

31/1/2013



DE GROEI VAN HET KIND IN DE FYSIOTHERAPIE

DE OPRICHTING VAN DE NVFK EN DE KINDERFYSIOTHERAPIE

IN OPDRACHT VAN
STICHTING GESCHIEDENIS FYSIOTHERAPIE
&
HOGESCHOOL VAN AMSTERDAM
OPLEIDING FYSIOTHERAPIE
AMSTERDAM, JANUARI 2013

“DE GROEI VAN HET KIND IN DE FYSIOTHERAPIE”

DOOR: MYRNA ELSTRODT EN NOORTJE NOLTE

VOORWOORD

In opdracht van de Stichting Geschiedenis van Fysiotherapie hebben wij, Noortje Nolte en Myrna Elstrod, de historie en ontwikkeling van een (zelfgekozen) onderwerp op het gebied van fysiotherapie in kaart gebracht.

Deze beroepsopdracht is gerealiseerd in de periode van september 2012 tot en met januari 2013.

Wij hebben gekozen voor een onderwerp in de kinderysiotherapie. Wij hebben beiden de minor Kinderen gevolgd aan de Hogeschool van Amsterdam (HvA) en kinderen blijven ons interesseren. Hoewel kinderen al werden behandeld door de allereerste beroepsgegoten is de aandacht pas in de jaren '70 geconcentreerd door de oprichting van een opleiding met als gevolg een vereniging. Deze had als belangrijkste wens: aandacht voor deze bijzondere doelgroep en steun voor de fysiotherapeuten die zich met kinderen bezig houden. Hierdoor raakte wij geïnteresseerd en kwamen met volgende hoofdvraag:

“Wat was de aanleiding van de oprichting van de vereniging voor kinderysiotherapie in Nederland?”.

Deze beroepsopdracht is gebaseerd op literatuur, notulen van vergaderingen en interviews van de personen die betrokken zijn geweest bij deze oprichting.

Wij willen de volgende mensen bedanken voor alle hulp en aandacht die zij hebben gegeven aan het realiseren van deze beroepsopdracht:

Dr. Ron van Empelen,
Betty van Goor,
Dr. Laila de Groot,
Prof. Dr. Paul Helders,
Marloes van der Horst MSc,
Prof. Dr. Ria Nijhuis,
Anneloes Overvelde MRes,
Regina Ram-de Ridder,
Alexander van Reeuwijk,
Wim Schoemans MA, MSc,
Greet Wagemaker.

En in het bijzonder: Dr. Petra van Schie, dankzij haar enthousiasme is deze beroepsopdracht een leuk en bijzonder project geweest. Wij zijn haar erg dankbaar voor alle hulp die zij geboden heeft en voor alle bijzondere personen die wij dankzij haar hebben mogen ontmoeten.

Namens ons, veel plezier met het lezen.

Noortje Nolte en Myrna Elstrod
Studenten Fysiotherapie
Hogeschool van Amsterdam

SAMENVATTING

In deze scriptie is een weergave gegeven van het ontstaan en de ontwikkeling van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en jeugdgezondheidszorg (NVFK) en de daarbij behorende aspecten. Als tijdsbestek is gekozen voor de periode 1850 tot heden, omdat de heilgymnastiek zich begon te ontwikkelen vanaf 1850 en de vereniging NVFK tot op heden bestaat.

In het midden van de negentiende eeuw kwam er meer aandacht voor de medische gymnastiek. Deze gymnastiek werd door verschillende medici gezien als een belangrijk algemeen hygiënisch en pedagogisch opvoedmiddel. Zij zagen een connectie tussen het verbeteren van de fysieke conditie en het behoeden van kinderen voor allerlei afwijkingen en ziekmakende invloeden (Terlouw et al, 1992). Toen de Wet op het lagere onderwijs 1857 gymnastiek verplichtte op de lagere school en het middelbaar onderwijs kwam de leraar medisch opgeleid-gymnastiek tot stand. In 1889 namen J.H. Reijs en E. Minkman het initiatief om een belangenvereniging voor heilgymnasten op te richten: Het Genootschap ter beoefening van de Heilgymnastiek in Nederland. In 1965 werd de naam van de opleiding tot Heilgymnast vervangen door de opleiding tot Fysiotherapeut. Hoewel de opleiding tot kinderfysiotherapeut pas in 1984 tot stand kwam, waren daarvoor al fysiotherapeuten en heilgymnasten die alleen kinderen behandelden. Zij deelden de visie dat kinderen anders benaderd en behandeld moesten worden dan volwassenen. Deze groep bestond onder andere uit Paul Helders, Joop Bartholomeus, Ron van Empelen, Rineke Veentjer en Truusje Vrij. Deze groep kwam in mei 1979 samen en stelde in een periode van 5 jaar een curriculum op. De kennis die zij hadden opgedaan in verschillende werkgroepen wilden zij delen met andere toekomstige kinderfysiotherapeuten. In deze werkgroepen werden casuïstiek en literatuur besproken, waarbij voornamelijk werd uitgegaan van één bepaalde behandelmethode of aandoening. Tijdens de oprichting van de opleiding tot kinderfysiotherapeut werd geconcludeerd dat de kinderfysiotherapeut steun nodig had door middel van een vereniging. Dit omdat er een selecte groep nodig was om te communiceren met de NGF en de zorgverzekeraars. Een vereniging was het meest voor de hand liggend aangezien deze een doel zonder winstoogmerk verwezelijkt door samenwerking van leden en een stichting een doel verwezelijkt door middel van een vermogen zonder leden. De oprichters van de opleiding brachten uiteindelijk een definitief bestuur voor een vereniging tot stand met Will Imandt als voorzitter.

Het bestuur van de NVFK heeft in de jaren '80 de vereniging geïntroduceerd bij het, destijds nog, Nederlands Genootschap Fysiotherapie (NGF). De NVFK en de NGF hebben in overleg een criterium opgesteld waar elke kinderfysiotherapeut aan moest voldoen. Dit hield in dat een kinderfysiotherapeut de opleiding gevolgd moest hebben of een combinatie van een aantal cursussen. In de jaren '90 heeft het NGF Kinderfysiotherapie tot specialisme uitgeroepen en kregen Kinderfysiotherapeuten een eigen functie- en beroepsomschrijving met een bijpassend tarief. Sinds september 2007 is de opleiding tot Kinderfysiotherapeut een masteropleiding. Vanaf 2015 kunnen alleen nog kinderfysiotherapeuten met een masterdiploma zich kunnen inschrijven voor het kwaliteitsregister kinderfysiotherapeut.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	3
Samenvatting.....	4
Inhoudsopgave	5
Inleiding	6
Kinderen in het verleden.....	7
Een eeuw vol veranderingen.....	10
Discussie	17
Conclusie	18
Verantwoording	19
Bijlage 1	20
Bijlage 2	29
Literatuurlijst	30

INLEIDING

Sinds de oprichting van het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF) in 1889 zijn er in totaal 13 specialisaties binnen de vereniging opgericht (KNGF, 2012). De Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kind- Jeugdgezondheidszorg (NVFK) is een van deze specialisaties en is opgericht in 1985 (NVFK, 2012).

Onze hoofdvraag van deze beroepsopdracht: “Wat was de aanleiding van de oprichting van de vereniging voor kindfysiotherapie in Nederland?”. Aangezien beroepsgenoten al in de 18^e eeuw kinderen behandelden stelden wij ons de vraag waarom pas halverwege de 19^e eeuw deze stap is genomen. In deze beroepsopdracht staat beschreven hoe dit proces is verlopen. Er wordt beschreven hoe de kindfysiotherapie zijn intrede heeft gedaan in de fysiotherapie, welke therapeuten bij de oprichting van de opleiding en de vereniging betrokken zijn geweest. Zo zal duidelijk worden dat de oprichting van de vereniging en de opzet van de opleiding niet van elkaar te scheiden zijn. Beiden zijn in eerste instantie opgericht door hetzelfde bestuur en zijn in dezelfde periode opgestart.

