en taalgebied. Deze ontwikkelingsgebieden beïnvloeden elkaar en een gezond kind ontwikkelt zich evenwichtig op alle gebieden. De context waarin het kind zich bevindt, is van invloed op zijn ervaren gezondheid. Een kind is wat betreft zijn kwaliteit van leven, gezondheid en welbevinden afhankelijk van wat de volwassen verzorgers hem bieden. Ouders/verzorgers en kinderen beïnvloeden elkaar wederzijds, waarbij tevens een wisselwerking optreedt met de specifieke omgeving van het gezin. Een gezonde opvoedingssituatie houdt rekening met de mogelijkheden en behoeften van een kind. Huber *et al.* benadrukken dat voor het ervaren van gezondheid, het voeren van de regie over het eigen leven cruciaal is.<sup>2</sup> De beleving van gezondheid is dan ook per individu en per situatie verschillend. Het begeleiden en ondersteunen van kinderen en ouders/verzorgers bij de regievoering over het participeren met ziekte of aandoening behoren tot de doelstellingen van een kinderfysiotherapeut. Een gedegen kennis over de relatie tussen fysieke, psychologische en mentale ontwikkeling en het verwerven van regievoering zijn daarom de pijlers van de kinderfysiotherapie.

### 1.1.2 Visie op bewegen

‘Bewegen’ wordt gedefinieerd in de ruimste zin van het woord. Bewegen is een vorm van intentioneel gedrag, van handelen. Het is een relationeel begrip, met onder meer een sociale dimensie. In deze benadering is bewegen meer dan het verplaatsen van het lichaam of van lichaamsdelen volgens een vaststaande anatomische beschrijving en (arthro)kinematica, of als bewegingsgedrag in termen van (in)stabiliteit, controleparameters<sup>e</sup> en ordeparameters.<sup>f</sup> Bewegingsgedrag vertoont vaak een zekere stabiliteit. Het is echter voldoende flexibel om adequaat te reageren op een veranderende omgeving. Optimaal bewegen kenmerkt zich door variabiliteit,<sup>6-8</sup> en controle van vrijheidsgraden.<sup>9</sup> Met variabiliteit wordt bedoeld dat een doel met verschillende bewegingen bereikt kan worden. De bewegingen worden bepaald door de situationele, de bewegings- en de sociale context, plus de aanwezige stoornissen. Deze lichaamsbewegingen kunnen telkens met verschillende structuren en/of lichaamsfuncties gerealiseerd worden.<sup>10</sup> Met vrijheidsgraden wordt bedoeld de manier waarop het centraal zenuwstelsel de gewrichten, spieren en neuronen die zijn betrokken bij complexe bewegingen, controleert.

De kinderfysiotherapie beziet het door het kind en de ouders/verzorgers gepresenteerde probleem met bewegen in de volle breedte. Dat wil zeggen dat zij de continu veranderende lichaamsproporties, het ontwikkelingsniveau en het daaraan aangepaste bewegingsrepertoire ziet in relatie tot de individuele leefsituatie en de omgeving.<sup>11</sup> Bewegen is een belangrijk middel van het kind om zichzelf te laten zien aan die omgeving en veranderingen in de omgeving teweeg te brengen.

De vroegkinderlijke ontwikkeling is de belangrijkste fase voor de algemene ontwikkeling.<sup>11</sup> De ontwikkeling van de hersenen en de biologische ontwikkeling gedurende het eerste levensjaar worden in hoge mate beïnvloed door de omgeving van het kind.<sup>12-14</sup> Voor kinderen heeft bewegen een gunstig effect op hun motorische, cognitieve en psychosociale ontwikkeling.<sup>15</sup> Motorische

---

<sup>e</sup> Voor controleparameters kan onder andere geput worden uit lichamelijke structuren en fysiologische processen.

<sup>f</sup> De ordeparameters geven de coördinatie en techniek van het bewegen weer. Door wijzigingen in controleparameters kan een, soms plotselinge, verandering optreden in de ordeparameters, waardoor de coördinatie van bewegen verandert.

ontwikkeling op jonge leeftijd heeft invloed op de motorische vaardigheid op de volwassen leeftijd.<sup>16</sup> De kans dat mensen later voldoende bewegen, neemt toe als zij daar al jong mee beginnen.<sup>17</sup> Mensen die voldoende bewegen, zijn minder vaak ziek, hebben minder last van psychische klachten, blijven makkelijker op een gezond gewicht en hebben minder kans op hart- en vaatziekten, diabetes en verschillende vormen van kanker.<sup>18,19</sup>

### 1.1.3 Visie op hulpverlening

Ieder kind heeft recht op een leeftijdsadequate benadering. Zowel het kind als de ouders/verzorgers worden als autonoom beschouwd. De geschiedenis, identiteit, gezondheidsvaardigheden, sociale omgeving, levensdoelen en toekomstperspectief zijn voor ieder kind en voor alle ouders/verzorgers anders. De kinderfysiotherapeut is zich hiervan bewust in het contact met het kind en de ouders/verzorgers, zowel bij de diagnostiek als tijdens de kinderfysiotherapeutische behandeling.

De hulpvraag van het kind heeft betrekking op een ervaren motorisch ontwikkelingsprobleem, een ervaren probleem in het bewegingssysteem of een probleem met aan gezondheid gerelateerde fitheid. Er is een indicatie voor kinderfysiotherapie wanneer het bewegings- of gezondheidsprobleem de groei en ontwikkeling belemmeren of wanneer er in de toekomst problemen te verwachten zijn. De kinderfysiotherapeut benadert het bewegingsgedrag in de specifieke context van het groeiende en zich ontwikkelende kind.

De kinderfysiotherapeut diagnosticeert en behandelt gezondheidsproblemen van kinderen en houdt er rekening mee dat kinderen zich ontwikkelen en dat daarmee ook sprake is van ontwikkelingsgebonden situaties.<sup>18-20</sup> Hulpverlening aan een kind kan alleen in samenhang gezien worden met andere ontwikkelingsgebieden, omdat ontwikkelingsgebieden elkaar beïnvloeden.<sup>21</sup> De hulpverlening door de kinderfysiotherapeut kenmerkt zich dan ook door een pedagogische aanpak. De kinderfysiotherapeut is alert op de voortdurende verandering waaraan kinderen onderhevig zijn als gevolg van groei en ontwikkeling. Dit maakt het kinderfysiotherapeutisch hulpverleners complex.

Het accent bij de hulpverlening door een kinderfysiotherapeut ligt op gedrag en gezondheid, activiteit en participatie en niet op ziekte en zorg. De kinderfysiotherapeut heeft kennis van het bewegingssysteem, bewegingsgedrag, motorische ontwikkeling en gezondheidsgerelateerd bewegen en helpt het kind en de ouders/verzorgers vanuit deze kennis, op adequate wijze, het bewegen te optimaliseren, participatie te bevorderen, en achteruitgang te voorkomen. Ook biedt de kinderfysiotherapeut begeleiding bij achteruitgang. De kinderfysiotherapie richt zich met name op het kind in zijn leefomgeving en streeft ernaar een positieve bijdrage te leveren aan een zo optimaal mogelijke participatie op de kinderleeftijd, als basis voor het uiteindelijk functioneren als volwassene. De leefomgeving van het kind is aan voortdurende verandering onderhevig op grond van de ontwikkelingsgerelateerde veranderingen van het kind zelf. Het vermogen om te anticiperen op en zich aan te passen aan die voortdurende veranderingen zijn voor het kind van groot belang. De kinderfysiotherapeut biedt ondersteuning bij ontwikkeling van zelfredzaamheid en zelfmanagement en bevordert, indien mogelijk, de gezondheidsvaardigheden.

Hulpverlening aan een kind is tevens hulpverlening aan ouders/verzorgers. Ouders/verzorgers zijn direct betrokken bij het behandelproces. Kind en ouders/verzorgers hebben hierin een gedeelde verantwoordelijkheid; zij beslissen beiden mee over behandeldoelen en kiezen beiden uit het behandel aanbod. In de puberteit en adolescentie is betrokkenheid en ondersteuning van ouders/verzorgers nodig om het behandelproces te structureren en te organiseren.<sup>22</sup> Ook hulpverlening aan de ouders/verzorgers alleen kan leiden tot indirecte maar wél doelmatige hulpverlening aan het kind. De kinderfysiotherapie onderkent deze beide routes voor het tot stand brengen van optimale hulpverlening.

Op het gebied van preventie verleent een kinderfysiotherapeut zorggerelateerde en geïndiceerde preventieve zorg die uitgaat van persoonlijk functioneren en participeren en (dreigende) motorische ontwikkelingsproblemen (zie paragraaf 1.3). Selectieve preventie wordt steeds belangrijker. De

kinderfysiotherapeut kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren door gerichte preventieprogramma's uit te voeren en aan bewegen gerelateerde gezondheid te bevorderen.

## 1.2 Theoretische rationale

### 1.2.1 Wetenschappelijk fundament

De kinderfysiotherapie maakt gebruik van basiswetenschappen van de fysiotherapie en kennis uit de kindergeneeskunde, ontwikkelingspsychologie, pedagogiek en de bewegings- en gezondheidswetenschappen. Kinderfysiotherapie is gebaseerd op principes uit motorische ontwikkelings-, motorische leer- en motorische controletheorieën bij kinderen.

Ten behoeve van de klinische besluitvorming en behandeling kan de kinderfysiotherapeut zich beroepen op een toenemende evidentie. Door zowel hoogleraren, lectoren, doctoren en masters kinderfysiotherapeuten wordt gewerkt aan de verwetenschappelijking van de kinderfysiotherapie. Een toenemend aantal richtlijnen en evidence statements kinderfysiotherapie vormen, samen met het leerboek *Kinderfysiotherapie*, een leidraad voor het kinderfysiotherapeutisch handelen.<sup>23</sup>

### 1.2.2 Evidence Based Practice (EBP)

Voor goede klinische beslissingen is klinisch redeneren noodzakelijk. Klinisch redeneren omvat de mentale processen van verzamelen, wegen, prioriteren, interpreteren en structureren van de informatie. Hiermee is de kinderfysiotherapeut in staat een probleem met het bewegen kritisch te verhelderen, te helpen oplossen en, op daartoe bepaalde termijnen, de resultaten van de behandeling te evalueren. Daarbij gebruikt hij voornamelijk een hypotheticodeductieve benadering, uitgaande van biomedische, gedragswetenschappelijke of bewegingswetenschappelijke bronnen. De kinderfysiotherapeut handelt hierbij conform de kenmerken van EBP.<sup>22</sup> EBP is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het beste bewijsmateriaal om behandelbeslissingen te nemen in samenspraak met het kind en de ouders/verzorgers. De besluitvorming is gebaseerd op de integratie van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De beweegproblemen en leefomstandigheden van het kind en de wensen en verwachtingen van de ouders/verzorgers zijn medebepalend voor de besluitvorming. Het kind en de ouders/verzorgers nemen de uiteindelijke beslissing, waarbij zij door de kinderfysiotherapeut geïnformeerd worden vanuit een mix van expliciete kennis (*explicit knowledge*) en onbewuste kennis (*tacit knowledge*) aan de hand van de beschikbare kennisbronnen.<sup>24</sup>

Naast deze vakinhoudelijke informatie betreft de kinderfysiotherapeut ook maatschappelijke en financieel-economische aspecten bij de afweging. Op grond van de door het kind en de ouders/verzorgers genomen besluiten en hun toestemming, gaat de kinderfysiotherapeut al dan niet over tot klinisch handelen, waarbij hij dit handelen voortdurend afstemt met het kind en de ouders/verzorgers en ook handelt in overeenstemming met het kind en de ouders/verzorgers.

### 1.2.3 International Classification of Functioning, Disability and Health - children and youth (ICF-CY)

In 2007 is de *International Classification of Functioning, Disability and Health - children and youth* (ICF-CY) uitgebracht.<sup>1</sup> Deze classificatie is afgeleid van de ICF voor volwassenen, een conceptueel raamwerk dat de communicatie en samenwerking tussen de diverse disciplines bevordert. De ICF-CY is een classificatie waarmee het functioneren van kinderen en jongeren in detail kan worden beschreven vanuit verschillende perspectieven, op het niveau van lichaamsfuncties, anatomische eigenschappen van het lichaam, activiteiten en participatie. De ICF-CY bevat ook een classificatie van externe factoren, de directe en ruimere leefomgeving van een kind. De ICF-CY is met name uitgebreid met aspecten op het gebied van leren, spelen en het ontwikkelingsproces.<sup>1</sup>

De kinderfysiotherapeut gebruikt de ICF-CY in het kader van klinisch redeneren, beleid, documentatie

en verslaglegging, mono- en interdisciplinaire communicatie, ontwikkeling van richtlijnen, onderzoek en onderwijs.<sup>25</sup>

### 1.3 De kinderfysiotherapie in de context van de gezondheidszorg

#### 1.3.1 Werkdomein

De kinderfysiotherapeut richt zich op (dreigende) gezondheidsproblemen die het bewegen beïnvloeden van kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar.<sup>5</sup> Wettelijk gezien wordt een grens van 18 jaar gehanteerd voor volwassenheid; kinderen vanaf 16 jaar mogen ten aanzien van medische behandeling een behandelingsovereenkomst aangaan ten behoeve van zichzelf, in het kader van zelfbeslissingsrecht.<sup>26</sup>

De hulpvraag komt vaak voort uit de opvoedingsomgeving van het kind (bijvoorbeeld ouders/verzorgers, leerkrachten, sportbegeleiders, medebehandelaars). De expertise van de kinderfysiotherapeut wordt voor een breed spectrum aan indicaties en hulpvragen bij kinderen ingeroepen. De kinderfysiotherapeut kan worden ingeschakeld bij kinderen met (dreigende) gezondheidsproblemen die het bewegen beïnvloeden, op het niveau van lichaamsfuncties, anatomische eigenschappen van het lichaam, en op het gebied van activiteiten en participatie van het kind. De kinderfysiotherapeut beschikt over gespecialiseerde en geavanceerde kennis van het bewegingssysteem in ontwikkeling, de pathofysiologie, de invloed op het bewegingsgedrag van het kind in zijn specifieke bewegingscontext en de specifieke benaderingswijze die voor de behandeling nodig is. De kinderfysiotherapeut beziet dit alles, per ontwikkelingsfase, in samenhang en relateert dit aan het problematisch dagelijks bewegen of het verwachte toekomstig bewegen.

Het domein van de kinderfysiotherapeut betreft met name: zuigelingen met een asymmetrie/voorkeurshouding of overstrekken, kinderen met vaardigheidsproblemen, een vertraagd motorisch niveau (grove en/of fijne motoriek ten opzichte van leeftijdgenoten), schrijfproblemen, houdings- en bewegingsproblemen, pijnklachten van het houdings- en bewegingssysteem, vermoeidheids- en conditieproblemen, trauma's, aangeboren, chronische (progressieve) aandoeningen, waarbij het fysiek functioneren of de bewegingsgerelateerde gezondheid wordt beperkt. De kinderen die door de kinderfysiotherapeut worden behandeld, komen uit alle lagen van de bevolking en vanuit verschillende culturen en etnische achtergronden.

Het is de kinderfysiotherapeut die beslist of er wel of geen indicatie bestaat voor kinderfysiotherapie. Deze beoordeelt de complexiteit en de invloed van therapie op groei, ontwikkeling en gezondheid. Bij deze besluitvorming kan de kinderfysiotherapeut een collega-(master)fysiotherapeut consulteren. Indien (ook) andere hulp nodig is, verwijst de kinderfysiotherapeut terug naar de verwijzer of, indien het kind en de ouders/verzorgers zonder verwijzing zijn gekomen, adviseert de kinderfysiotherapeut een andere zorgverlener of een gespecialiseerde fysiotherapeut te consulteren.

In sommige gevallen consulteert de kinderfysiotherapeut tijdens de behandeling een andere fysiotherapeutisch specialist, werkt ermee samen of verwijst. Dit komt voor bij bijvoorbeeld jeugdigen met een sportletsel, kinderen met problemen in het kauwsysteem en kinderen met problemen in de bekkenregio.<sup>8</sup>

In de beroepsuitoefening van de kinderfysiotherapeut neemt preventie een belangrijke plaats in. De gehanteerde indeling voor preventieve zorg is gebaseerd op het Prevent-model voor Persoonlijke Preventie.<sup>27</sup> Dit model onderscheidt universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde

---

<sup>8</sup> De behandeling van problemen in de bekkenregio bij kinderen is opgenomen in het addendum kinderbekkenfysiotherapie van het Beroepsprofiel Bekkenfysiotherapeut.

preventie. De kinderfysiotherapie focust op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Daarnaast kunnen vaardigheden van de kinderfysiotherapeut ingezet worden bij de universele preventie in de vorm van voorlichting, coaching en begeleiding. De kinderfysiotherapeut kan tevens een rol spelen in de selectieve preventie: hierbij wordt gedacht aan vroegtijdige screening van kinderen op motorische problemen en fitheid, om gezondheidsproblemen in de toekomst te voorkomen.

De hulpverlening vindt vaak plaats in multidisciplinair verband. De kinderfysiotherapeut maakt gebruik van netwerken, functionele samenwerkingsrelaties en beschikbare expertises.

De hulpverlening aan het kind vraagt van de kinderfysiotherapeut complexe en dynamische interactie. De kinderfysiotherapeut werkt daarom samen met huisartsen, jeugdgezondheidszorg, medisch specialisten, geestelijke gezondheidszorg, onderwijsinstellingen, kinderopvang, medisch kinderdagverblijven, categorale instellingen, andere eerstelijns hulpverleners binnen en buiten de fysiotherapie en zwem- en vakleerkrachten bewegingsonderwijs.

Dichtbij het werkdomein van de kinderfysiotherapie ligt dat van de ergotherapie, kinderoefentherapie, (pre)logopedie, kinderrevalidatie, motorische remedial teaching en psychomotorische kindervertherapie. De kinderfysiotherapeut werkt samen met professionals uit deze beroepsgroepen en kan binnen die samenwerking ook een coördinerende rol hebben.

De kinderfysiotherapeut verricht werkzaamheden in dienst van de eigen organisatie en/of het eigen beroep. Binnen de organisatie is de kinderfysiotherapeut onder andere medeverantwoordelijk voor zorgvernieuwing. Op macroniveau is de kinderfysiotherapeut betrokken bij beroepsinnovatie. De kinderfysiotherapeut levert een bijdrage aan congressen, onderzoek of intercollegiaal overleg. Tevens kan de kinderfysiotherapeut zich bezighouden met het coachen van beroepsgenoten en onderwijs, en consultaties uitvoeren voor andere professionals. De kinderfysiotherapeut stelt zijn expertise ter beschikking van de generalistisch werkende fysiotherapeut wanneer deze daar een beroep op doet.

Kinderfysiotherapeuten zijn als fysiotherapeut geregistreerd in het BIG-register, dat duidelijkheid geeft over de bevoegdheid van een zorgverlener. Het tuchtrecht is van toepassing. Kinderfysiotherapeuten moeten aan herregistratie-eisen voldoen ten behoeve van het Centraal Kwaliteitsregister Kinderfysiotherapie.<sup>28</sup>

Kinderfysiotherapeuten zijn verenigd in de Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie (NVFK), die deel uitmaakt van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). De NVFK ontwikkelt kwaliteitsbeleid dat gericht is op de toekomst van het vak kinderfysiotherapie. Dit beleid is onder andere gericht op het bevorderen van kennis en wetenschap, de ontwikkeling van richtlijnen en evidence statements, het organiseren/initiëren van na- en bijscholing en op het bevorderen van nationale en internationale contacten ten behoeve van kenniscirculatie en innovatie binnen het beroepsdomein. De NVFK geeft de specifieke kwaliteitscriteria aan voor registratie en herregistratie als kinderfysiotherapeut in het Centraal Kwaliteitsregister Kinderfysiotherapie van het KNGF.

### 1.3.2 Werkerterrein

Kinderfysiotherapeuten zijn werkzaam in diverse settings van de gezondheidszorg. Het grootste deel van de kinderfysiotherapeuten werkt binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, in monodisciplinaire kinderfysiotherapiepraktijken, in praktijken met meerdere fysiotherapeutische specialisten, in praktijken voor kinderfysiotherapie en in gezondheidscentra die zijn gericht op de jeugdgezondheidszorg. Behandeling aan huis komt in de eerste lijn veel voor bij zuigelingen, jonge kinderen en kinderen met een verminderde weerstand of complexe problematiek en in het kader van palliatieve zorg. Behandeling op school (primair onderwijs) wordt ook in de eerste lijn toegepast en dan met name bij het kind met motorische problemen die zich uiten in de schoolcontext of als er motorische problemen zijn die een verdere leerontwikkeling binnen school belemmeren. Kinderfysiotherapeuten zijn eveneens werkzaam in de intramurale zorg, voornamelijk in ziekenhuizen, revalidatiecentra, scholen voor speciaal onderwijs en categorale zorginstellingen zoals

medisch kleuterdagverblijven.

De kinderfysiotherapie is direct toegankelijk zonder tussenkomst van een verwijzend arts.

## 1.4 Werkwijze kinderfysiotherapeutisch handelen

### 1.4.1 Methodisch handelen

De kinderfysiotherapeut werkt planmatig, doelgericht en procesmatig. Planmatig houdt in dat het handelen gekenmerkt is door een voorbedachte, herkenbare, logische samenhang, planning, uitvoering en verslaglegging. Doelgericht houdt in dat het handelen is gericht op het bereiken van een tevoren geformuleerd helder en concreet doel, dat is vastgesteld samen met het kind en de ouders/verzorgers, ofwel *family centered care*. Procesmatig betekent dat alle aspecten van het handelen met elkaar samenhangen en elkaar voortdurend wederzijds beïnvloeden. Dit laatste betekent dat er altijd sprake is van beargumenteerd en gecombineerd monitoren en bijsturen van het handelen.<sup>29</sup> Dit wordt ook wel aangeduid met klinisch redeneren. Bij klinisch redeneren wordt de zelf opgebouwde klinische ervaring gevoegd bij algemeen toegankelijke kennis over het gezondheidsprobleem van het kind, om tot een beroepsspecifiek oordeel over het gezondheidsprobleem van het specifieke kind te komen. Wanneer dit proces zorgvuldig wordt doorlopen komt er zogeheten beroepsspecifiek ‘evidence based’ handelen tot stand.

Kenmerkend voor een kinderfysiotherapeutische werkwijze is *shared decision making*.<sup>23</sup> Hierbij maakt de kinderfysiotherapeut onderscheid tussen het door het kind getoonde bewegen (‘*actual performance*’ en ‘*abilities*’), het ingeschatte vermogen tot bewegen (‘*capacity*’ en ‘*capabilities*’), de praktische externe mogelijkheden, bewegingsomstandigheden en beweegcontext van het kind (‘*opportunity*’ en ‘*attractors*’), en de motieven en motivatie tot bewegen van het kind (‘*drivers*’ en ‘*vitality*’). Door deze methodische werkwijze kan de kinderfysiotherapeut transparante en toetsbare zorg op maat leveren.

### 1.4.2 Fasen kinderfysiotherapeutisch methodisch handelen

Het kinderfysiotherapeutisch handelen kent drie processen, zoals beschreven in de *Praktijkrichtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging* uit 2011.<sup>30</sup> Deze processen hebben een cyclisch karakter.

1. Screeningsproces: waarin door middel van een gerichte anamnese, eventueel aangevuld met lichamelijk onderzoek, besloten wordt of het gepresenteerde gezondheidsprobleem binnen of buiten het beroepsdomein van de kinderfysiotherapie valt.
2. Diagnostisch proces: waarin de kinderfysiotherapeut op methodische wijze het probleem met bewegen van het kind en de ouders/verzorgers inventariseert en analyseert en relateert aan de hulpvraag van het kind en de ouders/verzorgers. Dit proces leidt tot het formuleren van een voor het kind en de ouders/verzorgers gewenst en haalbaar behandelplan met expliciete doelen, of tot een door- of terugverwijzing van het kind en de ouders/verzorgers.
3. Therapeutisch proces: waarin de kinderfysiotherapeut in samenspraak met het kind en de ouders/verzorgers het opgestelde behandelplan toepast en op methodische wijze de geïndiceerde behandeling uitvoert. Ook de evaluatie en afsluiting vinden tijdens dit proces plaats. In de evaluatie<sup>h</sup> evalueert de kinderfysiotherapeut, samen met het kind, de ouders/verzorgers en andere betrokkenen in het behandelproces de behandeling, het resultaat en de gevolgde procedures, de samenhang daartussen en het gedrag van kind/ouders/verzorgers en therapeut in relatie tot elkaar. De kinderfysiotherapeut gebruikt

---

<sup>h</sup> Gegeven het procesmatig karakter van het fysiotherapeutisch methodisch handelen is hierbij geen sprake van een enkele, maar van een voortdurende evaluatie. Gepaster is dan ook de term ‘monitoren’. Het doel van monitoren is, aan de hand van de reactie op de behandeling, vaststellen of de behandeling bijgesteld moet worden, en nadelige gevolgen van de behandeling detecteren. Door middel van monitoren wordt met hoge frequentie de *plan-do-check-act*-cyclus doorlopen.

hiervoor een groot aantal genormeerde ontwikkelingsklinimetrische instrumenten. Daarmee kan de kinderfysiotherapeut het eigen handelen toetsen, evenals het bereikte resultaat. Na evaluatie van de behandeling besluiten het kind en de ouders/verzorgers in samenspraak met de kinderfysiotherapeut, aan de hand van het behaalde resultaat en de informatie van de kinderfysiotherapeut, of de behandelperiode wordt afgesloten.

In het kinderfysiotherapeutisch methodisch handelen vervult de interactie tussen het kind en de ouders/verzorgers en de fysiotherapeut een belangrijke rol. Mede dankzij het methodisch handelen kunnen de resultaten van de behandeling zowel intern binnen de beroepsgroep als extern door zorgverzekeraars en de overheid worden getoetst.

### 1.4.3 Verrichtingen

Gedurende de fasen van het methodisch handelen, voert de kinderfysiotherapeut een combinatie van diagnostische en therapeutische verrichtingen uit bij het kind met (dreigende) gezondheidsproblemen die het bewegen beïnvloeden.<sup>31</sup> Begeleiden maakt altijd een integraal onderdeel uit van de kinderfysiotherapeutische behandeling.

Kenmerkende *direct cliëntgebonden verrichtingen* in de kinderfysiotherapie zijn:

- gesprek aangaan (anamnese en heteroanamnese: met kind en ouders/verzorgers tegelijkertijd);
- ontwikkelingsdiagnostiek, testen, meten en analyseren;
- formuleren van de kinderfysiotherapeutische diagnose;
- rekening houden met invloed van andere ontwikkelingsgebieden;
- begeleiden ouders/verzorgers en kind;
- coachen ouders/verzorgers en kind;
- oefenen (individueel of in groepsverband);
- multidisciplinair afstemmen.

Kenmerkende *indirect cliëntgebonden verrichtingen* ten behoeve van alle fasen van het methodisch handelen zijn:

- vastleggen en raadplegen van gegevens in het dossier;
- raadplegen van kennisdatabases;
- samenwerken met anderen ten behoeve van het kind en de ouders/verzorgers;
- bieden van steun aan ouders/verzorgers.

Naast voornoemde verrichtingen zijn er *ondersteunende verrichtingen*. Hieronder vallen het ontwikkelen van het eigen beroep en verrichtingen ten behoeve van de vakkennis en de beroepsgebonden competenties.

Groepsbehandeling komt voor in de vorm van beweegprogramma's die zijn opgezet voor kinderen met een chronische ziekte, beperking of langdurige aandoening, motorische ontwikkelingsproblematiek en comorbiditeit (bijvoorbeeld gedragsproblemen of sensorische problemen) en urine- en defecatieproblematiek.

## 1.5 Beroepsethiek

De beroepsethiek van de fysiotherapie heeft bijzondere aandacht voor 'zorg' in de breedste zin van het woord. Deze beroepsethiek is een normatieve ethiek<sup>1,32</sup>, met als kern dat deze langdurig geldig, ofwel, duurzaam is. De kinderfysiotherapeut is zich van deze ethiek bewust en heeft, naast kennis van de beroepsethiek, ook kennis van het onlosmakelijk daarmee verbonden wettelijk kader van de beroepsgroep. De kinderfysiotherapeut is zich ervan bewust dat binnen de beroepsgroep de Ethiekcommissie KNGF de randvoorwaarden schept voor het ethisch kinderfysiotherapeutisch denken en handelen. Met deze randvoorwaarden borgt de Ethiekcommissie KNGF het proces van ethische reflectie op mesoniveau, waarbinnen 'zorgen' wordt gedefinieerd als *'een specifieke activiteit die alles omvat wat de mens kan helpen om 'zijn of haar wereld' zo in stand te houden, te continueren en te herstellen dat hij of zij daarin zo goed mogelijk kan leven.'*<sup>33</sup> Dat betekent voor de kinderfysiotherapeut dat gewetensvol handelen als basisgrondhouding vraagt om de morele kwaliteiten aandachtigheid, verantwoordelijkheid, competentie en ontvankelijkheid. Deze kwaliteiten zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

De kinderfysiotherapeut kent ook de ethische grondbeginselen zoals vastgelegd in *Beroepsethiek en Gedragsregels voor de fysiotherapeut*, de leidraad op ethisch gebied voor de gehele beroepsgroep.<sup>34</sup> De kinderfysiotherapeut is vanuit deze beroepsethiek in staat tot permanente en kritische reflectie op bestaande normen en waarden van de Nederlandse samenleving die gekenschetst wordt door etnische, religieuze en spirituele, culturele en seksuele diversiteit en diversiteit van de generaties (publieke moraal). De kinderfysiotherapeut is ook in staat tot kritische reflectie op de normen en waarden van het kind en de ouders/verzorgers. Op grond van deze kritische reflectie is de kinderfysiotherapeut in staat gestalte te geven aan de zorgrelatie. De kinderfysiotherapeut heeft hierbij oog voor de invloed van zijn persoonlijke normen en waarden (persoonlijke moraal).<sup>35</sup>

Het contextuele kader waarbinnen de beroepsgroep haar maatschappelijke verantwoordelijkheid gestalte moet geven, is het publieke zorgstelsel dat de zorg ordent om deze betaalbaar en toegankelijk te houden. De kinderfysiotherapeut kan zich hierdoor, als professional in de zorg én als mens, gesteld zien voor morele dilemma's die zich kunnen afspelen op verschillende niveaus (macro-, meso- en microniveau). Hierbij past een gewetensvol, bewust, verantwoord handelen van de kinderfysiotherapeut, vanuit de herkenning van morele dilemma's en het tegen elkaar afwegen van morele principes<sup>1</sup> om te achterhalen wat 'goed doen' is. Vervolgens kan de kinderfysiotherapeut vanuit deze overweging handelend optreden. Binnen bedoelde overwegingen is de kinderfysiotherapeut zich er steeds van bewust dat persoonlijke ideeën, intuïties en gevoelens, bewust dan wel onbewust, een rol spelen bij de afweging van wat goed is om te doen. Maatschappelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen binnen de beroepsgroep en persoonlijke ontwikkelingen roepen de kinderfysiotherapeut op tot voortdurende alertheid op dit vlak. De kinderfysiotherapeut is vaktechnisch geschoold in het klinisch redeneren, en geeft zich rekenschap van zijn handelen vanuit een wetenschappelijk en juridisch kader. Daarnaast is de kinderfysiotherapeut een normatief professional die beschikt over zelfreflecterend vermogen, dat zich afspeelt binnen de zorgrelatie met het kind en de ouders/verzorgers. Dit krijgt gestalte doordat de kinderfysiotherapeut oog heeft voor de wensen, verwachtingen en doelstellingen van het kind en de ouders/verzorgers (patiëntwaarden). Het is vanuit dít klinisch en normatief redeneren én het zelfreflecterend vermogen dat de kinderfysiotherapeut op patiëntwaarden aansluitende doelgerichte, efficiënte en passende zorg verleent.

De kinderfysiotherapeut zal gewetensvol, volgens de wetgeving en beroepsethiek, per probleem handelen.

---

<sup>1</sup> Normatieve ethiek is een analyse maken van de concrete alledaagse praktijk vanuit abstracte, rationele en verantwoorde uitgangspunten. Die uitgangspunten dienen als richtsnoer en om het eigen handelen te kunnen beoordelen, denk aan: 'Wat moet ik doen als fysiotherapeut?'