Als tijdsbestek is gekozen voor de periode 1850 tot heden, omdat de heilgymnastiek zich begon te ontwikkelen vanaf 1850 en de vereniging NVFK tot op heden bestaat. De ontwikkeling van de opleiding en vereniging in deze scriptie is gebaseerd op ervaringen en uitspraken van enkele oprichters en omringende personen. Als naslagwerk zijn de notulen van de stuurgroep fysiotherapie en de MBD werkgroep regio Arnhem gebruikt samen met informatie uit literatuur. De oprichting is sinds de oprichting van 40 jaar geleden nooit gedocumenteerd. Deze beroepsopdracht geeft geen zekerheid dat alles in dit verslag het volledige verhaal is. In verband met de korte tijdsbesteding hebben wij niet iedereen kunnen spreken. Maar door meerdere betrokkenen te interviewen hebben we geprobeerd het verhaal zoveel mogelijk naar boven te brengen.

KINDEREN IN HET VERLEDEN

1. HEILGYMNASTIEK

In het midden van de negentiende eeuw kwam er meer aandacht voor de medische gymnastiek. Dit kwam door een kleine groep medici die ook wel hygiënisten werden genoemd. Deze medici pleitten voor zowel een betere openbare hygiëne als een persoonlijke hygiëne. Gymnastiek werd door hen gezien als een belangrijk algemeen hygiënisch en pedagogisch opvoedmiddel. Zij zagen een connectie tussen het verbeteren van de fysieke conditie en het behoeden van kinderen voor allerlei afwijkingen en ziekmakende invloeden. De stap van pedagogische gymnastiek naar medische gymnastiek is het begin geweest van de fysiotherapie die wij op dit moment kennen. Op de gymnastiekschool van 'de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen' in Amsterdam werd door onder andere hygiënist Gerard A.N. Allebé de medische gymnastiek toegepast bij armlastige kinderen met houdingsafwijkingen (Terlouw, Lankhorst, 1992). Aangezien de gymnastiekonderwijzers veelal belast werden bij de uitoefening van de medische gymnastiek werden deze ook opgeleid tot hygiënist. Justus L. Dusseau is als eerste Nederlandse hygiënist richting Scandinavië gereisd om kennis te maken met de daar toegepaste medische gymnastiek. In de jaren vijftig bleek de interesse in de medische gymnastiek steeds meer te groeien en werd er meer kennis opgedaan in het buitenland. Omdat deze medici goed vertegenwoordigd waren in de redactie bij vaktijdschriften werden deze ontwikkelingen allemaal gedocumenteerd. Aangezien er geen opleidingsplaatsen, goede leermeesters en deugdelijke onderwijsmethoden waren konden de verschillende 'gymnastiekmeesters' zich via de vaktijdschriften van de medici scholen. Zo behandelde C.A.J. de Gruijter bijvoorbeeld sinds 1854 mensen met aandoeningen als scheefheid, congesties en hoofdpijn, contracturen, stoelgangproblematiek en problemen met menstruatie evenals neusbloedingen.

De totstandkoming van de Wet op het lager onderwijs en de Wet houdende regeling van het middelbaar onderwijs was van groot belang voor de ontwikkeling van de medische gymnastiek. In deze wetten werd gymnastiek als verplicht vak gesteld (Conrad, Verweij, 1977). Daarnaast werd een examen ingevoerd waarbij bevoegdheid werd afgegeven voor het geven van dit onderwijs, hierdoor kwam de leraar medisch opgeleide-gymnastiek tot stand. Dit bracht een opmars van gymnastiekvakleerkrachten met zich mee, die vanaf de jaren zestig veelal werd aangeduid als 'heiligymnastiek'. Hoe meer dit vak zich ontwikkelde, hoe meer ze werden onder- en erkend door het publiek en de medici. Naast het praktiseren van het vak trachtten de heiligymnasten door studiereizen, zelfstudie en bezoeken aan collegae in binnen- en buitenland hun ervaring en kennis te vergroten. In de jaren 1870 tot 1890 bracht J.G. Milo enige boeken en brochures evenals verscheidene artikelen uit over de toepassing van heiligymnastiek (J.G. Milo, 1879). In de medische en gymnastiek-vaktijdschriften bleek dat het praktiseren van de heiligymnastiek meer aan de Nederlandse gymnastiekleraren was besteed dan aan de Nederlandse medici. Er was wel een samenwerking tussen beide partijen, maar deze was voornamelijk theoretisch: adviseren, controleren en evalueren. De redacties van medische tijdschriften waren tot ongeveer 1880 positief over de activiteiten van de gymnastiekvakleerkrachten betreffende de heiligymnastiek. In de loop van 1880 werd vanuit belangenorganisaties, besloten dat het wellicht beter was om heiligymnastiek officieel los te koppelen van de gymnastiek.

In 1889 nam J.H. Reijs en E. Minkman het initiatief om een belangenvereniging voor heiligymnasten op te richten: Het Genootschap ter beoefening van de Heiligymnastiek in Nederland (Terlouw, 1994). Dit initiatief kwam voornamelijk tot stand doordat de overheid zich afzijdig hield van de ontwikkeling binnen de heiligymnastiek. Daarbij kregen de heiligymnasten veel kritiek van de medici op hun, veelal noodgedwongen, zelfstandige optreden. De medici vonden dat de heiligymnasten niet over voldoende kennis beschikten om zelfstandig te functioneren. Echter was er geen gedegen opleiding of forum voor de heiligymnasten om tot uitwisseling te komen van ervaringen en kennis. Het doel van het Genootschap was dan ook het verhogen van kunde en kennis van de heiligymnast en het

verbeteren van de relatie met de medici. Het eerste wat hiervoor gedaan moest worden was een opleiding opstarten. Tevens wilde men door demonstraties, prijsvragen en voordrachten het kennisniveau van de leden van het Genootschap verhogen. Betreffende het verbeteren van de relatie met de medici werd er vast gehouden dat alleen patiënten behandeld mochten worden door de heilgymnast na goedkeuring van de medici. Mede vanwege de toevloed van in hun ogen 'ongeschikte' heilgymnasten werd de overheid gevraagd een regeling te treffen. De leden van het Genootschap wilden wettelijke erkenning van hun expertise en activiteiten op het gebied van de heilgymnastiek en wensten een staatsexamen met staatsdiploma. Dit alles werd relatief positief ontvangen door de medici.

2. KINDERREVALIDATIECENTRA

Sinds de oprichting van de Vereniging van Gebrekkige en Mismaakte Kinderen in Nederland in 1899 was het eerste kinderrevalidatiecentrum in 1900 een feit, dit was het Eerste Tehuis voor Gebrekkige en Mismaakte kinderen. Johanna van Ness werkte samen met dr. W. Renssen en D. Disselhof om dit tehuis op te zetten. Dit tehuis was in Nederland de eerste instelling voor lichamelijk gehandicapte kinderen waarbij de kinderen naast verpleegd en behandeld werden, ook werden opgevoed en opgeleid. Johanna van Ness was een zuster en zij had eerder al de leiding in het Nederduits Hervormd Diaconessenhuis dat onder haar leiding succesvol werd.

Het Eerste Tehuis voor Gebrekkige en Mismaakte kinderen in Arnhem was bestemd voor lichamelijk gehandicapte kinderen tussen de 3 en 15 jaar die niet doofstom of blind waren. Als eerste patiënten kwamen twee jongens binnen waarvan er een verlamd en een verkramp was.