(Naar: Ten Have *et al.*, 2003, p. 9 en p. 19.<sup>30</sup>)

<sup>3</sup> Zoals: weldoen, niet schaden, respect voor autonomie en rechtvaardigheid.



Specifieke voorbeelden van ethische dilemma's die zich met name kunnen voordoen in de kinderfysiotherapie zijn:

- (gescheiden) ouders die verschillende keuzes maken in de behandeling;
- het omgaan met voogdijspraken;
- ouders/verzorgers die nog niet openstaan voor een probleem dat zich in de toekomst zal openbaren en dat de kinderfysiotherapeut voorziet;
- kinderen van 12 tot 16 jaar die een andere keuze maken dan hun ouders/verzorgers.
- Ouders/verzorgers die adviezen niet opvolgen en, als verwaarlozing een rol speelt, de vraag waar de grens ligt in de relatie tussen de kinderfysiotherapeut en het kind enerzijds en de ouders/verzorgers anderzijds;
- een opvoedstijl die negatieve effecten kan hebben op de gezondheid van het kind (bijvoorbeeld ouders/verzorgers die roken in het bijzijn van hun baby, eetgedrag van ouders/verzorgers met obese kinderen);
- ouders/verzorgers die een voor het welzijn van het kind wenselijke behandeling stoppen;
- de verminderde belastbaarheid van ouders/verzorgers (bijvoorbeeld vanwege depressie of acute of chronische ziekte), waardoor instructies en adviezen niet kunnen worden uitgevoerd en waardoor de vraag rijst waar de kinderfysiotherapeut de grens trekt voor het al dan niet inschakelen van andere hulp.

## 1.6 Wet- en regelgeving

De samenleving kent een aantal wetten en regelingen die betrekking hebben op hulpverlening in het kader van de gezondheidszorg. Deze paragraaf geeft enkele wetten kort weer die van toepassing zijn op het kind en zijn ouders/verzorgers en kinderfysiotherapeuten en van belang zijn voor het werken als kinderfysiotherapeut in de dagelijkse praktijk.

Tabel 1.1 Wet- en regelgeving

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)	Deze wet regelt het handelen van beroepsbeoefenaren op het terrein van de individuele gezondheidszorg en de titelbescherming van de beroepen. Voor de fysiotherapeut betekent dit dat hij in het BIG-register opgenomen moet zijn om de titel te kunnen voeren.
Tuchtrecht	Binnen de Wet BIG artikel 3 is ook het tuchtrecht van de geregistreerde beroepsbeoefenaren geregeld. Het tuchtrecht wordt uitgeoefend door vijf regionale tuchtcolleges voor de gezondheidszorg (Amsterdam, Den Haag, Eindhoven, Groningen en Zwolle), met als beroepsinstantie het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.
Kwaliteitswet zorginstellingen	Dit is een kaderwet, evenals de Wet BIG, die is gericht op het bevorderen van de kwaliteit van de zorgverlening door de zorginstelling. In deze wet is onder andere de meldplicht van calamiteiten bij de Inspectie opgenomen evenals het hanteren van een melding huiselijk geweld en kindermishandeling. De wet geldt ook voor de fysiotherapiepraktijk.
Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)	Deze wet regelt ontwikkeling, ordening en toezicht op de markt voor de gezondheidszorg en geldt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) is toezichthouder.
Wet bescherming persoonsgegevens (WBP)	In deze wet zijn de grondslagen opgenomen waarop het verzamelen en verwerken van persoonsgegevens is toegestaan. Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) houdt toezicht op naleving van deze wet.
Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst	Deze wet regelt de rechten en plichten tussen de hulpverlener en de cliënt, dan wel zijn juridische vertegenwoordiger.

(WGBO)	
Modelregeling Fysiotherapeut - Cliënt	In deze regeling zijn de rechten en plichten zoals opgenomen in de WGBO voor de fysiotherapeut nader uitgewerkt en toegelicht. De regeling is tot stand gekomen in samenspraak met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, de NPCF.  Naast deze regelgeving zijn leden van het KNGF en fysiotherapeuten die ingeschreven staan in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie gehouden zich te gedragen overeenkomstig de <i>Beroepsethiek en Gedragsregels voor de fysiotherapeut</i> van de Ethiekcommissie van het KNGF.
Wet klachtrecht cliënten zorgsector	Deze wet verplicht iedere zorgaanbieder een onafhankelijke klachtenregeling te treffen die de cliënt de mogelijkheid geeft laagdrempelig een klacht in te dienen over een gedraging van de zorgaanbieder, dan wel een medewerker van de zorgaanbieder.
Wet bijzondere opnemingen in psychiatrisch ziekenhuizen (Wet Bopz)	In deze wet staat onder welke omstandigheden iemand onvrijwillig mag worden opgenomen en onvrijwillig mag worden behandeld in een psychiatrisch ziekenhuis. Belangrijk doel van de wet is burgers die hiermee geconfronteerd worden, rechtsbescherming te bieden.
Reglement Tuchtrechtspraak KNGF	Deze tuchtrechtspraak wordt uitgeoefend door de Raad voor de Rechtspraak Fysiotherapie (Raad). Leden van het KNGF en fysiotherapeuten die geregistreerd zijn in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie zijn onderworpen aan deze tuchtrechtspraak.
Zorgverzekeringswet (Zvw)	De Zvw is een Nederlandse wet die op 1 januari 2006 in werking is getreden. De Zvw maakt, naast de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ), deel uit van het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel. De Zvw stelt een zorgverzekering verplicht voor iedereen die verzekerd is voor de AWBZ. Dit komt neer op alle Nederlandse ingezetenen en mensen die in het buitenland wonen, maar vanuit Nederland inkomsten uit arbeid ontvangen.
Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (Wmo)	Deze wet heeft betrekking op wetenschappelijk onderzoek waarbij personen aan handelingen worden onderworpen of waarbij personen gedragsregels worden opgelegd. De wet is tot stand gebracht om proefpersonen extra (rechts)bescherming te kunnen bieden.
Good clinical practice	Dit is een internationale ethische en wetenschappelijke kwaliteitsstandaard voor het opzetten, uitvoeren en rapporteren van klinisch onderzoek waarbij sprake is van deelname van proefpersonen. Door aan deze standaard te voldoen, wordt publiekelijk gewaarborgd dat de rechten, de veiligheid en het welzijn van de proefpersonen zijn beschermd in overeenstemming met de beginselen die hun oorsprong vinden in de Verklaring van Helsinki, en dat de gegevens uit het klinisch onderzoek betrouwbaar zijn.

Tabel 1.2 Wetten en regels volgens welke kinderfysiotherapeuten bovendien werken

Verdrag inzake de Rechten van het Kind	In het Verdrag inzake de Rechten van het Kind staan 54 artikelen, die onder te verdelen zijn in recht op verzorging, bescherming, informatie en het uiten van een mening. Denk bijvoorbeeld aan het recht op onderwijs, gezondheidszorg, en een veilige plek om te wonen en te spelen. Maar ook aan bescherming van kinderen tegen mishandeling, kinderarbeid, de gevolgen van oorlog en seksuele uitbuiting. (Verenigde Naties/UNICEF)
Handvest Kind en Ziekenhuis (art. 8, 1988)*	Het 'Handvest Kind en Ziekenhuis' geeft in tien punten weer wat de rechten zijn van kinderen voor, tijdens of na een verblijf in het ziekenhuis. Het handvest is in overeenstemming met Verdrag inzake de Rechten van het Kind en heeft evenals dat verdrag betrekking op kinderen van 0 tot 18 jaar.  Dit handvest is onderschreven door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Nederlandse Vereniging voor

	Kindergeneeskunde (NVK) en de NVFK.
Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	De meldcode beschrijft in vijf stappen wat bijvoorbeeld een huisarts, leerkracht, verpleegkundige, begeleider in de kinderopvang of hulpverlener moet doen bij vermoedens van geweld.
Kwaliteitsregister Kinderfysiotherapeut	Vanuit de beroepsvereniging KNGF is een kwaliteitsregister (CKR) ingesteld waarin de erkende verbijzonderden/specialisaties zijn geregistreerd. In het kader van de registratie in het CKR verplicht de kinderfysiotherapeut zich onder andere tot het volgen van na- en bijscholing. De regelingen van het CKR hebben geen wettelijke status.
Leerplichtwet	Kinderen van 5 tot 16 jaar zijn leerplichtig. Zij moeten naar school. Zo kunnen zij zich voorbereiden op de maatschappij en de arbeidsmarkt. Jongeren die na hun 16e nog geen startkwalificatie hebben, moeten tot hun 18e onderwijs volgen. Een startkwalificatie is een diploma havo, vwo of mbo (niveau 2 of hoger)
Recht van passend onderwijs	Kinderen met een handicap of gedragsproblemen hebben recht op een passende onderwijsplek. Dat kan in het speciaal onderwijs. Of met extra begeleiding op een gewone school.

\* Beschikbaar via: <http://www.kindenziekenhuis.nl/over-kz/handvest>.

## Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste ontwikkelingen die mede het profiel bepalen van de kinderfysiotherapeut van nu – anno 2014 – , en die van de kinderfysiotherapeut van de toekomst. Ontwikkelingen die van invloed zijn op de fysiotherapie en fysiotherapeuten zijn beschreven in het Beroepsprofiel Fysiotherapeut.

### 2.1 Ontwikkelingen in de zorgvraag

#### Demografische ontwikkelingen

De laatste tien jaar is er ook in Nederland sprake van een toenemende vergrijzing binnen de totale bevolking. Het gemiddeld aantal geboorten per jaar is afgenomen. In 2000 werden nog 203.890 kinderen geboren en in 2012 waren dat er 175.959. De laatste jaren lijkt het aantal geboorten te stabiliseren rond de 180.000 kinderen.<sup>36</sup> Het percentage kinderen met een aangeboren aandoening in de leeftijd van 0 tot 12 jaar is de afgelopen tien jaar nagenoeg stabiel rond de 10%.<sup>36</sup> Op grond van aantal geboorten alleen is er geen verandering van de zorgvraag te verwachten.

De toenemende culturele diversiteit leidt tot variatie in de hulpvragen: dit vereist van de kinderfysiotherapeut flexibiliteit, kennis en inlevingsvermogen in andere waarden en normen, en zorg op maat.

#### Epidemiologische ontwikkelingen

Het aantal kinderen met een progressieve chronische aandoening neemt toe. Kinderen met bijvoorbeeld cystic fibrose, de ziekte van Duchenne, een oncologische aandoening of een aangeboren hartafwijking, blijven door de toenemende medische kennis en technologische mogelijkheden vaker en langer in leven. Deze kinderen ervaren gedurende hun leven in toenemende mate gezondheidsproblemen, die het bewegen beïnvloeden. Vroege kinderfysiotherapeutische behandeling en investeren in een duurzame en gezonde leefstijl is belangrijk om problemen later te beperken.

Voor kinderen met een aandoening die de volwassen leeftijd bereiken, is het belangrijk dat er een goede transitie van de zorg plaatsvindt en de continuïteit van de zorg niet in gevaar komt.

Door het verschuiven van de grens voor actieve interventie van 25 naar 24 weken zwangerschapsduur, overleven meer zeer ernstig prematuur geboren kinderen met een hoger risico op aandoeningen en problemen in de motorische ontwikkeling. De kinderfysiotherapeut wordt hierbij ingeschakeld om de kwaliteit van leven te optimaliseren en naar een zo hoog mogelijk niveau te brengen.

Het aantal kinderen en adolescenten met welvaartsziekten en overgewicht is toegenomen. Een recente landelijke groeistudie van TNO laat zien dat de prevalentie van overgewicht bij kinderen en jongeren blijft stijgen. In 2010 bleek dat 14% van onze jeugd te zwaar was. Van deze te zware kinderen zijn ook steeds meer kinderen obees. Dikke kinderen lopen een groter risico op problemen met het bewegen.<sup>37</sup> Kinderfysiotherapeuten kunnen een belangrijke rol spelen in de signalering en preventie van overgewicht en in de behandeling van de gevolgen van overgewicht.

#### Maatschappelijke ontwikkelingen

De Nederlandse jeugd heeft het druk. De jeugd bepaalt steeds minder haar eigen (ontwikkel)tempo, omdat de omgeving er meer eisen aan stelt. De maatschappelijke acceptatie voor afwijkingen van de norm neemt af.<sup>38</sup> Er lijken daardoor steeds meer kinderen uit te vallen als het gaat om bewegen en het lijkt alsof een normale variatie in motorische ontwikkeling eerder als afwijkend wordt ervaren. De kinderfysiotherapeut kan een rol hebben in objectieve diagnostiek bij het vaststellen van afwijkingen

van de norm.

De jeugd speelt steeds minder buiten en beweegt minder dan vroeger doordat hun 'screentime' via computer, telefoon en televisie toeneemt. Kinderen lopen meer risico op motorische problemen of een motorische ontwikkelingsachterstand, omdat minder tijd besteed wordt aan het fysieke spel en het spelenderwijs trainen van motorische vaardigheden. De kinderfysiotherapie richt zich steeds meer op het voorkomen van en bestrijden van bewegingsarmoede, en de aanpak van de gevolgen ervan.

Ouders zijn en voelen zich meer betrokken bij de ontwikkeling van hun kinderen dan vroeger. Zij vragen vaker om een diagnose als een kind problemen heeft. Een kinderfysiotherapeut kan informeren en adviseren over een normale dan wel afwijkende ontwikkeling en mogelijke risico's op lange termijn.

In toenemende mate bepalen kinderen en ouders/verzorgers behandelkeuzes. Ouders/verzorgers kiezen bij voorkeur voor een behandeling dichtbij huis.

Kinderen bezoeken vaker dan vroeger een kinderdagverblijf of kinderopvang. Betrokkenheid van medeverzorgers, zoals grootouders en medewerkers van de kinderopvang, neemt toe. Er is een verschuiving naar behandeling buiten werktijd en/of minder mogelijkheid voor een directe overdracht naar de ouders/verzorgers. De instructie, advisering en overdracht zal vaker ook geschikt moeten worden gemaakt voor medeverzorgers. De kinderfysiotherapeut zal dan ook meer beschikbaar zijn en werktijden flexibel hanteren.

## 2.2 Beleidsmatige ontwikkelingen

Zorg voor jeugd blijft hoog op de politieke agenda staan. De overheid stimuleert maatschappelijke verantwoordelijkheid voor een gezonde ontwikkeling van de jeugd. De jeugd(gezondheids)zorg wordt als gevolg van de nieuwe wet- en regelgeving grotendeels overgeheveld naar de gemeente. Gemeenten hebben soms (nog) onvoldoende deskundigheid om hier vorm aan te geven. Kinderfysiotherapeuten kunnen adviseren over en ondersteunen bij het bevorderen van gezond gedrag en het terugdringen van (dreigende) bewegingsarmoede en de gevolgen daarvan.

### Kostenbeheersing

Diverse op kostenbeheersing gerichte beleidsmaatregelen voeren, in toenemende mate, druk uit op doelmatige zorg. Kinderen groeien en ontwikkelen echter continu en dat brengt met zich mee dat er vaak en veel veranderingen zijn. Per ontwikkelingsfase kunnen zich daarom andere problemen voordoen. Dit vraagt om periodieke consulten kinderfysiotherapie en aandacht voor informatie en advisering over te verwachten problemen in de toekomst. Deze situatie doet zich vooral voor bij kinderen met chronische aandoeningen. Door de toenemende druk op kostenbeheersing vanuit de overheid komt dit aspect van de behandeling in gevaar. Daarnaast ontstaan verschillen in verzekerde zorg en regionale ongelijkheid in de toekenning van aanpassingen en hulpmiddelen.

### Kwaliteitszorg

De toenemende vraag naar transparantie en verantwoorde zorg vanuit de overheid en vanuit het kind en de ouders/verzorgers en patiëntenorganisaties, maakt het noodzakelijk de daadwerkelijke effecten van de zorg te meten. De effectiviteit en transparantie van het totale zorgverleningstraject is een belangrijk kwaliteitskenmerk. Een van de kwaliteitsinstrumenten is de *patient reported outcome measures* (PROMs). Bij de PROMs gaat het om het meten van het patiëntperspectief van de einduitkomsten van het gehele traject dat het kind en de ouders/verzorgers hebben doorlopen en niet enkel om effecten van deelprocessen.<sup>39</sup> Deze benadering doet een groot beroep op de samenwerking tussen de diverse zorgaanbieders onderling en op de samenwerking met het kind en de ouders/verzorgers. Met in veel gevallen het kind en/of de ouders/verzorgers zelf als gouden

standaard voor de geleverde kwaliteit van de zorg, is het ook mogelijk om lering te trekken uit de PROMs. Daarbij is uiteraard wel gezamenlijke evaluatie en onderlinge afstemming vereist.