In 1902 werd het huis omgedoopt tot de Johanna Stichting, genoemd naar een van de oprichters: Johanna van Ness. Johanna van Ness stapte in 1902 uit het bestuur en zij overleed in 1909. De stichting is tegenwoordig bekend als het Johanna KinderFonds. Na de oprichting van de Johannastichting is het Johanna Kinderfonds verder gegaan als vermogensfonds ter ondersteuning van projecten die gerelateerd zijn aan de opvoeding en verzorging van gehandicapte kinderen (Pelzers, 2008). In 1992 heeft er een fusie plaats gevonden tussen drie regionale revalidatie-centra. De Johanna stichting, Klimmendaal en Bio kinderrevalidatie (Groot klimmendaal, 2011).

Na de oprichting van de Johanna Stichting volgde nog een stichting, de Adriaanstichting te Rotterdam. Deze opende in 1914 haar deuren voor kinderen met een handicap. De Stichting was opgericht door Maria Johanna de Monchy. Zij vernoemde deze stichting naar haar vader: Adriaan de Monchy. Deze stichting was bedoeld voor gehandicapte kinderen, waar werd gewerkt om de kinderen zo zelfstandig mogelijk te maken door onderwijs te geven. Net na de oorlog in 1919 overleden de meeste kinderen aan de Spaanse Griep. In 1919 hadden er in dat jaar 70 kinderen op de afdeling gelegen. De revalidatie valt tegenwoordig onder de naam Rijndam Revalidatiecentrum (KFA, 2012).

Na de oprichting van de Adriaanstichting volgde nog een vereniging; de Vereniging voor Misvormden. Deze vereniging werd in 1919 opgericht en in 1929 werd de Anna kliniek in Leiden opgericht. De kliniek is vernoemd naar Anna Groll, die samen met orthopedisch chirurg Murk Jansen de vereniging heeft opgezet. De kliniek lag nabij het Leidse Academisch Ziekenhuis, waarbij de mogelijkheid was voor onderwijs aan aankomende orthopedisch chirurgen. De kliniek telde 70 bedden en had ook een werkplaats voor protheses en schoeisel. In 2010 is de naam veranderd in Stichting Anna Fonds/Nederlands Orthopedisch Research and Educatie Fonds. De stichting houdt zich sinds 1990 bezig met het subsidiëren van proefschriften, buitenlandse stages en wetenschappelijk onderzoek (Anna Fonds, 2011).

1. KINDERZIEKENHUIZEN

Het allereerste kinderziekenhuis dat haar deuren opende, was het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam het jaar 1863. Dit ziekenhuis was door een particuliere stichting opgezet en was bedoeld voor kinderen die uit een arm gezin kwamen.

Het Emma Ziekenhuis in Amsterdam nam het voorbeeld over en volgde in 1865. Het Emma Kinderziekenhuis was door de stichting Kinderziekenhuis tot stand gebracht. Het ziekenhuis kreeg in 1899 naam van prinses Emma.

In 1885 volgde ook het Juliana kinderziekenhuis in Den Haag met slechts 6 bedden en een wieg. Dit bleek al spoedig te weinig, dus werd er een nieuw gebouw geopend in 1929 aan de Dr. Van Weelylaan (Juliana kinderziekenhuis, 2012).

Het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht opende in 1888 haar deuren (WKZ, 2012). Het eerste ziekenhuis begon aan de Oude Kerkstraat 28-30, maar 10 jaar later verhuisde het ziekenhuis alweer naar een andere locatie, namelijk naar de Nieuwegracht 137 te Utrecht. Ook hier werd geld ingezameld door giften van burgers en door lokale liefdadigheidsevenementen. De bestuursleden van de Vereeniging Kinderziekenhuis wilden het ziekenhuis vernoemen naar prinses Wilhelmina en zij vroegen toestemming aan koningin Emma. Na de verhuizing naar de Nieuwegracht in Utrecht, was het ziekenhuis officieel benoemd tot het Wilhelmina Kinderziekenhuis.

Tot aan begin jaren '70 werden patiënten behandeld door fysiotherapeuten uit een particuliere praktijk. Het toenmalig bestuur van het WKZ wilde dit gaan veranderen, en zij wilden dat kinderfysiotherapie ook een afdeling werd van het ziekenhuis. Onder leiding van Paul Helders als afdelingshoofd, ging de afdeling in 1975 van start. Er werkten eerst twee fysiotherapeuten, maar al snel werd dit vergroot naar vier fysiotherapeuten eind 1975. (Netchild, 2005)

EEN EEUW VOL VERANDERINGEN

1. 1900-1970

In 1912 werd aan de opleiding Jan van Essen te Amsterdam de eerste Vakschool geopend in Heilgymnastiek en Massage. In de loop van de jaren ontstonden in Amsterdam drie opleidingen Fysiotherapie: Jan van Essen, Leffelaar en Stichting Academie Fysiotherapie Amsterdam (SAFA)(SGF, 2012). In 1965 werd de opleiding tot Heilgymnast vervangen door de opleiding tot Fysiotherapeut.

2. 1970-1990

VAN FYSIOTHERAPEUT NAAR KINDERFYSIOTHERAPEUT

In 1971 studeerden de eerste groep officiële fysiotherapeuten af van de SAFA. Hiervoor bestond alleen de opleiding heilgymnastiek en massage. In deze eerste groep zaten al fysiotherapeuten die graag met kinderen wilden gaan werken, waaronder Ron van Empelen en Paul Helders. In die tijd kon men in verschillende kinderrevalidatiecentra of ziekenhuizen werken zonder specifieke opleiding tot kinderrfysiotherapeut, want die bestond op dat moment nog niet.

Op dat moment was er nog niets bekend over het verschil tussen het behandelen van kinderen en volwassenen in het studieprogramma, kinderen werden namelijk nog gezien als klein volwassenen. Echter liepen een aantal personen die veel met kinderen werkten wel tegen een aantal zaken aan. Prof. Dr. Paul Helders: “In 1975 ben ik begonnen in het WKZ, daarvoor werkte ik op een kinderafdeling. Een kinderziekenhuis is anders dan een kinderafdeling. Op de kinderafdelingen lagen kinderen die het niet zo lekker deden, maar geen kinderen met harde pathologieën. Ik kwam in het WKZ in aanraking met harde pathologieën: reuma, tumoren enzovoorts. Ik realiseerde mij dat ik niks van kinderen af wist. Ik ben toen ten raden te gaan bij de kindergeneeskundigen, om te vragen hoe zij dit nou deden. Toen heb ik contact gezocht met Truusje Vrij en Rineke Veentjer van de andere academische ziekenhuizen in Leiden en Rotterdam. Ook hebben wij toen Ron van Empelen benaderd, die toen in Nijmegen zat. Er waren namelijk allemaal verschillende groepjes, een groepje MBD, CF of een sensomotoriek groepje, die niets met elkaar hadden en niets met elkaar deden. Ik dacht dit kan toch niet zo. Toen ben ik 1978 naar Canada gegaan naar het grootste kinderziekenhuis ter wereld met 960 kinderen. Ik heb bij iedere afdeling 2 dagen heel intensief gelopen en daar in 2 weken meer van geleerd dan 6 jaar in Nederland. Er werd mij verteld dat kinderen allemaal gemeenschappelijke kenmerken hadden, namelijk ontwikkeling. Het draait om een kind MET reuma, en geen reumakind.”

HOE ZAG HET VOOR DE JAREN '80 ERUIT ALS KINDERFYSIOTHERAPEUT?

Greet Wagemaker: “Eerstelijners waren vaak vrouwen in hun achterkamertje die het leuk vonden om met kinderen te werken, dit was zo rond de jaren '70 en jaren '80. Ik ben rond 1974 met kinderen gaan werken, eerst in instellingen en in een revalidatiecentrum. Daarna ben ik met 4 andere vrouwen een vrouwenmaatschap begonnen en hebben wij een praktijk voor kinderrfysiotherapie opgezet. Dit was een van de eerste praktijken voor kinderrfysiotherapie geloof ik. Ik heb nog op de opleiding van Paul Helders verteld hoe het werk in de eerste lijn eruit ziet”.