### **Integrale zorg en samenwerking**

De zorgvraag verschuift van de derde en tweede lijn naar de eerste lijn. Kinderen worden steeds eerder vanuit het ziekenhuis naar huis ontslagen. Een toenemend aantal medische behandelingen waarvoor een kind voorheen in het ziekenhuis moest blijven, vindt nu thuis plaats; ook medisch-technische zorg vindt meer dan voorheen thuis plaats. Complexere problematiek komt hierdoor meer voor in de eerste lijn. Dat betekent dat kinderfysiotherapeuten in toenemende mate participeren in (multiprofessionele, transmurale) netwerken.

Ketenzorg rond chronische aandoeningen neemt toe. Transitiepoli's zorgen voor een goede overdracht van jeugdigen met een chronisch gezondheidsprobleem (vanaf de kinderleeftijd) naar de zorg voor volwassenen. Ook de kinderfysiotherapeut zorgt voor een goede overdracht naar de collega die de behandeling overneemt.

De invoering van een nieuw stelsel Passend Onderwijs zal veranderingen met zich meebrengen. Speciaal onderwijs voor kinderen met een handicap, chronische ziekte of stoornis blijft bestaan. De leerlinggebonden financiering of rugzak verdwijnt en gaat voortaan rechtstreeks naar samenwerkende scholen. De scholen en de begeleiding voor onderwijs aan kinderen met een zintuiglijke beperking vallen niet onder het samenwerkingsverband, maar worden landelijk georganiseerd. Deze veranderingen in beleid en wet- en regelgeving zullen consequenties hebben voor de verstrekking van zorg binnen het regulier en speciaal onderwijs.

De reikwijdte hiervan voor de kinderfysiotherapie is nog niet te overzien.

### **Preventie**

Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie behoren tot het domein van de kinderfysiotherapie. In de toekomst zal de maatschappij vaker een beroep doen op de kinderfysiotherapeut voor selectieve preventie. De kinderfysiotherapeut kan een bijdrage leveren aan het bevorderen van gezond gedrag in het algemeen en gezondheidsbevordering van individuele kinderen in het bijzonder, door risicofactoren op te sporen en ten aanzien van het individuele kind een advies uit te brengen. Voorbeelden van deze selectieve preventie zijn het vroegtijdig screenen van kinderen op motorische problemen en fitheid om gezondheidsproblemen in de toekomst te voorkomen. De kennis en deskundigheid van de kinderfysiotherapeut op het gebied van geïndiceerde en selectieve preventie kan ook worden aangewend voor bijdragen aan universele preventieprogramma's (zie ook paragraaf 1.3.1).

## **2.3 Vakinhoudelijke ontwikkelingen**

### **Meetinstrumenten**

Een toenemend aantal ontwikkelingsdiagnostische en klinimetrische instrumenten met goede psychometrische eigenschappen en normaalwaarden voor Nederlandse kinderen kan worden ingezet ter ondersteuning van het professioneel handelen. Het meten ter ondersteuning van het klinisch redeneren en het kinderfysiotherapeutisch methodisch handelen, vraagt om kennis en vaardigheid van de kinderfysiotherapeut met betrekking tot testkeuze, de interpretatie van de gevonden uitkomsten en het doen van valide uitspraken.

Er zijn steeds meer mogelijkheden om bewegingspatronen en spierkracht te meten. De mogelijkheden voor echografie nemen toe. Het kritisch kunnen beoordelen van de meerwaarde van meetinstrumenten is belangrijk.

## Wetenschap

Een toenemend aantal kinderfysiotherapeutische richtlijnen en evidence statements is beschikbaar en wordt geïmplementeerd. Een passende implementatiemethode voor richtlijnen in de kinderfysiotherapie is daarbij belangrijk. De kinderfysiotherapie zal in toenemende mate betrokken zijn bij het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen binnen de jeugdgezondheidszorg.

Kinderfysiotherapeuten die lid zijn van de NVFK hebben sinds 2011 toegang tot het Amerikaanse tijdschrift *Pediatric Physical Therapy*, dat zich steeds meer ontwikkelt tot hét internationale tijdschrift voor kinderfysiotherapie. Kinderfysiotherapeuten in Nederland hebben door dit lidmaatschap toegang tot recente onderzoeksresultaten over de volle breedte van het kennisdomein van de kinderfysiotherapie en kunnen deze in de kinderfysiotherapeutische zorg implementeren. Sinds 2013 is *Pediatric Physical Therapy* opgenomen in de *Science Citation Index*, waardoor de kwaliteit van de publicaties zal toenemen.

Het aantal gepromoveerde kinderfysiotherapeuten neemt de komende jaren toe (3% in 2013). Deze kinderfysiotherapeuten zijn belangrijk binnen het onderwijs, de ontwikkeling van het vakgebied van de kinderfysiotherapie en binnen onderzoek dat aan het vakgebied is gerelateerd. Dit academisch kader ontwikkelt zich binnen academische centra voor de kindergeneeskunde en kinderrevalidatie en levert ook vaak na hun promotietraject een blijvend actieve bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek.

Nederlandse kinderfysiotherapeuten en de NVFK participeren actief in de *International Organisation of Physical Therapists in Paediatrics* (IOPTP).<sup>40</sup> Binnen het kinderfysiotherapeutisch onderzoek wordt internationaal samengewerkt, waardoor de kwaliteit van het onderzoek wordt bevorderd.

## 2.4 Technologische ontwikkelingen

### ICT

Het gebruik van *Information Communication Technology* (ICT) in de gezondheidszorg neemt toe.

De verwachting is dat meer medische *apps* zullen worden ontwikkeld, waarin de ouders de motorische ontwikkeling van hun kind kunnen volgen en vastleggen. In de behandeling zullen E-health en therapeutisch gamen vaker gebruikt worden. De kinderfysiotherapeut ondersteunt bij een transfer naar de fysieke wereld.

De patiëntgegevens worden digitaal vastgelegd. De beschikbaarheid van het elektronisch patiëntdossier (fysio-EPD) en van digitale instrumenten en formats voor klinimetrie, behandeling, verslaglegging en evaluatie zijn een voorwaarde.

## 2.5 Opleiding en deskundigheid van de kinderfysiotherapeut

De opleidingskolom Fysiotherapie bestaat uit een bachelor- en mastercompartiment, met daarboven het PhD-niveau. De bacheloropleiding Fysiotherapie geeft toegang tot de masteropleiding Kinderfysiotherapie, een opleiding die is erkend door het Nederlands Vlaamse Accreditatie Orgaan (NVAO). De master kinderfysiotherapeut is in staat om adequate en kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren aan het kind en de ouders/verzorgers. De master kinderfysiotherapeut kan vaardig omgaan met het kind en de ouders/verzorgers en met complexe problematiek en kan werken in multiprofessionele samenwerkingsverbanden. Daarnaast kan de master kinderfysiotherapeut een bijdrage leveren aan beroepsinnovatie, deskundigheidsbevordering van de beroepsgroep en praktijkgericht onderzoek. De master kinderfysiotherapeut kan wetenschappelijke literatuur interpreteren en vertalen naar de dagelijkse praktijk.

Vanaf 2015 geldt voor personen die in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) deelregister Kinderfysiotherapeut opgenomen willen worden de in het reglement op te nemen opleidingseis: Met

goed gevolg afgeronde opleiding Master Kinderfysiotherapie (European Qualification Framework 7 [EQF 7]).<sup>41</sup> Nederland is een van de weinige landen met een opleiding tot master kinderfysiotherapie en vervult daarmee een voortrekkersrol. Voor personen die op 1 januari 2015 reeds in het CKR deelregister Kinderfysiotherapeut zijn opgenomen, wordt voor herregistratie niet een diploma Master Kinderfysiotherapie geëist.

De fysiotherapie kent ook een universitaire master, de studie Fysiotherapiewetenschap (onderdeel van Klinische Gezondheidswetenschappen), waartoe ook kinderfysiotherapeuten toegang hebben. Studenten aan deze opleiding bekwamen zich onder meer in de opzet en aansturing van klinisch wetenschappelijk onderzoek en het ontwikkelen van zorgprogramma's en zorginnovaties. Nieuwe universitaire Masters Fysiotherapie zijn op dit moment in ontwikkeling. Tevens zijn er initiatieven om te komen tot een universitaire bacheloropleiding Fysiotherapie.

Masteropleidingen kinderfysiotherapie gebruiken het beroepsprofiel om de benodigde competenties aan te scherpen.

Eind 2013 waren er ongeveer 1500 geregistreerde kinderfysiotherapeuten. Het aantal kinderfysiotherapeuten dat geregistreerd en praktiserend is, groeit. In de periode van 2015 tot 2025 zal een groot aantal kinderfysiotherapeuten de arbeidsmarkt verlaten vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Een evenwicht tussen het aantal opgeleide kinderfysiotherapeuten en de vraag naar kinderfysiotherapie is van belang voor de ontwikkeling van een gezond beroepsveld, waarin de praktiserend kinderfysiotherapeut voldoende aanbod krijgt om zijn/haar ervaring op het hoogst bereikbare niveau te houden. Behoeftes zullen aan de definitie van dit evenwicht een bijdrage kunnen leveren.

Steeds meer fysiotherapiepraktijken hebben een kinderfysiotherapeut in dienst en het aantal groepspraktijken kinderfysiotherapie neemt nog toe. Dit is positief voor een ruim zorgaanbod dichtbij huis, maar het is daardoor wel mogelijk dat het aantal behandelingen per kinderfysiotherapeut afneemt. Door de beroepsgroep worden minimale kwalificatie-eisen geformuleerd om de kwaliteit van de zorg te waarborgen bij veranderingen in de omvang van en verhouding tussen de kinderfysiotherapeutische hulpvraag en het zorgaanbod.

Een aantal bacheloropleidingen bieden een minor 'Fysiotherapie bij kinderen' (30EC) aan op EQF 6 niveau. Tijdens zo'n minor maken studenten kennis met kinderfysiotherapie; het succesvol afronden van deze minor levert geen vrijstelling op voor de masteropleiding.

Registratie in het deelregister Kinderfysiotherapeut van het KNGF is alleen mogelijk wanneer een volledige masteropleiding kinderfysiotherapie met succes is afgerond. Vanwege de *Wet BIG* zal iedere toetsing plaatsvinden op basis van de regel 'bekwaam is bevoegd'. Deze regel is van toepassing op alle (kinder)fysiotherapeuten; registratie in het deelregister Kinderfysiotherapeut biedt hierbij beperkte waarborgen.



## Hoofdstuk 3 De competente kinderfysiotherapeut

Deskundigheidsontwikkeling in de kinderfysiotherapie speelt zich af op twee niveaus: op het niveau van het beroep en op het niveau van de individuele professional. Op het niveau van het beroep verwijst deskundigheidsontwikkeling naar een proces van beroepsontwikkeling, met als specifieke kenmerken de ontsluiting en vorming van een 'body of knowledge and skills'. Daarnaast verwijst deskundigheidsontwikkeling naar de bewustwording en erkenning van het eigen deskundigheidsdomein. Op het niveau van de individuele professional verwijst deskundigheidsontwikkeling naar het proces waarin de individuele kinderfysiotherapeut zijn kennis, kunde en professioneel oordeel verder ontwikkelt en nieuwe inzichten integreert in zijn professioneel handelen. Beide processen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, maar richten zich op verschillende doelen. De processen komen samen in het beroepsprofiel dat voor iedere kinderfysiotherapeut van kracht is. Deskundigheid wordt daarbij niet meer opgevat als de optelsom van kennis, vaardigheden en attitudes, maar als geïntegreerde gehelen, aangeduid met de term 'competenties'.

### 3.1 Context en niveau

Bij het beschrijven van de competentieprofielen in deel 2 van dit beroepsprofiel is uitgegaan van de omschrijving van het European Qualification Framework (EQF). Het doel van het EQF is het vergroten van de internationale studenten- en arbeidsmobiliteit en het faciliteren van een leven lang leren. Door het EQF kunnen opleidingsniveaus internationaal met elkaar vergeleken worden. Het EQF levert door deze vergelijkingsmogelijkheid een bijdrage aan de transparantie van de verschillende onderwijsystemen in Europa. Het Nederlandse Kwalificatiekader (NLQF) beschrijft alle kwalificatieniveaus binnen Nederland met hetzelfde begrippenkader.<sup>42</sup> In de NLQF zijn de niveaubeschrijvingen van het EQF gedetailleerder uitgewerkt. Het EQF onderscheidt acht niveaus.

Competenties zijn in belangrijke mate inhoud- en contextspecifiek. Of iemand competent is in een bepaalde situatie is afhankelijk van de mate waarin hij over de deskundigheid en ervaring beschikt die relevant is voor het oplossen van problemen in de context waarbinnen die problemen zich voordoen.

De sleutelbegrippen die in de EQF zijn gebruikt voor de niveaubeschrijving zijn: context, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid, kennis en vaardigheden.<sup>41</sup>

- contextbeschrijving is samen met de kennis bepalend voor de moeilijkheidsgraad van de vaardigheden.
- zelfstandigheid en verantwoordelijkheid vormen het vermogen om samen te werken met anderen en de verantwoordelijkheid te dragen voor eigen werkresultaten en/of die van anderen.
- kennis is het geheel van feiten, beginselen, theorieën en manieren van werken dat verband houdt met het fysiotherapeutisch beroep.
- vaardigheden:
  - toepassen van kennis reproduceren, analyseren, integreren, evalueren, combineren en toepassen in de uitoefening van het beroep;
  - probleemoplossende vaardigheden;
  - leer- en ontwikkelingsvaardigheden;
  - informatievaardigheden;
  - communicatieve vaardigheden.

#### 3.1.1 De Kinderfysiotherapeut EQF 7

De context voor de fysiotherapeut op EQF niveau 7 is omschreven als 'een onbekende, wisselende leef- en werkomgeving met een hoge mate van onzekerheid, ook internationaal.

Voor kinderfysiotherapeuten, die opgeleid zijn en functioneren op masterniveau (EQF niveau 7), gelden de volgende kwaliteitscriteria:

De kinderfysiotherapeut:

- bezit bijzonder gespecialiseerde kennis, die ten dele zeer geavanceerd is op kinderfysiotherapeutisch vakgebied en op de voor de kinderfysiotherapie relevante randgebieden, als basis voor originele ideeën.
- heeft een kritisch bewustzijn van kennisproblemen op kinderfysiotherapeutisch vakgebied, op de voor de kinderfysiotherapie relevante randgebieden en op het raakvlak tussen verschillende vakgebieden.
- bezit voor onderzoek en/of innovatie vereiste gespecialiseerde probleemoplossende vaardigheden om nieuwe kennis en procedures te ontwikkelen en kennis uit verschillende vakgebieden te integreren. Deze vaardigheden worden ingezet om in complexe en onvoorspelbare situaties of contexten zelfstandig strategische benaderingen te kiezen, te hanteren, te transformeren, zelfstandig beslissingen te nemen en daar verantwoordelijkheid voor te nemen.
- analyseert, organiseert, transformeert en managet complexe en onvoorspelbare werkcontexten die nieuwe strategische benaderingen vereisen. Het betreft hier zowel complexe situaties in het kader van de diagnostiek, prognostiek en/of therapie van één cliënt, als complexe situaties in het kader van de beroepsuitoefening op micro-, meso- of macroniveau. Het probleem wordt multifactorieel en multidimensionaal geanalyseerd, waarna de kinderfysiotherapeut een gerichte oplossingsstrategie formuleert, bespreekt en waar mogelijk uitvoert.
- neemt de verantwoordelijkheid op zich om bij te dragen aan professionele kennis en werkwijzen en/of om strategische prestaties van teams kritisch te bekijken.