In de jaren '70 waren er een aantal werkgroepen voor fysiotherapeuten die gericht waren op het behandelen van kinderen volgens een bepaalde methode of aandoening, zoals werkgroep Spina Bifida, Cystic Fibrosis (CF), NDT, sensomotoriek etc. In deze werkgroepen werden ervaringen gedeeld vanuit het werkveld en volgden zij allen cursussen die met hun werkgroep te maken had. Dit waren de 'kinderrfysiotherapeuten' van die tijd. Zij handelden volgens bepaalde methodiek en theorieën, deze waren toen niet altijd wetenschappelijk onderbouwd. Deze werkgroepen hadden weinig tot geen contact met elkaar dus de kennis die er in elke werkgroep was, werd niet met een andere groep

gedeeld. De Minimal Brain Disfunction (MBD) werkgroep was de enige die erkend was door het NGF, deze was in 1979 opgericht en bestond in verschillende regio's. Uit de notulen van de MBD werkgroep Arnhem van 1980 blijkt dat het genootschap met de verzekeringen aan het onderhandelen was over de vergoeding van MBD kinderen. De MBD werkgroep kwam eens per maand samen en vergaderden over actuele zaken binnen het NGF en later ook over de opleiding kinderfysiotherapie.

Dat mensen zomaar kinderen konden 'behandelen' door een aantal cursussen te volgen zonder wetenschappelijke onderbouwing, is tegenwoordig onvoorstelbaar voor de fysiotherapeuten van nu. Helden: "Als iemand weer een nieuwe behandelmethodede had verzonnen, bijvoorbeeld methode Marsman, dan wilde iedereen in ene die methode kennen. Deze man bouwde dan zijn garage om zodat daar die cursus gegeven kon worden en er was niemand die naar de onderbouwing van zijn cursus vroeg".

Dr. Ron van Empelen: " Begin jaren '70 ging bijvoorbeeld iedereen in ene sensomotorische training volgen, dit werd groots. De Oseretzky test werd bijvoorbeeld veel gebruikt, maar bleek na verdieping eigenlijk zeer zwak te zijn. Moet je je voorstellen dat je binnen je eigen club op een gegeven moment gaat zeggen dat de test die we doen, eigenlijk helemaal niet goed is. Want die voldoet niet aan de wetenschappelijke eisen, zoals jullie nu op de opleiding leren".

VAN STUURGROEP NAAR DEFINITIEF BESTUUR

EERSTE STUURGROEP

In 1976 was er een studiedag van de Bond Ouders Spastische Kinderen (BOSK). Tijdens deze studiedag waren een aantal honderden fysiotherapeuten, die allen veel met kinderen werkten, het ermee eens dat er een bundeling moest komen van de mensen die met kinderen werkten en dat de kennis hierover gedeeld moest worden. Het initiatief kwam vanuit het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ) Utrecht onder leiding van Paul Helden. Paul Helden wilde dat de vier academische kinderklinieken Utrecht, Leiden en Rotterdam gingen nadenken hoe zij ervoor konden zorgen dat het vak kinderfysiotherapie meer erkenning zou krijgen. Hij benaderde hiervoor Rineke Veentjer, Truusje Vrij en later ook Ron van Empelen die toen nog in Nijmegen zat.

In 1979 werd er een congres georganiseerd over het kind vanuit het Nederlands Genootschap Fysiotherapie (NGF). Hieruit is een stuurgroep kinderfysiotherapie ontstaan die ervoor moest zorgen dat de verschillende werkgroepen, die op dat moment bestonden, zich bundelden. Deze stuurgroep bestond uit Ron van Empelen (voorzitter), Paul Helden (secretaris), Truusje Vrij (lid). In de stuurgroep zaten tevens Rineke Veentjer, Jacques Cloin en Els van Petegem namens de verschillende werkgroepen.

In augustus 1980 werd een ad-hoc commissie opgesteld vanuit de stuurgroep. De taak van deze ad-hoc commissie was het sturen van de verschillende werkgroepen naar een overkoepelende werkgroep voor het kind. De ad-hoc commissie bestond uit: Joop Bartholomeus, Ron van Empelen, Truusje Vrij, Paul Helden, Rineke Veentjer, Els van Petegem en Tiny Boerma. De ad-hoc commissie vroeg de werkgroepen om mee te denken wat er nodig was in het curriculum van de opleiding. Uit de notule 7-1-1982 (MBD, 1982) blijkt dat er terughoudend werd gedacht over de opleiding. Men wist niet wat de gevolgen zouden zijn voor bestaande cursussen en methodiek. De MBD werkgroep regio Arnhem vroeg zich af of er behoefte was in het werkveld aan een algemene opleiding tot kinderfysiotherapeut. Uit een brief aan de stuurgroep vanuit de MBD werkgroep regio Arnhem werd onder andere geschreven:

Volgens de MBD werkgroep is de kinderfysiotherapeut in de algemene zin niet vindbaar. Ideeën voor de opzet van de opleiding vanuit de MBD werkgroep:

Algemene kinderfysiotherapie

Dat gedeelte van het vak dat voor iedereen die werkt met kinderen aan kennis, inzicht en vaardigheid van belang is.

Algemene ondersteunende vakken

Bijdrage van andere inhoudsdeskundigen buiten de fysiotherapie, waarvan kennis inzicht en toepassing noodzakelijk is voor alle fysiotherapeuten binnen de kinderfysiotherapie.

Speciale kinderfysiotherapie

Bv kennis, inzicht en vaardigheden bij begeleiding van kinderen met een klinisch syndroom ,of kinderen met orthopedische afwijkingen, of kinderen met spierdystrofie of stofwisselingsstoornissen.

Speciale ondersteunende vakken

Bv kinderen met MBD, leerpsychologie, kinderen met orthopedische afwijkingen orthesiologie enz.

Volgens werkgroep MBD regio Arnhem was dit de optimale opleiding waarin er meer motivatie en diepgang zou zijn door de toevoeging van deelvakken. Zij refereerden naar de middelbare scholen waarin het systeem met deelvakken ook werd gebruikt (MBD werkgroep, 1983).

Op 6 juli 1982 was er de allereerste vergadering waarbij de huidige stuurgroep als voorlopig bestuur zou optreden. Tijdens de vergadering werd er besproken dat de vereniging pas gestalte zou kunnen krijgen wanneer de eerste kinderfysiotherapeuten van de opleiding in Utrecht afstudeerden. Hier waren discussies over, aangezien veel mensen de vereniging los van de opleiding Utrecht wilden zien. Het eerste idee was dat iedereen die vanaf de opleiding zou afstuderen, automatisch lid werd van de vereniging. Men kon ook alleen lid worden van de vereniging indien zij dus de opleiding Utrecht hadden gevolgd. Hier kwam veel opstand vanuit het land aangezien veel mensen vonden dat de vereniging een onafhankelijke instelling moest zijn en niet gebonden aan een opleiding.

Het voorlopig bestuur trok 3 jaar uit in aanloop tot de definitieve vereniging. Tijdens deze periode zou het bestuur van de vereniging in oprichting zich gaan beraden over zijn belang voor de leden. In 1982 werd er veel gesproken met de werkgroepen en werd er een landelijke informatiedag georganiseerd waarin leden van de werkgroepen discussiepunten naar voren konden brengen.

Voorbeelden van discussiepunten waren:

- Het verband tussen de opleiding in Utrecht en de vereniging;
- Of er wel behoefte was aan een algemene opleiding tot kinderfysiotherapeut;
- Het Generaal Pardon;
- Contributie naar het Genootschap;
- De verbijzondering binnen het Genootschap;
- Wat de gevolgen zouden zijn voor de bestaande cursussen;
- Wat er in het curriculum zou komen.