## 3.2 Competentieprofiel van de kinderfysiotherapeut

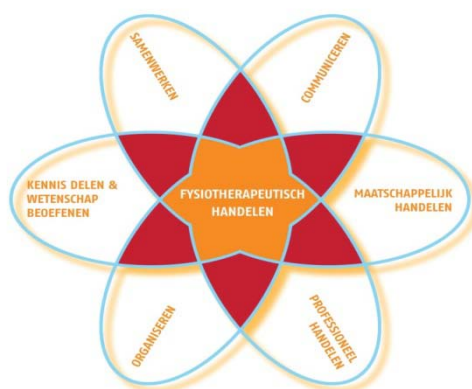
### 3.2.1 Opbouw van het competentieprofiel

De competenties van de (kinder)fysiotherapeut zijn geordend volgens het CanMEDS-model waarin zeven competentiegebieden centraal staan.<sup>43</sup> Er is gekozen voor het beschrijven van de competenties in gebieden conform de systematiek in de medische specialistische beroepen (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, KNMG) en niet in rollen, zoals in het CanMEDS-model. Het beschrijven in competentiegebieden doet naar onze mening meer recht aan het geïntegreerd inzetten van competenties bij het centrale handlingsgebied.

Het competentieprofiel is als volgt opgebouwd:

- zeven competentiegebieden;
- per competentiegebied een omschrijving;
- per competentiegebied zijn vier zogeheten sleutelcompetenties (*key competencies*) beschreven;
- de sleutelcompetenties zijn vervolgens geoperationaliseerd in indicatoren (*enabling competencies*).

De competenties zijn geformuleerd in werkwoorden als termen van gedrag. Bij de (omschrijving van de) competenties gaat het om feitelijk gedrag in beroepssituaties.



Figuur 3.1 Het CanMEDS-model vertaald naar de kinderfysiotherapie.

### 3.2.2 De competentiegebieden

Er worden zeven competentiegebieden onderscheiden.

1. **Kinderfysiotherapeutisch handelen:** De kinderfysiotherapeut biedt op methodische wijze expliciet, gewetensvol en oordeelkundig hulp aan kinderen met een probleem met bewegen en aan hun ouders/verzorgers. Hij toont professioneel gedrag naar de stand van het vakgebied. Hij verzamelt en interpreteert gegevens, zodat hij in het screenings-, diagnostische en therapeutische proces volgens de principes van EBP beslissingen neemt binnen de grenzen van het beroep. Hij verleent up-to-date, effectieve, curatieve en preventieve zorg op ethisch verantwoorde wijze.
2. **Communiceren:** Om een hoge kwaliteit van hulp aan het kind en zijn ouders/verzorgers en een hoge mate van cliënttevredenheid te waarborgen, onderhoudt de kinderfysiotherapeut een effectieve relatie met het kind en de ouders/verzorgers en/of andere betrokkenen. De kinderfysiotherapeut communiceert op heldere, transparante, effectieve en efficiënte wijze tijdens het kinderfysiotherapeutisch handelen. Het gaat daarbij om zowel verbale als non-verbale communicatie.
3. **Samenwerken:** De kinderfysiotherapeut werkt, indien nodig, samen met betrokken professionals, zorgverzekeraars en maatschappelijke en overheidsinstanties, participeert in een netwerk van samenwerkingsrelaties en maakt optimaal gebruik van beschikbare expertises om te komen een hoge kwaliteit van hulpverlening.
4. **Kennis delen en wetenschap beoefenen:** De kinderfysiotherapeut handelt volgens de principes van EBP, levert een bijdrage aan de ontwikkeling van klinische expertise van zichzelf en anderen en levert een bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek.
5. **Maatschappelijk handelen:** De kinderfysiotherapeut weegt belangen van het kind en de ouders/verzorgers af in relatie tot de belangen van andere hulpvragers en maatschappelijke belangen. Hij oefent op maatschappelijk verantwoorde wijze zijn beroep uit, waarbij factoren als duurzaamheid, beroepsethiek, juridisch kader en de sociaal-culturele context een rol spelen.
6. **Organiseren:** Teneinde als kinderfysiotherapeut efficiënt en effectief te functioneren, spant de kinderfysiotherapeut zich in voor een goede organisatie. In feite functioneert de kinderfysiotherapeut als manager van zijn eigen werkzaamheden, maar ook in relatie tot werkzaamheden van andere zorgverleners treedt hij als manager op. De kinderfysiotherapeut

neemt besluiten met betrekking tot het gebruik of de inzet van middelen en medewerkers, het stellen van doelen en prioriteiten en het maken van beleid. Hij organiseert zijn eigen werk, waarbij hij balans houdt tussen het beroepsmatig handelen en de behoefte aan verdere ontwikkeling van zichzelf en, indien relevant, de zorgorganisatie waarin hij werkt.

7. **Professioneel handelen:** De kinderfysiotherapeut levert hoogstaande cliëntzorg op een integrale, oprechte en betrokken wijze. Hij neemt verantwoordelijkheid voor zijn handelen en bewaart weloverwogen een balans tussen persoonlijke en professionele rollen. Hij kent de grenzen van zijn competenties en handelt daarbinnen of schakelt andere deskundigen in. Hij stelt zich toetsbaar en transparant op. Hij onderkent ethische dilemma's, heeft inzicht in ethische normen en houdt zich aan de wetgeving.

### 3.2.3 Kinderfysiotherapeutisch handelen, nadere omschrijving

De kinderfysiotherapeut biedt op methodische wijze expliciet, gewetensvol en oordeelkundige hulp aan kinderen en adolescenten met (dreigende) gezondheidsproblemen, die het bewegen beïnvloeden. 'Fysiotherapeutisch handelen' vormt het centrale competentiegebied, dat gebruikmaakt van alle overige competenties (zie figuur 3.1). Kinderfysiotherapeutisch handelen in engere zin is gericht op vakdeskundige expertise.

De kinderfysiotherapeut overziet voor het eigen denken en handelen het relevante kennisdomein en kan snel en doelmatig medisch-wetenschappelijke informatie vinden. De kinderfysiotherapeut voert op methodische wijze een (hetero)anamnese en ontwikkelingsgericht lichamelijk onderzoek uit en komt op basis hiervan tot rationele hypothesen over mogelijke oorzaken en gevolgen van opgedane bevindingen, waarbij logische verbanden worden gelegd tussen de bevindingen van de drie niveaus van de ICF-CY en de externe en persoonlijke factoren die daarop van invloed zijn. De perceptie van de ervaren bewegingsproblemen in sociaal-culturele context, het bewegen in zijn specifieke bewegingsomgeving en het bewegingssysteem met eventuele stoornissen worden in samenhang gezien. De kinderfysiotherapeut beheerst de voor het kinderfysiotherapeutisch onderzoek en behandeling noodzakelijke handvaardigheden. De kinderfysiotherapeut formuleert hypothesen op grond waarvan hij een verantwoord beleid opstelt voor aanvullende diagnostiek, behandeling, cliëntzorg en preventie, met respect voor de wensen van het kind en de ouders/verzorgers en in samenspraak met hen, zich rekenschap gevend van de gebruikelijke wijze van aanpak, zoals gebaseerd op de rationele en wetenschappelijk gefundeerde geneeskunde. De kinderfysiotherapeut maakt, waar nodig, op passende wijze gebruik van technologie en is zich daarbij bewust van de voor- en nadelen die zijn verbonden aan specifieke interventies.

In het competentiegebied 'Kinderfysiotherapeutisch handelen' zijn vier competenties geformuleerd die gerelateerd zijn aan de drie procesfasen van het fysiotherapeutisch methodisch handelen (paragraaf 1.4.2). In onderstaande matrix is de relatie aangegeven tussen de processen van het kinderfysiotherapeutisch handelen, de acht processtappen uit *Praktijkrichtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging 2011* en de vier competenties in het competentiegebied 'kinderfysiotherapeutisch handelen'.

#### Competentiegebied kinderfysiotherapeutisch handelen

Fysiotherapeutisch proces	Acht stappen	Competentiegebied 1
Screeningsproces	1a. Aanmelding 1b. Inventariseren hulpvraag 1c. Screening niet-pluis en pluis 1d. Informeren adviseren	1.1 Screening  <i>De kinderfysiotherapeut screent cliënten via een gerichte anamnese, eventueel aangevuld met lichamelijk onderzoek, teneinde te besluiten of het gezondheidsprobleem binnen of buiten het beroepsdomein van de</i>

Fysiotherapeutisch proces	Acht stappen	Competentiegebied 1
		<i>kinderfysiotherapie valt.</i>
Diagnostisch proces	2. Aanvullende (hetero)anamnese 3. Aanvullend onderzoek 4. Analyse	1.2 Diagnostiek <i>De kinderfysiotherapeut inventariseert en analyseert op methodische wijze het probleem met bewegen en relateert dit probleem aan de hulpvraag van kind/ouders.</i>
Therapeutisch proces	5. Behandelplan 6. Behandeling	1.3 Behandelen <i>De kinderfysiotherapeut past de in samenspraak met de cliënt opgestelde behandelstrategie toe en voert op methodische wijze de in samenspraak met kind/ouders geïndiceerde behandeling uit.</i>
	7. Evaluatie 8. Afsluiting	1.4 Afsluiten van de behandeling <i>De kinderfysiotherapeut sluit in samenspraak met kind/ouders de behandeling af.</i>

### 3.4 Body of knowledge and skills

De body of knowledge and skills van de kinderfysiotherapeut (op EQF niveau 7) overstijgt de body of knowledge and skills uit het *National Diploma Supplement Nationaal Transcript Fysiotherapie*,<sup>44</sup> dat is beschreven op EQF niveau 6.<sup>41</sup> Voor het bepalen van de juiste interventie bij het kind en de ouders/verzorgers, op het juiste moment toegepast, is het onontbeerlijk om over vaardigheden en diepgaande kennis, specifieke communicatie- en samenwerkingsvaardigheden en attitude te beschikken.

#### Body of knowledge

Kennisdomein	Verdiepende kennis
<b>Ontwikkelingsneurologie</b>	
specificatie: spraak-taal specificatie: mentaal/cognitie	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ motorische ontwikkelingstheorieën</li> <li>○ motorisch leren*</li> <li>○ motorische controle*</li> <li>○ kwaliteit van bewegen*</li> <li>○ spraak-taalontwikkeling en theorieën*</li> <li>○ mentale/cognitieve ontwikkeling en theorieën*</li> </ul>
<b>Fysiologie</b>	
specificatie: neurofysiologie specificatie: inspanningsfysiologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ groei en ontwikkeling*</li> <li>○ groei en ontwikkeling van het neuromusculaire systeem*</li> <li>○ groei en ontwikkeling van het cardiorespiratoire systeem*</li> </ul>

Kennisdomein	Verdiepende kennis
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ trainingsleer*</li> </ul>
<b>Kinesiologie</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ biomechanica*</li> <li>○ mobiliteit*</li> <li>○ kinetica*/spierkracht*</li> </ul>
<b>Psychologie</b>	
specificatie: ontwikkelingspsychologie en pedagogiek	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ kindspecifieke factoren, gezinssystemen (cultuur) van belang om een kindspecifieke en een gezinsspecifieke benadering te kunnen realiseren</li> <li>○ relatie tussen de verschillende ontwikkelingsgebieden*</li> <li>○ pedagogiek/opvoedkunde*</li> </ul>
<b>Pathologie</b>	
specificatie: neuropathologie specificatie: cardiale en pulmonale pathologie specificatie: psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ musculoskeletale pathologie*</li> <li>○ neuromusculaire pathologie*</li> <li>○ cardiorespiratoire pathologie*</li> <li>○ gedragspathologie*</li> <li>○ psychiatrische pathologie*</li> <li>○ medisch onverklaarde bewegingspathologie*</li> <li>○ overige pathologie*</li> <li>○ syndromen en aandoeningen die het motorisch functioneren treffen en een indicatie kunnen zijn voor kinderfysiotherapeutische interventie</li> </ul>
<b>Gynaecologie en obstetrie</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ risicofactoren die invloed hebben op de motorische ontwikkeling van het kind</li> </ul>
<b>Farmacologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ invloed van geneesmiddelen op het bewegend functioneren*</li> </ul>
<b>Communicatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ communicatie binnen inter- en multidisciplinaire context*</li> </ul>
<b>Gezondheidskunde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ gezonde leefstijl bevorderen*</li> </ul>
<b>Klinimetrie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ theoretische achtergrond motorische ontwikkeling en ziektespecifieke meetinstrumenten*</li> <li>○ psychometrische eigenschappen meetinstrumenten*</li> </ul>
<b>Epidemiologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ betreffende kind en zijn ouders/verzorgers</li> </ul>
<b>Methodologie en wetenschappelijke oriëntatie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ basisonderzoeksoepzet kwantitatief en kwalitatief</li> <li>○ statistiek</li> <li>○ onderzoeksethiek</li> <li>○ modellen en theorieën</li> <li>○ Evidence Based Practice</li> <li>○ ICF-CY</li> <li>○ methoden van klinisch redeneren</li> </ul>

Kennisdomein	Verdiepende kennis
Filosofie	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ betreffende kinderfysiotherapie, het kind en de ouders/verzorgers, kind en samenleving</li> </ul>
Ethiek	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ om kunnen gaan met gedeelde verantwoordelijkheid van het kind en zijn ouders/verzorgers tijdens diagnostiek en behandeling</li> </ul>
Wetgeving	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ wetten die van toepassing zijn op het kind en zijn ouders/verzorgers en kinderfysiotherapeuten</li> </ul>
Organisatiekunde	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ binnen de eigen praktijk</li> </ul>
Bedrijfskunde	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ binnen de eigen praktijk</li> </ul>

\* Bij kinderen en adolescenten.

### Body of skills

Competentiegebied	SKILLS
1. Fysiotherapeutisch handelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ vaardig in: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DTF en screening*</li> <li>▪ uitvoeren en interpreteren ontwikkelingsklinimetrie*</li> <li>▪ hantering van zeer jonge kinderen en*</li> <li>▪ klinisch redeneren*</li> <li>▪ behandelen van zeer jonge kinderen*</li> <li>▪ behandelen van grof- en fijnmotorische problemen*</li> <li>▪ methodisch handelen</li> <li>▪ afsluiten kinderfysiotherapeutisch handelen</li> </ul> </li> </ul>
2. Communiceren	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ vaardig in: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ communiceren met het kind, aangepast aan het niveau van het kind</li> <li>▪ communiceren met de ouders/verzorgers, aangepast aan het niveau van de ouders/verzorgers</li> <li>▪ mondelinge en schriftelijke verslaglegging</li> </ul> </li> <li>○ herkent effecten van eigen verbale en non-verbale gedragsuitingen</li> <li>○ herkent interactiepatronen tussen kinderen en ouders/verzorgers</li> <li>○ hanteert begrippenkader ICF-CY</li> </ul>
3. Samenwerken	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ vaardig in: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ samenwerken met andere betrokken paramedici, medici, betrokkenen uit de jeugdgezondheidszorg, het onderwijs, sportverenigingen</li> <li>▪ samenwerken met zorgverzekeraars, overheidsinstanties, beroepsvereniging</li> </ul> </li> <li>○ participeert in netwerken</li> <li>○ verricht intercollegiale consulten</li> </ul>
4. Kennis delen en wetenschap beoefenen	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ bevordert kennis van het kind en de ouders/verzorgers</li> <li>○ levert een bijdrage aan relevant onderzoek voor de kinderfysiotherapie</li> <li>○ verwerkt kritisch wetenschappelijke informatie in kinderfysiotherapeutisch handelen</li> <li>○ draagt kinderfysiotherapeutische innovaties en ontwikkelingen uit</li> <li>○ zorgt voor persoonlijke professionele ontwikkeling</li> </ul>
5. Maatschappelijk handelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ weegt belangen van kind, ouders/verzorgers en maatschappij af</li> <li>○ bevordert gezondheid van kinderen</li> <li>○ handelt volgens beroepsethiek, juridisch kader en sociaal culturele</li> </ul>

Competentiegebied	SKILLS
	context* ○ treedt op bij negatieve effecten van jeugdhulpverlening
6. Organiseren	○ draagt bij aan goede organisatie jeugdgezondheidszorg ○ plant eigen werkzaamheden ○ werkt effectief en doelmatig
7. Professioneel handelen	○ levert hoogstaande zorg ○ toont professioneel gedrag ○ is empathisch en respectvol ○ neemt ethische normen van de jeugdgezondheidszorg in acht

\* Bij kinderen en adolescenten.

## Literatuurlijst

1. Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY). Houten/Bilthoven: Bohn Stafleu van Loghum/RIVM; 2008.
2. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst van der, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:4163.
3. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
4. The World Health Report 2005 - Make every mother and child count. Geneve, Zwitserland: WHO. Beschikbaar via: <http://www.who.int/whr/2005/en/>.
5. Verdrag voor de rechter van het kind. New York: Unicef/Verenigde naties; 20 november 1989.
6. Edelman GM. Neural Darwinism. The theory of neural Group selection. Oxford: Oxford University Press; 1989.
7. Hadders-Algra M. Variation and variability: key words in human motor development. *Phys Ther*. 2010;90:1823-37.
8. Vereijken B. The complexity of childhood development: variability in perspective. *Phys Ther*. 2010;90:1850-9.
9. Bernstein NA. The co-ordination and regulation of movements [Original in Russian 1947]. Oxford: Pergamon Press; 1967.
10. Turvey MT, Fitch HJ, Tuller B. The Bernstein perspective: 1 The problems of degrees of freedom and context-conditioned variability. In: Kelso J, Erlbaum L, editors. *Human Motor Behavior: An introduction*. Hillsdale: 1982. p. 239-52.
11. Newell, KM. Constraints of the development of coordination. In: Wade MG, Whiting HTA (Eds.). *Motor development in children: Aspects of coordination and control*. Dordrecht: Martinus Nijhoff; 1986.
12. Spratt EG, Friedenbergs S, LaRosa A, Bellis MD de, Macias MM, Summer AP, et al. The effects of early neglect on cognitive, language, and behavioral functioning in childhood. *Psychology*. 2012;3(2):175-82.
13. Swaab H, Bouwman A, Hendriksen J, König C (Red.). *Klinische Kinderneuropsychologie. Ontwikkeling en functie, diagnose en praktijk*. Amsterdam: Boom; 2012.
14. Kohnstamm R. *Kleine ontwikkelingspsychologie deel 1*. Houten: Springer Uitgeverij, Bohn Stafleu van Loghum; 2009.
15. Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr*. 2005 Jun;146(6):732-7.
16. Piek JP, Dawson L, Smith LM, Gasson N. The role of early fine and gross motor development on later motor and cognitive ability. *Hum Mov Sci*. 2008;27:668-81.
17. Kemper HCG. *Fitte kinderen, sportieve tieners. Over de invloed van bewegen en sport op de gezondheid van jongeren*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg; 2011.



18. Haskell WL, Lee EM, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.* 2007;39(6):1423-34.
19. O'Donovan, Blazeovich AJ, Boreham C, Cooper AR, Crank H, Ekelund U, et al. The ABC of physical activity for health: a consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences. *J Sports Sci.* 2010 Apr;28(6):573-91.
20. Rijksoverheid. Sport, bewegen en gezondheid. Beschikbaar via: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/sport-en-bewegen/sport-bewegen-en-gezondheid>.
21. Riksen-Walraven JMA. Wie het kleine niet eert...: over de grote invloed van vroege sociale ervaringen. Inaugurale rede. Nijmegen: Katholieke Universiteit; 2002. Beschikbaar via: [http://www.ru.nl/onderzoek/zoekwijzer/vm\\_zoeken/teksten\\_redes/teksten\\_alfabetisch/teksten\\_redes\\_redes\\_r-z/](http://www.ru.nl/onderzoek/zoekwijzer/vm_zoeken/teksten_redes/teksten_alfabetisch/teksten_redes_redes_r-z/)).
22. Nelis H, Sark Y van. Puberbrein binnenstebuiten. Amsterdam: Kosmos Uitgevers; 2010.
23. Empelen R van, Nijhuis-van der Sanden R, Hartman A. Kinderfysiotherapie. Derde druk. Amsterdam: Reed Business Education; 2013.
24. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, et al. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ.* 2005 Jan 5;5(1):1.
25. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther.* 2002 Nov;82(11):1098-107.
26. WGBO, artikel 447. De WGBO is opgenomen in boek 7, titel 7 afdeling 5 van het Burgerlijk Wetboek (BW).
27. Platform Personalized Prevention. Het Prevent-model. Beschikbaar via <http://www.preventweb.nl/>. Geraadpleegd 16 november 2013.
28. CIBG. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. BIG-register. Rechten en plichten. Beschikbaar via: <https://www.bigregister.nl/registratie/inhetbigregister/rechtenenplichten/default.aspx>. Geraadpleegd op 30 maart 2013.
29. Glasziou P, Irwig L, Mant D. Monitoring in chronic disease: a rational approach. *BMJ.* 2005 Mar 19;330(7492):644-8.
30. Heerkens YF, Hendriks HJM, Graaf-Peters VB de. KNGF-richtlijn Fysiotherapeutische verslaglegging. Amersfoort: KNGF; 2011.
31. Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut; 2012.
32. Have HAMJ ten, Meulen RHJ ter, Leeuwen E van. Medische ethiek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2003.
33. Tronto JC. Moral boundaries: a political argument for an ethic of care. New York [etc.]: Routledge; 1993.
34. Ethiekcommissie KNGF. Beroepsethiek en Gedragsregels voor de fysiotherapeut. Amersfoort: KNGF; 2006.
35. Baudien D. Leergang ethiek, handvatten met ethiek op het werk. Utrecht: CNV Publieke Zaak; 2008.
36. Bevolking en bevolkingsontwikkeling; per maand, kwartaal en jaar 2013. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2014. Beschikbaar via [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl). Geraadpleegd op 24-04-2014.
37. Schönbeck Y, Talma H, Dommelen P van, Bakker B, Buitendijk SE, HiraSing RA, Buuren S van. Increase in Prevalence of Overweight in Dutch Children and Adolescents: A Comparison of Nationwide Growth Studies in 1980, 1997 and 2009. Published: November 15, 2011 DOI: 10.1371/journal.pone.0027608
38. NCJ Trends, bijlage werkplan NCJ 2011, <https://www.ncj.nl/zoekresultaat/?q=trends+jeugdgezondheidszorg>, geraadpleegd op 1 augustus 2013.
39. Berg M, Beersen N, Ikkersheim D, Groenewoud S. Meten van zorguitkomsten: de heilige graal binnen handbereik. KPMG Advisory N.V.; 2012.
40. International Organisation of Physical Therapists in Paediatrics (IOPTP). <http://www.wcpt.org/ioptp>.
41. European Qualification Framework. Luxemburg: European Communities; 2008.
42. Nederlands Kwalificatiekader (NLQF). 2013. Nationaal Coördinatiepunt. Beschikbaar via: <http://www.nlqf.nl/nlqf-niveaus>. Geraadpleegd op 3 oktober 2013.
43. Frank JR, Jabbour M, Fréchette D, Marks M, Valk N, Bourgeois G. Report of the CanMEDS Phase IV Working Groups. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
44. European Committee Council of Europe and UNESCO/CEPES. National Diploma Supplement National Transcript Fysiotherapie. Amersfoort: KNGF/SROF; 2008.

# Deel 2

## Competentieprofiel kinderfysiotherapeut

De kinderfysiotherapeut is opgeleid en functioneert op masterniveau EQF 7. Bij alle competenties geldt dat de kinderfysiotherapeut alle algemene competenties zoals beschreven in het Beroepsprofiel Fysiotherapeut uitvoert in de context van de specifieke situatie van kind en/of ouders/verzorgers, de complexiteit van het gezondheidsprobleem en het ontwikkelingsniveau van het kind. De kinderfysiotherapeut maakt hierbij gebruik van bijzonder gespecialiseerde kennis uit het domein kinderfysiotherapie, met een kritisch bewustzijn van kennisproblemen die zich voordoen binnen het domein kinderfysiotherapie en op het raakvlak van verschillende (medische) specialismen.

<b>1</b>	<b>Kinderfysiotherapeutisch handelen</b>
	<p>De kinderfysiotherapeut onderzoekt en behandelt kinderen en adolescenten met (dreigende) gezondheidsproblemen die het bewegen beïnvloeden, en daarmee samenhangende participatieproblemen. Het handelen van de kinderfysiotherapeut kenmerkt zich door een ontwikkelingsgerelateerde, leeftijdsadequate en contextgerelateerde benadering en begeleiding van het kind en de ouders/verzorgers. Het handelen is gebaseerd op geïntegreerde kennis van groei en ontwikkeling van het bewegingssysteem<sup>k</sup>, de specifiek bij kinderen voorkomende problemen, de wederzijdse invloed van verschillende ontwikkelingsgebieden en de invloed van bewegingstaak en omgeving op het bewegend functioneren van kinderen.</p> <p>De kinderfysiotherapeut draagt gedurende het hele proces zorg voor een kindvriendelijke praktijkruimte en schept een veilig sociaal klimaat en een optimaal pedagogisch klimaat. (Een bijzondere plaats in dit handelen wordt ingenomen door de kinderfysiotherapie bij jeugdigen met een sportletsel, kinderen met problemen in het kauwsysteem en kinderen met problemen in de bekkenregio: voor de behandeling van deze kinderen zijn aanvullende competenties vanuit andere specialistische fysiotherapeutische domeinen noodzakelijk).</p>
<b>1.1</b>	<b>Screening De kinderfysiotherapeut screent kinderen via een gerichte anamnese, eventueel aangevuld met lichamelijk onderzoek, teneinde te besluiten of het gezondheidsprobleem binnen of buiten het beroepsdomein van de kinderfysiotherapie valt.</b>
	<p>De kinderfysiotherapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ legt de doelstellingen, de procedure en de werkwijze van het screenen uit aan het kind en/of de ouders/verzorgers;</li> <li>○ inventariseert via open en gesloten vragen het gezondheidsprobleem van het kind, evenals diens verwachtingen en die van de ouders/verzorgers over de oplossing;</li> <li>○ past de werkwijze van het afnemen van de anamnese toe (inventariseren van de aard, de lokalisatie, het beloop, de intensiteit en de samenhang van symptomen en tekenen);</li> <li>○ neemt een ontwikkelingsanamnese en een familieanamnese af;</li> <li>○ voert zo nodig oriënterend lichamelijk onderzoek uit en gebruikt relevante meetinstrumenten;</li> <li>○ herkent kindspecifieke en omgevingspecifieke rode en gele vlaggen en handelt hiernaar;</li> <li>○ maakt bij het analyseren van het gezondheidsprobleem van het kind gebruik van patroonherkenning, passend bij kinderen;</li> <li>○ beoordeelt, op basis van kennis uit het kinderfysiotherapeutisch domein, of hij bekwaam en/of bevoegd is om een besluit te nemen over de indicatiestelling/contra-indicatiestelling voor kinderfysiotherapeutisch hulpverleners;</li> <li>○ neemt, op basis van kennis uit het kinderfysiotherapeutisch domein, een besluit over indicatiestelling/contra-indicatiestelling voor kinderfysiotherapeutisch hulpverleners;</li> <li>○ registreert en documenteert het besluit over de indicatiestelling/contra-indicatiestelling voor kinderfysiotherapeutisch hulpverleners volgens de geldende richtlijn(en) en geldende wet- en regelgeving;</li> <li>○ deelt het kind en/of de ouders/verzorgers het besluit ter overweging mee, benoemt de argumenten die tot dit besluit hebben geleid, beantwoordt eventuele vragen hierover en adviseert het kind en/of de ouders/verzorgers over het vervolg en benoemt de consequenties van mogelijke beslissingen;</li> <li>○ informeert het kind en/of de ouders/verzorgers over (wettelijk verplichte) rapportage aan de huisarts;</li> <li>○ doet zo nodig schriftelijk verslag aan de huisarts van het kind.</li> </ul>

<sup>k</sup> Het bewegingssysteem is de resultante van het musculoskeletale, neurologische en cardiopulmonale systeem.

<b>1.2</b>	<b>Kinderfysiotherapeutische diagnostiek</b> <b>De kinderfysiotherapeut inventariseert de hulpvraag van het kind en/of de ouders/verzorgers, onderzoekt en analyseert op methodische wijze het gezondheidsprobleem en betreft hierbij de persoonlijke en externe factoren van het kind.</b>
	<p>De kinderfysiotherapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ legt de doelstellingen, de procedure en de werkwijze van het kinderfysiotherapeutisch diagnostische proces uit;</li> <li>○ inventariseert het gezondheidsprobleem, de beweegomgeving en de sociaal-culturele leefwereld van het kind in relatie tot diens bewegen, en neemt een ontwikkelingsgerichte anamnese en een familie anamnese af;</li> <li>○ identificeert belemmerende en faciliterende factoren voor gezond gedrag/gedragsverandering;</li> <li>○ beschrijft het gezondheidsprobleem van het kind binnen het construct van de ICF-CY;</li> <li>○ inventariseert relevante informatie over persoonlijke factoren (zoals leefstijl, coping en compensatiestrategieën, leerstrategieën) en externe factoren (zoals leefstijl van het gezin, pedagogisch klimaat, school, sportvereniging), beoordeelt de samenhang tussen deze factoren en benadert de zorgsituatie in deze samenhang;</li> <li>○ analyseert het gezondheidsprobleem van het kind en legt logische verbanden tussen de dimensies van de ICF-CY (klinisch redeneren) volgens de principes van Evidence Based Practice en maakt hierbij gebruik van het construct van de HOAC-II;</li> <li>○ zet klinische onzekerheid rond de kinderfysiotherapeutische diagnostiek om in beantwoordbare vraagstellingen naar algemeen geaccepteerde kennis en kennis die nog in ontwikkeling is, zoekt met een bewust gekozen strategie, interpreteert de antwoorden en past de resultaten van de zoekstrategie toe;</li> <li>○ kiest en legitimeert ontwikkelingsklinimetrische en aandoeningsspecifieke meetinstrumenten, waarmee een eventuele achterstand of afwijking in ontwikkeling en/of een eventueel gezondheidsgerelateerd fitheidsprobleem geobjectiveerd en geïnterpreteerd kan worden, voor het inventariseren en het analyseren van het (potentiële) gezondheidsprobleem van het kind;</li> <li>○ voert metingen uit in het kader van het inventariseren en analyseren van het gezondheidsprobleem van het kind en interpreteert de uitkomsten van vragenlijsten, anamnese en lichamelijk onderzoek in relatie tot het gezondheidsprobleem van het kind;</li> <li>○ hanteert het kind bij lichamelijk onderzoek op vaardige en op het kind afgestemde wijze;</li> <li>○ inventariseert de motorische ontwikkeling, lichamelijke fitheid en het bewegingssysteem en relateert deze gegevens aan groei en ontwikkeling op andere gebieden (zoals fysieke ontwikkeling, cognitie, spraak-taal- en sociaal-emotionele ontwikkeling en sociaal-culturele leefwereld);</li> <li>○ creëert kindgerichte, motiverende en uitdagende situaties, aangepast aan de speelwereld van het kind, waarin het motorische competenties en/of maximale fysieke prestatie kan en wil demonstreren;</li> <li>○ voert een taakanalyse en/of inspanningsanalyse uit van activiteiten die gerelateerd zijn aan de hulpvraag, herkent de mogelijkheden van het kind en past zijn handelen daarop aan;</li> <li>○ formuleert, legitimeert en fundeert de kinderfysiotherapeutische diagnose voor het gezondheidsprobleem van het kind en bespreekt met het kind en/of de ouders/verzorgers de geformuleerde kinderfysiotherapeutische diagnose;</li> <li>○ maakt een inschatting van het verwachte beloop van het gezondheidsprobleem en de factoren die daarop van invloed zijn;</li> <li>○ past bijzonder gespecialiseerde kennis toe uit het domein kinderfysiotherapie om vast te stellen in hoeverre er een belemmering en/of risico is voor de normale groei en ontwikkeling en formuleert langetermijngevolgen voor de gezondheid van het kind;</li> <li>○ hanteert de voor het gezondheidsprobleem van het kind relevante richtlijn en legitimeert een eventueel afwijken van deze richtlijn;</li> <li>○ verwijst indien nodig naar algemene fysiotherapie, naar een ander specialisme in de fysiotherapie of naar andere professionals;</li> <li>○ registreert en documenteert het kinderfysiotherapeutisch diagnostische proces volgens de daarvoor geldende richtlijn en volgens geldende wet- en regelgeving.</li> </ul>
<b>1.3</b>	<b>Kinderfysiotherapeutisch behandelen</b> <b>De kinderfysiotherapeut past de opgestelde behandelstrategie toe en voert op methodische wijze de geïndiceerde behandeling uit, dit alles in samenspraak met het kind en/of de ouders/verzorgers.</b>
	<p>De kinderfysiotherapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ zet klinische onzekerheid voor het kinderfysiotherapeutisch behandelen van het kind om in beantwoordbare vraagstellingen;</li> <li>○ formuleert een behandelplan met daarin een SMARTI-geformuleerde<sup>1</sup> einddoelstelling en SMARTI-geformuleerde subdoelstellingen, alsook de aard, de combinatie, de sequentie en de frequentie van de geplande kinderfysiotherapeutische verrichtingen, legt deze aan het kind en/of de ouders/verzorgers voor en hanteert de voor het gezondheidsprobleem van het kind relevante richtlijn en legitimeert een eventueel afwijken van deze richtlijn;</li> <li>○ stelt in overleg met het kind en/of de ouders/verzorgers een interventiestrategie op, op het niveau van actuele problemen en te verwachten problemen, volgens de principes van Evidence Based Practice en bespreekt deze strategie met het kind en/of de ouders/verzorgers;</li> <li>○ past de aanbestedingswijze van de activiteit aan het kind aan en maakt daarbij gebruik van non-verbale, verbale en/of manuele instructies op een pedagogisch en didactisch verantwoorde wijze, teneinde het kind maximaal te motiveren tot een prestatie waarmee het gestelde therapeutische doel bereikt kan worden;</li> <li>○ adviseert/instrueert de ouders/verzorgers hoe zij het therapeutische proces thuis (of in andere</li> </ul>

<sup>1</sup> SMARTI staat voor: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden en Inspirerend.