VOORLOPIG BESTUUR

De stuurgroep bereidde op 19-1-1985 een informatie dag voor. Op deze dag werd onder andere het voorlopig bestuur van de vereniging in oprichting voorgesteld. Dit bestuur bestond uit Piet Rijpaard, Els van Petegem, Bouwien Smits-Engelman, Will Imandt, Greet Wagemakers, Jan van Rijn en Annelies Diesveldt.

DEFINITIEF BESTUUR

Op 11 oktober 1986 was de eerste Algemene Leden Vereniging van de Nederlandse Vereniging Fysiotherapie Kinder- en Jeugdgezondheidszorg. De bedoeling van deze dag was om een definitief bestuur te kiezen. Dit was gelukt en het eerste bestuur had Will Imandt als voorzitter.

OPLEIDING KINDERFYSIOTHERAPIE

In 1984 kreeg de opleiding in Utrecht na 5 jaar voorbereiding vorm, na vele overleggen in het bestuur in samenwerking met de werkgroepen. De opleiding was in Utrecht onder leiding van Paul Helders gestart in 1984.

Helders: “ We hebben alles wat je tegen kon komen, erin gestopt. Van endocrinologie tot aan oogheelkunde. We vonden ook dat je met ouders moest kunnen praten, je moet met verontrustende ouders kunnen praten. De Stichting Utrechtse Paramedische Academie (SUPA) wilde graag samenwerken om er een post HBO opleiding van te maken”.

De opleiding duurde in totaal 3 jaar. De stuurgroep wilde dat alle aspecten waar een kinderfysiotherapeut mee in aanraking kon komen, behandelen in de opleiding. Daarnaast wilden zij niet volgens een methodiek handelen. Zij wilden dat de fysiotherapeuten kennis hadden van alle methodes en vanuit het betreffende kind een methode zouden toepassen. De werkgroepen, ook wel ‘bloedgroepen’ genoemd, werden uitgenodigd om mee te werken en te denken om de opleiding kinderfysiotherapie vorm te geven. Vanuit de bloedgroepen was er veel interesse, echter waren er discussies over wat in het curriculum moest komen, voornamelijk waar de nadruk op moest liggen. Zo was ook Joop Bartholomeus betrokken bij de oprichting van de opleiding. Dhr. Bartholomeus is de grondlegger van de cursus Vroegtijdige Onderkenning en Behandeling van Zuigelingen (VOBZ). Na 3 jaar meewerken met de opleiding heeft hij zich afgesplitst vanwege verschillende visies ten opzichte van de opleiding. Bartholomeus zette zijn toentertijd al succesvolle opleiding door en trok zich terug uit de opzet van de opleiding tot Kinderfysiotherapeut. De VOBZ is dan ook een van de weinige grote cursussen die tot op heden nog bestaat en erg wordt gerespecteerd. De stuurgroep fysiotherapie vond dat de zuigeling zeker behandeld moest worden, maar dat elke doelgroep en aandoening evenveel aandacht moest krijgen. Dit onderdeel is dus wel in het curriculum opgenomen, maar niet vanuit de VOBZ.

Indien men de opleiding kinderfysiotherapie wilde gaan volgen moest men al werkzaam zijn als kinderfysiotherapeut in een instelling of praktijk. Op 6 februari 1985 startte de eerste groep van dertig fysiotherapeuten aan de opleiding van Utrecht in het oude WKZ ziekenhuis. De opleiding in Utrecht was de eerste opleiding, maar al snel volgde Rotterdam en Breda. De opleiding startte met iedere 3 jaar een nieuwe instroom. Aangezien er veel animo was werd dit versneld naar ieder 1,5 jaar. Diegene die afstudeerden, kregen de titel “kinderfysiotherapeut”. Om deze titel te krijgen, moest men dus in eerste instantie de gehele opleiding volgen. Hieruit volgde de discussie over het, destijds zo genoemde, Generaal Pardon. Veel fysiotherapeuten die al lang met kinderen werkten en veel cursussen hadden gevolgd wilden niet weer 3 jaar een opleiding volgen. Voor deze mensen werd een uitzondering gemaakt en werd gekeken wat zij nog nodig hadden aan kennis om zichzelf kinderfysiotherapeut te mogen noemen. Ook wel het cluster idee genoemd.

GENERAAL PARDON

Op 26-5-1986 was er een vergadering in het WKZ met de stuurgroep kinderfysiotherapie om het Generaal Pardon te formuleren. De aanwezigen waren Bouwien Smits-Engelman, Jacques Cloin, Ron van Empelen en Will Imandt. Hier werd het cluster idee geïntroduceerd. Om de titel kinderfysiotherapeut te krijgen als werkend fysiotherapeut met kinderen, moest men aanvullende cursussen volgen of eventueel de gehele opleiding volgen. De stuurgroep moest per individu kijken wat zijn of haar werkervaring was in het werkveld om te bepalen wat hij of zij aan aanvulling nodig

had. Er waren verschillende varianten bestaande uit een neurologische cursus (A): NDT, FOK. Een niet 'persoonsgebonden' cursus (B) en een 'persoonsgebonden' cursus (C). Een persoonsgebonden cursus was een cursus die door een bepaald persoon bedacht was en naar diegene vernoemd was. De combinatie mogelijkheden waren dan als volgt:

2x A + 1x B

2x A + 1 x B + 1x C

2x A + 2x C

Daarnaast werd er geëist dat iedereen een 5-daagse algemene theoretische cursus in Breda moest volgen. Sommige moesten eventueel nog een medische cursus van 10 dagen in Utrecht volgen en/of een neurologische cursus, indien men geen NDT-cursus had gevolgd in Rotterdam. Indien de stuurgroep vond dat men te weinig cursussen had gevolgd kon ook worden geëist dat hij of zij de opleiding kinderfysiotherapie moest volgen. Vanuit de SUPA was een rood boekje ontwikkeld met daarin de eisen waaraan een kinderfysiotherapeut uiteindelijk moest voldoen.

VERBIJZONDERING

Nadat de opleiding was gestart, moest de vereniging ervoor zorgen dat de afgestudeerde kinderfysiotherapeuten erkend zouden worden. De vereniging voor kinderfysiotherapeuten kon zich hard maken richting het NGF en de overheid om kinderfysiotherapie op de kaart te zetten. Als er meer erkenning kwam, dan zou men inzien dat het werken met kinderen meer tijd bedraagt dan een gewone fysiotherapie behandeling. Hierdoor zouden subgroepen er ook belang bij krijgen, aangezien er dan eventueel een hoger tarief zou vrijkomen voor de behandelingen.

Vanuit het NGF werd positief gesproken over de verdieping van de kinderfysiotherapie. Echter wilde zij dat kinderfysiotherapie net zoals manuele therapie een verbijzondering zou worden.

Daarnaast was het NGF bang dat deze mensen zich van het NGF gingen afzonderen en dat een algemeen therapeut geen kinderen meer mocht behandelen. Dit is nooit gebeurd, omdat de NVFK samen met de NGF veel groter waren en samen veel meer te behalen was richting de zorgverzekeraar en de overheid. De NVFK vond wel dat kinderen inderdaad alleen behandeld moesten worden door kinderfysiotherapeuten, maar niet van de een op de andere dag. Het ging namelijk niet om een bepaalde handeling zoals NDT, maar om een eigen doelgroep met behandelindicatie op leeftijd.

1. 1990-HEDEN

ONTWIKKELINGEN IN DE NVFK

Hoewel in de jaren '80 de NVFK werd opgericht kreeg het beroep kinderfysiotherapie pas begin jaren '90 de term 'specialisatie'. Met deze term kon de kinderfysiotherapeut zich onderscheiden van de algemene fysiotherapeut. De vereniging heeft aan de KNGF het verschil tussen het behandelen van kinderen en volwassenen voorgelegd. Dit verschil lag voornamelijk in het contact met ouders en andere instanties, maar ook de tijd die het kind nodig heeft om zich te openen richting een kinderfysiotherapeut. Helden: "Naar een kind moet je kijken. Deze laat vervolgens zelf zien wat hij of zij kan en wat niet. Dit kost tijd, voordat een kind zich vertrouwd genoeg voelt om zich te laten zien". Hieruit volgde de afwijkende behandelduur voor de kinderfysiotherapeut. Per 1 januari 1994 mocht een behandeling bij kinderen twee keer zo lang duren dan bij een volwassene hier werd het tarief ook op aangepast. (Nijhuis et al, 2001). Tegenwoordig kost een reguliere zitting algemeen fysiotherapie rond de €28,75 en een zitting bij de kinderfysiotherapeut rond de €41,50. (Fysionet, 2010) Deze bedragen kunnen wisselen per praktijk.