	<p>opvoedingssituaties) kunnen ondersteunen door middel van oefeningen, keuze van spel en speelgoed en aanpassing van de omgeving en houdt hierbij rekening met regels en afspraken tussen de ouders wanneer er sprake is van een echtscheiding, contactregeling of co-opvoederschap;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ stimuleert zelfmanagement;</li> <li>○ registreert en documenteert het kinderfysiotherapeutische behandelplan volgens de daarvoor geldende richtlijnen en volgens geldende wet- en regelgeving;</li> <li>○ voert het behandelplan uit volgens de principes van Evidence Based Practice en maakt zo nodig veilig en zorgvuldig gebruik van technische hulpmiddelen;</li> <li>○ kiest middelen en creëert kindgerichte, motiverende en uitdagende situaties in een functionele context, aangepast aan de speelwereld van het kind, teneinde het kind maximaal te motiveren tot een prestatie waarmee het gestelde therapeutische doel bereikt kan worden;</li> <li>○ sluit aan bij het leervermogen van het kind en de fasen van het leerproces;</li> <li>○ meet, evalueert, analyseert en registreert de verrichtingen en het beloop van het behandelproces aan de hand van de effecten van de behandeling met behulp van meetinstrumenten en past indien nodig het behandelplan aan;</li> <li>○ draagt zorg voor het verduurzamen van het behandelresultaat, of dit nu het bestendigen van een gewenste motorische vaardigheid of het bestendigen van gezondheidsgedrag/leefstijl is;</li> <li>○ instrueert, met toestemming van ouders/verzorgers, zo nodig andere relevante personen (bijvoorbeeld grootouders, oppasouder, leerkracht, sportleider), teneinde een optimaal behandelresultaat te bereiken;</li> <li>○ past de ouderinstructie aan de ouder/verzorgers aan;</li> <li>○ doet verslag aan derden over het beloop van het kinderfysiotherapeutisch behandelen volgens daarvoor geldende richtlijnen en volgens geldende wet- en regelgeving;</li> <li>○ ondersteunt de zelfredzaamheid en zelfstandigheid van het kind met behulp van technologische innovaties.</li> </ul>
<b>1.4</b>	<p><b>Afsluiten van het kinderfysiotherapeutisch behandelen.</b>  <b>De kinderfysiotherapeut sluit in samenspraak met het kind en/of de ouders/verzorgers de behandeling af. Wanneer ook andere personen betrokken zijn bij de behandeling worden ook zij op passende wijze geïnformeerd over het afsluiten van de behandeling.</b></p>
	<p>De kinderfysiotherapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ evalueert samen met het kind en/of de ouders/verzorgers, en andere betrokkenen<sup>m</sup> de behandeling, het resultaat en de gevolgde procedures, alsook het gedrag van kind/ouders/verzorgers en therapeut in relatie tot elkaar;</li> <li>○ doet verslag over de resultaten van het kinderfysiotherapeutisch behandelen aan de verwijzer en andere betrokken professionals;</li> <li>○ maakt zo mogelijk een specifieke prognose en eventueel een volgende afspraak ter evaluatie.</li> </ul>

<sup>m</sup> Met betrokkenen worden zowel emotioneel betrokkenen bedoeld als betrokkenen op basis van maatschappelijke relaties.

<b>2</b>	<b>Communiceren</b>
	Om een hoge kwaliteit van hulp aan kinderen en een hoge mate van cliënttevredenheid te waarborgen, onderhoudt de kinderfysiotherapeut een begripvolle, empathische en pedagogisch verantwoorde relatie met het kind en de ouders/verzorgers en/of andere betrokkenen uit hun omgeving. De kinderfysiotherapeut communiceert op heldere, transparante, effectieve en efficiënte wijze tijdens het kinderfysiotherapeutisch handelen. Het gaat daarbij om zowel verbale als non-verbale communicatie.
<b>2.1</b>	<b>De kinderfysiotherapeut bouwt een effectieve behandelrelatie met de cliënt op.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ communiceert tijdens het kinderfysiotherapeutisch handelen op begrijpelijke en doelgerichte wijze met zowel het kind als de ouders/verzorgers;</li> <li>○ heeft gedurende het hele hulpverleningsproces een verstandhouding met het kind en/of de ouders/verzorgers die gekenmerkt wordt door respect, empathie, ontvankelijkheid, vertrouwelijkheid en gevoel van veiligheid;</li> <li>○ inventariseert wensen en behoeften van het kind en/of de ouders/verzorgers in relatie tot de oplossing van het probleem;</li> <li>○ informeert, stimuleert, corrigeert en toont grensstellend gedrag met inachtneming van de culturele diversiteit, zonder dat dit afbreuk doet aan de professionele relatie tussen de therapeut en het kind en/of de ouders/verzorgers;</li> <li>○ stimuleert de verantwoordelijkheid van het kind en de ouders/verzorgers voor de oplossing van het probleem in een goede afweging van de draagkracht van het kind en/of de ouders/verzorgers;</li> <li>○ respecteert de (wettelijke) afspraken en regelingen in geval van echtscheiding, contactregeling of co-opvoederschap bij de wijze en inhoud van de communicatie met ouders/verzorgers en eventueel andere betrokkenen bij de opvoeding;</li> <li>○ respecteert de culturele diversiteit in de opvoedingsrelatie;</li> <li>○ respecteert de (wettelijke) afspraken en regelingen in geval van overdracht van informatie aan andere betrokkenen bij de opvoeding van het kind en de ouders/verzorgers (wettelijke privacybescherming).</li> </ul>
<b>2.2</b>	<b>De kinderfysiotherapeut luistert en verkrijgt op doelmatige en doeltreffende wijze informatie over het kind en/of de ouders/verzorgers en respecteert hierbij de privacy.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ herkent de gevoelens van het kind en/of de ouders/verzorgers, interpreteert deze in relatie tot het gezondheidsprobleem en bespreekt deze met het kind en/of de ouders/verzorgers;</li> <li>○ is in staat om non-verbale signalen van het kind en/of de ouders/verzorgers te herkennen, te interpreteren en indien nodig te bespreken;</li> <li>○ is zich bewust van mogelijke beperkingen in de communicatie van het kind;</li> <li>○ kan omgaan met alternatieve communicatietechnieken wanneer het kind daarvan gebruikmaakt;</li> <li>○ kiest en legitimeert gesprekstechnieken en voert deze uit met het kind en/of de ouders/verzorgers en andere betrokkenen;</li> <li>○ kiest en legitimeert een vorm van communicatie met het kind en de ouders/verzorgers en andere betrokkenen.</li> </ul>
<b>2.3</b>	<b>De kinderfysiotherapeut bespreekt de informatie over doelen en behandeling met het kind en/of de ouders/verzorgers en/of andere betrokkenen.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ voert, indien nodig, op methodische wijze gesprekken met andere betrokkenen bij het kind en/of de ouders/verzorgers, afgestemd op de taalvaardigheid en de belevingswereld van de gesprekspartner;</li> <li>○ begeleidt het kind en de ouders/verzorgers in de vaststelling van de doelen en de behandelkeuze;</li> <li>○ komt een behandelovereenkomst (<i>informed consent</i>) overeen met het kind en/of de ouders/verzorgers en/of andere betrokkenen.</li> </ul>
<b>2.4</b>	<b>De kinderfysiotherapeut doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag over het kind.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ verzorgt de verslaglegging volgens geldende wet- en regelgeving voor medebehandelaars, zorgverzekeraar en andere betrokkenen;</li> <li>○ draagt, indien van toepassing, zorg voor schriftelijke verslaglegging aan de verwijzer;</li> <li>○ doet verslag aan anderen binnen en buiten de kinderfysiotherapie indien het kind en/of de ouders/verzorgers hiertoe toestemming heeft gegeven;</li> <li>○ verzorgt op geëigende wijze de verslaglegging over de voortgang en resultaten van de behandeling aan andere betrokken behandelaren;</li> <li>○ volgt het begrippenkader van de ICF-CY.</li> </ul>

<b>3</b>	<b>Samenwerken</b>
	De kinderfysiotherapeut werkt samen met betrokken professionals (in de [jeugd]gezondheidszorg <sup>n</sup> , sociaal-maatschappelijke dienstverlening, onderwijs, [para]medische zorg), zorgverzekeraars en maatschappelijke en overheidsinstanties. De kinderfysiotherapeut participeert in een netwerk van samenwerkingsrelaties en maakt gebruik van beschikbare expertises om te komen tot een hoge kwaliteit van hulpverlening.
<b>3.1</b>	<b>De kinderfysiotherapeut werkt samen met binnen het hulpverleningsproces betrokken professionele hulpverleners.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ onderhoudt relaties met professionals in de (jeugd)gezondheidszorg, sociaal-maatschappelijke dienstverlening, onderwijs en met andere relevante professionals;</li> <li>○ werkt samen in interprofessioneel verband;</li> <li>○ neemt op effectieve en doelmatige wijze deel aan besprekingen over het kind;</li> <li>○ betreft andere binnen het hulpverleningsproces betrokken professionele hulpverleners bij het hulpverleningsproces op doeltreffende en doelmatige wijze;</li> <li>○ werkt op effectieve en doelmatige wijze in teamverband samen en is zich hierbij bewust van de gevolgen van eigen handelen voor andere betrokken hulpverleners;</li> <li>○ stuurt collega kinderfysiotherapeuten (i.o.) aan;</li> <li>○ verwijst doeltreffend en doelmatig naar anderen indien de diagnose dan wel de behandeling daarom vraagt;</li> <li>○ betreft de argumenten van andere binnen het hulpverleningsproces betrokken professionele hulpverleners bij zijn afwegingen en neemt op doeltreffende en doelmatige wijze beredeneerde beslissingen;</li> <li>○ corrigeert zichzelf en anderen op de geëigende wijze binnen de geldende wet- en regelgeving;</li> <li>○ behoudt binnen de samenwerking met andere betrokken professionals de regie over het kinderfysiotherapeutisch handelen;</li> <li>○ stelt zich, in het geval van adolescenten met bijvoorbeeld een chronische aandoening, maximaal steunend op teneinde het transitieproces van kinderfysiotherapie naar (gespecialiseerde) fysiotherapie voor de betrokken adolescent en ouders/verzorgers optimaal te laten verlopen.</li> </ul>
<b>3.2</b>	<b>De kinderfysiotherapeut verricht intercollegiale consulten.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ zet zijn expertise in om collega's te adviseren;</li> <li>○ realiseert zich mogelijke belangenverstrengeling van verschillende partijen, weegt belangen van de betrokken partijen af en handelt daarnaar volgens de geldende wet- en regelgeving.</li> </ul>
<b>3.3</b>	<b>De kinderfysiotherapeut werkt samen met zorgverzekeraars.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ verwoordt en vertegenwoordigt het domein van de kinderfysiotherapie;</li> <li>○ werkt doelmatig en effectief samen en respecteert hierbij competenties en bevoegdheden van anderen;</li> <li>○ betreft de argumenten van zorgverzekeraars in het hulpverleningsproces, weegt deze argumenten en neemt op doelmatige en effectieve wijze beredeneerde beslissingen;</li> <li>○ verzamelt voor het hulpverleningsproces benodigde informatie bij zorgverzekeraars op de daartoe geëigende wijze en volgens geldende wet- en regelgeving;</li> <li>○ rapporteert zorgverzekeraars op de daartoe geëigende wijze en volgens geldende wet- en regelgeving;</li> <li>○ declareert bij zorgverzekeraars of bij ouders/verzorgers op de daartoe geëigende wijze en volgens geldende wet- en regelgeving;</li> <li>○ wisselt van gedachte en discussieert met zorgverzekeraars over de kwaliteit van kinderfysiotherapeutische hulpverlening en over aspecten van samenwerking.</li> </ul>
<b>3.4</b>	<b>De kinderfysiotherapeut werkt samen met maatschappelijke, overheidsinstanties en/of beroepsverenigingen.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ onderhoudt effectieve relaties met voor het hulpverleningsproces benodigde maatschappelijke instanties (waaronder patiëntenbelangenverenigingen) en overheidsinstanties;</li> <li>○ wisselt van gedachte en discussieert met maatschappelijke instanties (waaronder patiëntenbelangenverenigingen), overheidsinstanties en beroepsverenigingen over rechtmatigheid en kwaliteit van de hulpverlening;</li> <li>○ werkt samen met instanties ten behoeve van innovatieve processen binnen het vakgebied en de overige gezondheidszorg;</li> <li>○ gaat samenwerking aan met partners in en buiten de zorg om nieuwe mogelijkheden op de markt op het gebied van bewegen te vinden;</li> <li>○ kent de afwijkende wet- en regelgeving waarmee kinderen en jongeren, hun ouders/verzorgers te maken hebben en handelt daarnaar;</li> <li>○ kent de gevolgen van culturele diversiteit op het omgaan met wet- en regelgeving en de directe gevolgen die dit heeft op de behandelrelatie.</li> </ul>

<sup>n</sup> In de kinderfysiotherapie betreft dit veelal specifiek de jeugdgezondheidszorg.