Toen de kinderfysiotherapie een specialisatie werd is er een kwaliteitsregister opgesteld. Elke afgestudeerde kinderfysiotherapeut kon zich hierin laten opnemen. Dit gaf duidelijkheid richting de patiënten en richting de zorgverzekeraars. Op deze manier kon de kinderfysiotherapie zich onderscheiden van de andere werkgroepen, zoals manuele therapie. Volgens van Empelen: “Kinderfysiotherapie behoeft een specialisatie aangezien het hier gaat om een speciale doelgroep met een speciale aanpak. Manuele therapie bijvoorbeeld is een behandelmethode waar je maar volgens een behandelmethode werkt. Bij kinderfysiotherapie zijn de doelgroepen en behandel mogelijkheden veel groter wat het discutabel maakt waarom dit een specialisatie zou moeten zijn.”

PAUL HELDERS LECTURE

In 2000, ter gelegenheid van het 25 jarig bestaan van de kinderafdeling in het WKZ, werd vanuit het KNGF en de NVFK besloten een prijs in te stellen voor kinderfysiotherapeuten die veel betekend hebben voor het vak, de Paul Helders Lecture. Deze prijs wordt uitgereikt aan *‘iemand die toonaangevend wetenschappelijk onderzoek verricht specifiek op kinderfysiotherapeutisch terrein; een vernieuwende kijk op de patiëntenzorg heeft, specifiek op kinderfysiotherapeutisch terrein; inspirerend onderwijs geeft, specifiek op kinderfysiotherapeutisch terrein en artikelen publiceert in SCI tijdschriften’* (J. Van der Net, 2012)

Ieder lid van de NVFK mag een verzoek insturen om aan te geven wie zij vinden wie de Paul Helders Lecture mag ontvangen. Prof. Dr. Paul Helders nam de eerste prijs in 2000 zelf in ontvangst. Hij heeft veel onderzoek verricht en zeer betrokken geweest bij de oprichting van de opleiding en de NVFK. Tijdens het internationale NVFK congres in maart 2003 kreeg Dr. Laila de Groot de prijs. Zij is universitair docent, wetenschappelijk onderzoeker en bevlogen kinderfysiotherapeut. In november 2008 ontving Prof. Dr. Bouwien Smits-Engelsman de prijs tijdens het internationale NVFK congres, zij heeft de opleiding tot kinderfysiotherapie in Breda opgezet. Daarnaast heeft zij ook veel wetenschappelijk onderzoek gedaan betreffende de kinderfysiotherapie. Degene die hem in 2013 mag ontvangen is nog niet bekend.

ONTWIKKELING IN DE KINDERFYSIOTHERAPIE

Tijdens de ontwikkeling van fysiotherapie bij kinderen is er veel veranderd. Als je globaal kijkt naar het begin van de kinderfysiotherapie, dan kom je uit bij de gymnastiekles op de lagere school. Hieruit werkt opgemerkt dat bewegen een positieve invloed heeft op ziektes. Deze theorie werd uitgebouwd richting de werkgroepen, die voornamelijk gebaseerd waren op behandelmethodes of een bepaalde aandoening. Veel kinderfysiotherapeuten in die tijd pasten die bepaalde behandelmethodes toe op elk kind wat zij kregen in de praktijk. In de jaren '90 was er veel meer bekend over het de motorische en fysiologische ontwikkelingen die een kind doormaakt. Deze ontwikkeling is voornamelijk gekomen door de ontwikkeling op wetenschappelijk vlak. Hieruit vloeide de protocollering die wij tegenwoordig kennen. Er is een denkbeeldig 'normaal' gemaakt voor kinderen waar ieder kind, ongeacht welke aandoening, mee wordt vergeleken. Bijvoorbeeld de Movement ABC voor de algemene motoriek en het van Wiechenschema voor de algemene ontwikkeling. Als een kind van de norm afwijkt wordt het kind als 'niet normaal' beschouwd.

Een interessante uitspraak door Prof. Dr. Paul Helders: “Kinderen met een chronische aandoening leveren in op hun ontwikkeling. Van een chronisch ziek kind valt dan ook niet te verwachten dat hij die achterstand nog inhaalt. Tegenwoordig vergelijken therapeuten elk kind met de 'normaal'. Van een chronisch ziek kind kun je dat niet verwachten, omdat hij zoveel energie nodig heeft gehad voor zijn aandoening, dat hij een achterstand heeft opgebouwd tegenover de 'normaal'. De ontwikkelingscurve van bijvoorbeeld een blind kind is anders dan een ziend kind, maar de ontwikkelingscurve is gelijk vergeleken met andere blinde kinderen. Er is een bepaalde ontwikkelingscurve voor blinde kinderen, dove kinderen, kinderen met CP, kinderen met reuma enz. Pas als het kind niet in de ontwikkelingslijn van zijn eigen groep volgt, dan moet je pas gaan

behandelen.” Uit deze opvatting blijkt dat er ervaring met kinderen nodig is om een kind goed te behandelen. Toch worden in de praktijk nog steeds kinderen door een algemeen fysiotherapeut behandeld. Echter door het kwaliteitsregister beschikken ouders over de middelen om een gecertificeerde kinderfysiotherapeut op te zoeken.

ONTWIKKELING IN DE OPLEIDING TOT KINDERFYSIOTHERAPEUT

Vanaf 2015 kunnen alleen kinderfysiotherapeuten met een Professional Masteropleiding zich laten registreren. Zij krijgen dan de titel master Kinderfysiotherapeut. Oude geregistreerden blijven wel geregistreerd, maar krijgen die titel niet. Helders: “Als ik morgen minister zou zijn, zou ik alle kinderfysiotherapie opleidingen afschaffen. Ook wat ik zelf heb opgezet. En ik hing de opleidingen aan faculteiten van geneeskunde. Dan kreeg je een contract vanuit het ziekenhuis voor 3 jaar en ieder half jaar volg je een andere afdeling. Ik zorgde dat je theoretisch werd geschoold. Na 3 jaar heb je alles gezien en ben je wetenschappelijk gevormd zodat je artikelen kan lezen. Het onderwijs zou in het Engels gegeven moeten worden en er zouden heel veel voordrachten vanuit Engelstalige tijdschriften voorgedragen worden. Daar zit namelijk de toekomst”. Volgens Helders zijn ook de meeste gepromoveerd in het WKZ (bijlage 1).

Kort overzicht van de ontwikkelingen in de kinderfysiotherapie:

Sociaal/maatschappelijke ontwikkelingen

Erkenning van het specialistische beroep

Tarifiering

Duidelijkheid richting patiënten welke fysiotherapeut gespecialiseerd is in kinderen.

Beroepsinhoudelijke ontwikkelingen

Van werkgroepen naar opleiding

Veel meer wetenschappelijk onderzoek

Communicatie tussen verschillende kinderfysiotherapeuten

DISCUSSIE

Deze beroepsopdracht heeft als hoofdvraag 'wat is de aanleiding voor de oprichting van de NVFK?'. Wat deze beroepsopdracht bijzonder maakt is dat dit een historische vraag is waarbij er weinig is gedigitaliseerd bij de oprichting in de jaren '70 en '80. Wij zijn een van de eersten die zich hiermee bezig hebben gehouden om dit verhaal digitaal vast te leggen. Wij hebben mensen geïnterviewd die in die tijd zich bezig hebben gehouden met de oprichting van de vereniging. Wij hebben geprobeerd om mensen uit verschillende invalshoeken te interviewen, omdat ieder zijn eigen ideeën en opvatting over de oprichting heeft.

De oprichting is al ruim 30 jaar geleden opgezet en dit is nooit vastgelegd of gedigitaliseerd. Dit maakt het erg moeilijk om alle informatie van 30 jaar in 10 weken op papier te zetten. Tijdens een interview hebben wij van veel notulen gebruik gemaakt. Door de tijd heen gaat er informatie verloren, dus hierdoor kan het zijn dat wij stukken gemist hebben. Om toch de informatie zo veel mogelijk waarheidsgetrouw te maken hebben wij meerdere personen geïnterviewd die op diverse manieren betrokken zijn geweest. Zo hebben wij Laila de Groot gesproken, een betrokken kinderfysiotherapeut uit Groningen, maar ook Paul Helders, de oprichter van de opleiding tot kinderfysiotherapie in Utrecht en mede oprichter van de NVFK. Daarnaast hebben wij Greet Wagemaker, uit het eerste bestuur van de NVFK, en Ria Nijhuis, Betty van Goor, allen uit een later bestuur, gesproken. Zij hadden nog enkele notulen en documenten van die tijd in hun bezit. Vooraf hadden wij de verwachting dat de verhalen van de geïnterviewde niet met elkaar zouden corresponderen. Echter was het opvallend dat iedereen ongeveer hetzelfde verhaal vertelde. Samen met de documentatie die wel aanwezig was hebben wij het tijdsbeloop, zoals in deze beroepsopdracht te lezen is, uiteen kunnen zetten. Wat erg lastig was dat alles door elkaar heen liep. Een aantal zaken zijn opvallend, bijvoorbeeld waarom er geen duidelijke scheidingslijn is gemaakt tussen de vereniging en de eerste opleiding. Is de vereniging nog wel onafhankelijk, aangezien deze is opgezet door de oprichters van de opleiding in Utrecht. Heeft dit invloed gehad op de opleidingen in Breda en Rotterdam en de afgestudeerden hiervan? Moet er daarnaast niet meer overleg zijn tussen de opleidingen? Alle afgestudeerde kinderfysiotherapeuten moeten op eenzelfde lijn zitten. Dit wordt getracht door het beroepsprofiel, maar zou dit niet meer moeten door ieder dezelfde opleiding te geven? Ook is er nog enige onduidelijk over het uitbrengen en de opzet van het Generaal Pardon, de regeling voor de werkzame kinderfysiotherapeuten in tijden van de oprichting van de opleiding. Hoe deze samenstelling is gekomen en of dit voldoende is geweest. Hier hebben we helaas niet genoeg informatie over kunnen inwinnen. Graag hadden wij ook iemand gesproken vanuit het KNGF, dit is door tijdsgebrek helaas niet gelukt. Zij hadden ons meer kunnen vertellen over de overgang van de verbijzondering naar specialisatie.

CONCLUSIE

“Wat was de aanleiding van de oprichting van de vereniging voor kinderfysiotherapie in Nederland?”.

Al ver voordat er gesproken werd over een opleiding of vereniging waren er al mensen bezig met kinderfysiotherapie. In het WKZ in Utrecht bestaat de afdeling kinderfysiotherapie al 38 jaar in 2013, er bestonden al lange tijd verschillende werkgroepen en er bestonden al verscheidene cursussen op het gebied van kinderfysiotherapie.

In 1976 was er een studiedag van de BOSK. Tijdens deze studiedag waren een aantal honderden fysiotherapeuten, die allen veel met kinderen werkten, het ermee eens dat er een bundeling moest komen van de mensen die met kinderen werkten en dat de kennis hierover gedeeld moest worden. Het initiatief kwam vanuit het Wilhelmina Kinderziekenhuis (WKZ) Utrecht onder leiding van Paul Helders. Paul Helders wilde samen met Rineke Veentjes en Truusje Vrij dat de academische kinderklinieken Utrecht, Leiden en Rotterdam gingen nadenken hoe zij ervoor konden zorgen dat het vak kinderfysiotherapie meer erkenning zou krijgen. Uiteindelijk vroegen zij ook Ron van Empelen erbij die toen in Nijmegen zat.

Hiervoor zijn verschillende besturen gekozen in de vijf jaar tot dat de opleiding tot stand was gekomen. Vanuit het werkveld kwamen veel reacties. Men vroeg zich af of er wel behoefte was aan een algemene opleiding tot kinderfysiotherapeut. In de jaren '70 waren er veel verschillende soorten werkgroepen. Deze werkgroepen hadden allen een eigen idee over kinderfysiotherapie. De een werkte volgens een bepaalde methode en de ander behandelde alleen kinderen met een bepaalde aandoening.

Tijdens de oprichting van de opleiding, vond de stuurgroep dat er ook een vereniging moest komen. De aanleiding van de vereniging was om de afgestudeerde kinderfysiotherapeuten onder te brengen in een beroepsvereniging om de kwaliteit te waarborgen en om het vak op sociaal-maatschappelijk vlak sterker te maken. Om de kwaliteit te waarborgen is er een beroepsprofiel geschreven waaraan een kinderfysiotherapeut moet voldoen. In 2001 is het eerste beroepsprofiel kinderfysiotherapie opgesteld door Ria Nijhuis, Betty van Goor, Raoul Engelbert en Yvonne Heerkens. In dit beroepsprofiel staat kort samengevat de domeinbeschrijving kinderfysiotherapie en de beroepstaken van de kinderfysiotherapeut. De eerste kwaliteitseisen werden gesteld in 1986 op het moment dat iedereen zich moest registreren als kinderfysiotherapeut. Er werd toen het cluster idee ingevoerd, ook wel beter bekend als het Generaal Pardon. De stuurgroep moest per individu kijken wat zijn of haar werkervaring was in het werkveld, om te bepalen wat hij of zij aan aanvulling nodig had om zichzelf kinderfysiotherapeut te noemen.

Onder leiding van het bestuur dat ook in eerste instantie het bestuur was van de opleiding, is de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kind- en jeugdgezondheidszorg opgericht. Heel in het begin was de vereniging dus aan de opleiding in Utrecht verbonden. Doordat iedereen goed betrokken is geweest bij het proces en velen de discussie aan wilden gaan, is er een vereniging opgericht die tot op heden nog steeds erg veel doet voor haar leden en het vak. Het huidige bestuur werkt daar hard aan mee om alles wat bereikt is, uit te breiden (bijlage 2).

VERANTWOORDING

In het vinden en lezen van de literatuur hebben wij beiden een even groot aandeel gehad. Ook hebben wij gezamenlijk de interviews gedaan inclusief de voorbereiding hiervan. Wij hebben gezamenlijk gezocht in de bibliotheek van de Stichting Geschiedenis Fysiotherapie (SGF), in de mediatheek van de HVA Tafelbergweg. Noortje heeft het stuk heilgymnastiek en de samenvatting gemaakt, en Myrna heeft het stuk over ziekenhuizen, revalidatiecentra en verantwoording gemaakt. Noortje heeft de interviews van Ron van Empelen, Laila de Groot en Ria Nijhuis uitgewerkt, Myrna heeft de interviews van Greet Wagemaker en Paul Helders uitgewerkt. Noortje en Myrna zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor deze beroepsopdracht.