<b>4</b>	<b>Kennis delen en wetenschap beoefenen.</b>
	De kinderfysiotherapeut levert een bijdrage aan de ontwikkeling van klinische expertise en gespecialiseerde kennis ( <i>body of knowledge</i> ) en aan wetenschappelijk onderzoek, kent de regels van <i>good clinical practice</i> en draagt bij aan de innovatie om nieuwe kennis en procedures te ontwikkelen en kennis te verspreiden. Deze competenties zijn geheel op EQF niveau 7 geschreven.
<b>4.1</b>	<b>De kinderfysiotherapeut bevordert de kennis van het kind en/of de ouders/verzorgers en/of andere betrokkenen, collegae en andere betrokken professionals en mantelzorgers.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ontwerpt strategieën ter bevordering van kennis;</li> <li>○ verzamelt, selecteert en ontwerpt voorlichtings- en instructiemateriaal;</li> <li>○ houdt voordrachten voor kinderen en de ouders/verzorgers, vakgenoten en/of anderen;</li> <li>○ publiceert voor kinderen en de ouders/verzorgers, vakgenoten en anderen;</li> <li>○ begeleidt stagiaires;</li> <li>○ voert leergesprekken;</li> <li>○ draagt verantwoordelijkheid voor het aansturen van de professionele ontwikkeling van anderen;</li> <li>○ geeft collega's en studenten feedback op hun handelen en professioneel gedrag;</li> <li>○ verzorgt kennisoverdracht over een specialistisch onderwerp;</li> <li>○ publiceert in (wetenschappelijke) vaktijdschriften of vakgerelateerde websites;</li> <li>○ levert bijdragen aan vakinhoudelijke congressen;</li> <li>○ functioneert als vraagbaak voor belendende beroepsgroepen en in patiënt- of doelgroepgebonden onderzoek.</li> </ul>
<b>4.2</b>	<b>De kinderfysiotherapeut draagt bij aan wetenschappelijk onderzoek.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ signaleert beperkingen van bestaande kennis in de beroepspraktijk en in het kennisdomein en brengt deze onder de aandacht van de wetenschap;</li> <li>○ levert in de beroepspraktijk en in het kennisdomein een bijdrage aan de (wetenschappelijke) oplossing van complexe problemen door gegevens te identificeren en te gebruiken;</li> <li>○ levert kritisch commentaar op onderzoeksvorstellen;</li> <li>○ levert een bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek met gebruikmaking van methodologische kennis en vaardigheden en specialistische kennis van het werk- of studiegebied;</li> <li>○ verzamelt op systematische wijze relevante klinische resultaten ten behoeve van bijvoorbeeld case reports;</li> <li>○ kan praktijkproblemen vertalen in termen van wetenschappelijke onderzoeksvragen;</li> <li>○ participeert onder begeleiding in wetenschappelijk onderzoek;</li> <li>○ verzamelt data voor wetenschappelijk en/of praktijkgericht onderzoek volgens geëigende normen en geldende wet- en regelgeving;</li> <li>○ levert data voor wetenschappelijk en/of praktijkgericht onderzoek volgens geëigende normen en geldende wet- en regelgeving;</li> <li>○ bewaakt bij deelname aan multidisciplinair onderzoek nauwgezet de interpretatie van de kinderfysiotherapeutische data en neemt hier verantwoordelijkheid voor;</li> <li>○ draagt bij aan innovatieprojecten.</li> </ul>
<b>4.3</b>	<b>De kinderfysiotherapeut past wetenschappelijke informatie kritisch toe.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ maakt gebruik van nieuwe kennis uit wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van het ontwikkelen van protocollen;</li> <li>○ beoordeelt de toegepaste methode in wetenschappelijk onderzoek kritisch;</li> <li>○ bepaalt de waarde van resultaten en conclusies uit onderzoek voor de eigen klinisch relevantie;</li> <li>○ vertaalt resultaten en conclusies naar de eigen klinische setting;</li> <li>○ verzamelt gegevens uit (internationale) wetenschappelijk literatuur;</li> <li>○ interpreteert gegevens uit (internationale) wetenschappelijke literatuur;</li> <li>○ past gegevens uit (internationale) wetenschappelijke literatuur toe in het kinderfysiotherapeutisch hulpverleningsproces volgens de principes van Evidence Based Practice;</li> <li>○ hanteert richtlijnen op kritische wijze.</li> </ul>
<b>4.4</b>	<b>De kinderfysiotherapeut vervult een voortrekkersrol in de innovatie en ontwikkeling van het beroep en het fysiotherapeutische handelen.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ontwerpt strategieën ter implementatie van nieuwe kennis;</li> <li>○ initieert innovatieprojecten;</li> <li>○ betreft belangrijke stakeholders bij de implementatie;</li> <li>○ stelt een implementatieplan op en voert dit uit;</li> <li>○ stelt protocollen op, op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten;</li> <li>○ heeft een actieve bijdrage aan de profilering en ontwikkeling van het beroep en de opleiding;</li> <li>○ heeft een actieve bijdrage aan de ontwikkeling van de beroepsvereniging.</li> </ul>
<b>4.5</b>	<b>De kinderfysiotherapeut ontwikkelt en voert een persoonlijk ontwikkelplan uit.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ draagt verantwoordelijkheid voor de eigen professionele ontwikkeling;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ geeft vrijwel autonoom sturing aan de eigen professionele ontwikkeling;</li> <li>○ reflecteert en evalueert aan de hand van eigen verwachtingen kritisch op het eigen handelen binnen het fysiotherapeutische hulpverleningsproces;</li> <li>○ vraagt aan anderen om feedback op het eigen reflectieproces;</li> <li>○ stelt kritische vragen over zijn professioneel handelen, gerelateerd aan door anderen eerder uitgesproken verwachtingen;</li> <li>○ stelt persoonlijke leerdoelen en kiest geschikte leerstrategieën.</li> </ul>
<b>5</b>	<b>Maatschappelijk handelen</b>
	De kinderfysiotherapeut weegt de belangen van het kind en/of de ouders/verzorgers in relatie tot de belangen van andere hulpvragers en maatschappelijke belangen. De kinderfysiotherapeut oefent op maatschappelijk verantwoorde wijze zijn beroep uit, waarbij factoren als duurzaamheid, beroepsethiek, juridisch kader en de sociaal-culturele context een rol spelen.
<b>5.1</b>	<b>De kinderfysiotherapeut herkent determinanten van ziekte en gezondheid.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ herkent en interpreteert factoren (die specifiek zijn voor kinderen en/of het domein van de jeugdgezondheidszorg) die de gezondheid van het kind beïnvloeden en betreft deze in zijn kinderfysiotherapeutisch handelen;</li> <li>○ is alert op risico's op ziekte of aandoeningen bij het kind (<i>case finding</i>).</li> </ul>
<b>5.2</b>	<b>De kinderfysiotherapeut bevordert de gezondheid van kinderen alsmede de volksgezondheid.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ neemt deel aan het maatschappelijk debat over gezondheid, hulpbehoevendheid, gezondheidszorg en kinderfysiotherapeutische hulpverlening vanuit meerdere perspectieven;</li> <li>○ draagt zorg voor een goede toegankelijkheid van de zorg en heeft daarbij oog voor het kosteneffect;</li> <li>○ draagt bij aan innovaties binnen de gezondheidszorg.</li> </ul>
<b>5.3</b>	<b>De kinderfysiotherapeut handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen en beroepscode.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ geeft er blijk van zich bewust te zijn deel uit te maken van een beroepsvereniging/beroepsgroep die de universele rechten van het kind onderschrijft;</li> <li>○ handelt met inachtneming van waarden en normen die voortkomen uit beroepscodes, het publieke domein en de geldende wet- en regelgeving, met toepassing van kennis uit het domein van de kinderfysiotherapie en de artikelen betreffende kinderen in de WGBO;</li> <li>○ handelt vanuit zijn juridische positie en vanuit de juridische positie van kinderen, waarin het beroepsgeheim ligt besloten.</li> </ul>
<b>5.4</b>	<b>De kinderfysiotherapeut treedt op bij negatieve effecten van hulpverlening en incidenten in de gezondheidszorg.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ onderkent eigen fouten, corrigeert en voorkomt herhaling;</li> <li>○ is alert, registreert en reageert adequaat op klachten;</li> <li>○ informeert het kind en/of de ouders/verzorgers over klachtprocedures en daarvoor geldende instanties;</li> <li>○ is alert op, herkent en meldt incidenten, fouten en misstanden in de gezondheidszorg op de juiste wijze volgens het geldende wettelijke kader (Inspectie voor de gezondheidszorg);</li> <li>○ is alert op en herkent aanwijzingen voor mishandeling en doet op de juiste wijze een melding volgens het geldende wettelijke kader.</li> </ul>



<b>6</b>	<b>Organiseren</b>
	Om als kinderfysiotherapeut doeltreffend en doelmatig te functioneren, spant de kinderfysiotherapeut zich in voor een goede organisatie van de jeugdgezondheidszorg in het algemeen en die van zijn eigen praktijkvoering in het bijzonder: als manager van zijn eigen werkzaamheden binnen de eigen praktijk en het eigen mono- of multidisciplinaire team, maar ook als die van anderen. De kinderfysiotherapeut organiseert het werk zodanig dat er een balans is tussen het beroepsmatig handelen en de behoefte aan verdere ontwikkeling van zichzelf en de organisatie.
<b>6.1</b>	<b>De kinderfysiotherapeut plant en organiseert zijn eigen werkzaamheden in afstemming met het kind en/of de ouders/verzorgers en collega's binnen dezelfde organisatie of binnen de zorgketen waarbinnen het kind wordt behandeld.</b>
	<p><b>De kinderfysiotherapeut:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ plant en organiseert zijn hulpverleningsproces rond het dagritme en weekprogramma van het kind;</li> <li>○ plant en organiseert zijn hulpverleningsproces met inachtneming van regels en bepalingen met betrekking tot het (co-)opvoederschap van beide biologische ouders/verzorgers;</li> <li>○ plant, organiseert en regisseert zijn hulpverleningsproces in termen van: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aanwezigheid en beschikbaarheid;</li> <li>▪ uitvoerbaarheid en geschiktheid;</li> <li>▪ doeltreffendheid en doelmatigheid;</li> <li>▪ geheimhouding en vertrouwelijkheid;</li> <li>▪ kostenbeheersing;</li> <li>▪ legitimiteit en legaliteit;</li> <li>▪ bedrijfsvoering;</li> </ul> </li> <li>○ zet middelen en medewerkers op efficiënte en doelmatige wijze in;</li> <li>○ formuleert realistische verwachtingen voor zichzelf om te komen tot een evenwichtige levensstijl;</li> <li>○ onderhoudt en verbetert zijn eigen deskundigheid.</li> </ul>
<b>6.2</b>	<b>De kinderfysiotherapeut werkt doeltreffend en doelmatig samen in interprofessionele netwerken.</b>
	<p>De kinderfysiotherapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ plant, organiseert en regisseert zijn eigen werk binnen een interprofessioneel netwerk (dat bestaat uit professionals die ook werkzaam zijn met de doelgroep van de kinderfysiotherapeut) in termen van: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aanwezigheid en beschikbaarheid;</li> <li>▪ uitvoerbaarheid en geschiktheid;</li> <li>▪ effectiviteit en doelmatigheid;</li> <li>▪ geheimhouding en vertrouwelijkheid;</li> <li>▪ kostenbeheersing;</li> <li>▪ legitimiteit en legaliteit;</li> <li>▪ bedrijfsvoering en praktijkmanagement;</li> <li>▪ bewaakt en innoveert deskundigheid binnen het interprofessioneel netwerk.</li> </ul> </li> </ul>
<b>6.3</b>	<b>De kinderfysiotherapeut werkt effectief en doelmatig binnen een (jeugd)gezondheidszorgorganisatie.</b>
	<p>De kinderfysiotherapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ neemt actief deel of geeft leiding aan een (multidisciplinair) team en past daarbij organisatie- en managementprincipes doelgericht toe;</li> <li>○ houdt rekening met basisprincipes van organisatie van gezondheidszorg;</li> <li>○ past principes van efficiënt vergaderen toe;</li> <li>○ draagt bij aan het kwaliteitsbeleid van de organisatie;</li> <li>○ geeft gevraagd of ongevraagd advies aan het managementteam;</li> <li>○ is actief betrokken bij het ontwikkelen van het inhoudelijke beleid.</li> </ul>

<b>7</b>	<b>Professioneel handelen</b>
	De kinderfysiotherapeut levert hoogstaande zorg op een integere, oprechte en betrokken wijze. Hij neemt verantwoordelijkheid voor zijn handelen en bewaart weloverwogen een balans tussen persoonlijke en professionele rollen. Hij werkt kindgericht en doelgericht, hij kent de grenzen van zijn competenties en handelt daarbinnen of schakelt andere deskundigen in. Hij stelt zich toetsbaar op. Hij onderkent ethische dilemma's, heeft inzicht in ethische normen en houdt zich aan de wetgeving.
<b>7.1</b>	<b>De kinderfysiotherapeut toont zich in de relatie met het kind en/of de ouders/verzorgers een professionele hulpverlener.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ is betrokken bij het welzijn van het kind, hetgeen zich uit in een begripvolle en empathische houding naar het kind en/of de ouders/verzorgers en houdt daarbij rekening met culturele diversiteit;</li> <li>○ waarborgt waar het in zijn vermogen ligt de sociale veiligheid van het kind of de adolescent;</li> <li>○ toont zich vakbekwaam, aandachtig, ontvankelijk en gewetensvol;</li> <li>○ handelt methodisch, expliciet en doelmatig;</li> <li>○ registreert en verzorgt verslaglegging;</li> <li>○ respecteert de grenzen van zijn beroepsdomein;</li> <li>○ draagt verantwoordelijkheid en is daarop aanspreekbaar.</li> </ul>
<b>7.2</b>	<b>De kinderfysiotherapeut toont zich binnen interprofessionele relaties een professionele hulpverlener.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ toont zich vakbekwaam, aandachtig, ontvankelijk en gewetensvol;</li> <li>○ handelt methodisch, expliciet en doelmatig;</li> <li>○ registreert en verzorgt verslaglegging;</li> <li>○ draagt verantwoordelijkheid en is daarop aanspreekbaar.</li> </ul>
<b>7.3</b>	<b>De kinderfysiotherapeut toont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag..</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ is zich actief bewust van de dubbele afhankelijkheidsrelatie die een kind/adolescent heeft (hulpvrager én minderjarige) en van het gedrag dat daarbij van hem als professionele hulpverlener gevraagd wordt;</li> <li>○ is moreel gevoelig en toont morele gevoeligheid;</li> <li>○ fundeert en legitimeert zijn morele afwegingen;</li> <li>○ vraagt anderen om kritische toetsing van zijn morele afwegingen;</li> <li>○ stelt zich bij het gepresenteerde gezondheidsprobleem de vraag wat hier 'goed doen' is en relateert zijn antwoord aan belangen van het kind, zijn eigen belangen, de belangen van bij het kind betrokken anderen en maatschappelijke belangen;</li> <li>○ draagt en toont verantwoordelijkheid voor morele afwegingen.</li> </ul>
<b>7.4</b>	<b>De kinderfysiotherapeut oefent het beroep uit naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep.</b>
	De kinderfysiotherapeut: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ houdt zich aan de juridische, ethische en medische gedragsregels;</li> <li>○ herkent ethische dilemma's;</li> <li>○ herkent en reageert op onprofessioneel gedrag;</li> <li>○ neemt de speciale regels en conventies voor kinderen en de (jeugd)gezondheidszorg in acht;</li> <li>○ herkent signalen van pedagogisch onvermogen, mishandeling en verwaarlozing bij het kind (of de ouders/verzorgers) en handelt volgens de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.</li> </ul>

## Colofon Projectleden Beroepsprofiel NVFK

### Colofon Projectleden Beroepsprofiel NVFK

#### Opdrachtgevers

Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie (NVFK)

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

#### Projectleiding werkgroep NVFK

drs. J. Hoekstra, extern projectleider HO-Extra

W.J.M. Stevens MRes, bestuurslid NVFK (tot december 2012)

dr. J.A.A.M. Overvelde, bestuurslid NVFK (vanaf december 2012)

dr. J. van der Net, voorzitter NVFK

#### Werkgroep NVFK

dr. A.J.W.M. Janssen, persoonlijke titel, auteur

W.J.M. Stevens MRes, persoonlijke titel, auteur

B.D. Kölzer MSc, persoonlijke titel, auteur

drs. P. Nijmolen, vertegenwoordiger bestuur NVFK, persoonlijke titel

dr. J.A.A.M. Overvelde, vertegenwoordiger bestuur NVFK, persoonlijke titel

#### Klankbordgroep

D.C.M. Douma-van Riet, persoonlijke titel

drs. I.H.F. Duiser, kerndocent masteropleiding Kinderfysiotherapie, Rotterdam

prof. dr. R.H.H. Engelbert, persoonlijke titel

dr. J. van der Net, voorzitter NVFK

prof. dr. M.W.G. Nijhuis-van der Sanden, persoonlijke titel

dr. J. Nuysink, coördinator masteropleiding Kinderfysiotherapie, Utrecht

dr. E.A.A. Rameckers, coördinator masteropleiding Kinderfysiotherapie, Breda

dr. L.A. van Vlimmeren, persoonlijke titel

R.W. Wong Chung MSc, persoonlijke titel

#### Redactie

drs. J. Hoekstra, HO-Extra

M.R. Kruyswijk, fysiotherapeut (niet praktiserend), Tertius - Redactie en organisatie

Dit profiel is tot stand gekomen in samenwerking met de leden van de projectorganisatie Beroepsprofiel Fysiotherapeut en de projectgroepleden van de Beroepsinhoudelijke verenigingen Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG), Vereniging voor Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie (VHVL), Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT) en Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en Pre- en Postpartum Gezondheidszorg (NVFB).