BIJLAGE 1

PEDIATRIC PHYSICAL THERAPISTS WITH PHD NVFK DECEMBER 2012

Name and e-mail adress	Year	Title thesis	Place research	Topic
Pediatric physical therapists with PhD				
Prof.dr. Paul Helders (emeritus) p.j.m.helders@me.com	1989	The effects of a sensory stimulation/range-finding program on the development of very low birth weight infants	<i>Retired;</i> Child Development and Exercise Center of Wilhelmina Children's Hospital/University Medical Center Utrecht	
Prof. dr. Bouwien Smit-Engelsman bouwiensmits@hotmail.com	1995	Theory-based diagnosis of fine motor coordination development and deficiencies using handwriting tasks	KU Leuven, Belgium, Netherlands, South Africa	Intervention studies in the field, fine motor control in the lab, test development at home, in schools, in hospitals; Underlying motor control processes in TD children and children with brain damage; Intervention development and measurement tools for children with poor motor control and coordination disorders

Prof. dr. Ria Nijhuis-v.d. Sanden R.Nijhuis@iq.umcn.nl	2003	The Turning point: localizing the motor performance deficit in Turner syndrome	Radboud University Nijmegen Medical Centre: 1. Department of Rehabilitation, Pediatric Physical Therapy and 2. Scientific Institute for Quality of Health Care	www. Researchgate.net/profile/Maria Nijhuis-van der Sanden/
Dr. Laila de Groot (retired) lailadegroot@chello.nl	1993	Posture and motility in preterm infants, a clinical approach	Erasmus University Neonatology VU University Medical Center	Study Generation R Project
Dr. Janjaap van der Net j.vandernet@umcutrecht.nl	1995	Functional aspects of rheumatoid diseases in childhood	Child Development and Exercise Center of Wilhelmina Children's Hospital/University Medical Center Utrecht	Interventions pediatric rheumatology, hemophilia and childhood development in a broad context
Dr. Raoul Engelbert r.h.h.engelbert@hva.nl	1996	Osteogenesis Imperfecta in childhood; clinical and functional characteristics	Academy of Applied Science, Amsterdam, as lector and manager of the department physical therapy; Department Rehabilitation of AMC (as senior staff)	Hypermobility Osteogenesis Imperfecta Idiopathic toe-walking Transition van physical therapy care between academic medical centre and private practice
Dr. Vincent Gulmans v.gulmans@ncfs.nl	1996	Exercise in children with Cystic Fibrosis; evaluation parameters and training effects	No pediatric physical therapy research Research coordinator Dutch Cystic Fibrosis Foundation	Epidemiological research in Cystic Fibrosis.
Dr. Marie-Jeanne Wolf m.j.wolf@amc.uva.nl	1997	Neurodevelopmental outcome in high-risk Zimbabwean neonates	Since 2010 no research anymore	

Dr. Peter Louteslager Louteslager.maas@chello.nl	2000	Kinderen met het syndroom van Down, motorische ontwikkeling en behandeling		<i>No reaction</i>
Dr. Jan Custers Jan.custers@hu.nl	2001	Pediatric Evaluation of Disability Inventory, the Dutch adaptation	<u>At the moment:</u> University of Applied Science Utrecht, Centre of Human Movement studies. <u>PhD thesis:</u> Child Development Center of Wilhelmina Children's Hospital in University Medical Center Utrecht	Functional activities measurement in pediatrics. Exercise tolerance (metabolic diseases)
Dr. Marja Schoenmakers M.A.G.C.Schoenmakers@umcutrecht.nl	2003	Functional aspects of spina bifida in childhood	Child Development and Exercise Center of Wilhelmina Children's Hospital/University Medical Center Utrecht	Involved in research concerning physical fitness in children with Spina Bifida and Neuromuscular disorders
Dr. Ron van Empelen r.van.empelen@planet.nl R.vanEmpelen@umcutrecht.nl	2005	Impact of epilepsy surgery in childhood; motor function, health related quality of life and self perceived competence	Child Development and Exercise Center of Wilhelmina Children's Hospital/University Medical Center Utrecht	Follow-up epilepsy surgery and stem cell transplantation
Dr. Leo van Vlimmeren l.vanvlimmeren@reval.umcn.nl	2007	Asymmetry in infancy	Radboud University Nijmegen Medical Centre: 1. Department of Rehabilitation,	Asymmetry in infancy, skull deformation; Prader Willi syndrome;

			Pediatric Physical Therapy and 2. Scientific Institute for Quality of Health Care	Rare diseases
Dr. Olaf Verschuren o.verschuren@dehoogstraat.nl	2007	Physical fitness in children and adolescents with cerebral palsy	Rudolf Magnus Institute of Neuroscience and Center of Excellence for Rehabilitation Medicine, University Medical Center Utrecht and Rehabilitation Center De Hoogstraat, Utrecht	Pediatric rehabilitation Children and adolescents with Cerebral Palsy Exercise testing and training
Dr. Petra van Schie Pem.vanschie@vumc.nl	2008	Motor outcome in high risk children: prediction and evaluation	VU University Medical Center, Department of Rehabilitation Medicine, Amsterdam University Hospital, in cooperation with pediatric rehabilitation centers	Topics: 1. cerebral palsy; especially motor development and assessments (PERRIN CP 5-9 study) and interventions (Selective dorsal rhizotomy, intrathecal baclofen, Racerunner, physical fitness training) 2. prematurity and full term asphyxia (motor development/outcome and assessments), and intervention (Infant Behaviour Assessment and Intervention Program; IBAIP; ToP programme)

Dr. Eugene Rameckers Eaa.rameckers@hetnet.nl	2009	Manual force regulation in children with spastic hemiplegia.	University Centre Maastricht, Centre of expertise Adelante Rehabilitation Science and Physical Therapy	Upper limb strength training in children with Cerebral Palsy; Intensive upper limb therapy in children with Cerebral Palsy
Dr. Annelies Hartman j.hartman@erasmusmc.nl	2009	Motor performance following chemotherapy for childhood cancer	Erasmus MC, pediatric oncology	Continuing studies on the effect of chemotherapy on motor development in children; Research on mobility, strength and daily fitness in adults who have been treated for cancer in their childhood
Dr. Lianne van der Giessen l.vandergiessen@erasmusmc.nl	2009	Optimization and assessment of airway clearance in children with Cystic Fibrosis	Erasmus MC Sophia	Cystic Fibrosis
Dr. Karen Koldewijn k.koldewijn@amc.uva.nl	2009	Supporting resilience in very preterm infants. The effect of the IBAIP in very preterm infants and their parents	University of Amsterdam; Academic Medical Centre Amsterdam Department of rehabilitation	Follow-up studies at 3.5 and 5 years on the effect of a neurobehavioral intervention for very preterm infants after discharge from hospital and an additional intervention program (STIPP, ToP, ToP ⁺)

<p>Dr. Monique van der Cammen-van Zijp m.vandercammen@erasmusmc.nl</p>	<p>2010</p>	<p>In a gentle breeze; pulmonary morbidity in children with anatomical congenital anomalies; long-term effects on exercise capacity and motor function</p>	<p>Erasmus Medical Centre- Sophia Children's Hospital in Rotterdam Department of Intensive Care and Pediatric Surgery and the Department of Rehabilitation Medicine and Physical Therapy</p>	<p>Exercise capacity in children after neonatal extracorporeal membrane oxygenation and in children with major anatomical congenital anomalies; The effect of e-coaching and physical therapy.</p>
<p>Dr. Inge-Lot van Haastert i.vanhaastert@umcutrecht.nl</p>	<p>2011</p>	<p>Early neuromotor development of high risk infants</p>	<p>University Medical Center Utrecht, location Wilhelmina Children's Hospital, Division Mother and Child, Department of Neonatology</p>	<p>Outpatient follow-up clinic General development, particularly gross motor development</p>
<p>Dr. Peter Bekkering w.p.bekkering@lumc.nl w.p.bekkering@uva.amc.nl</p>	<p>2011</p>	<p>Quality of life, functional ability and physical activity in children and adolescents after lower extremity bone tumour surgery</p>	<p>Leiden University Medical Center / Willem-Alexander Children's Hospital University of Amsterdam; Academic Medical Centre Amsterdam / Emma Children's Hospital</p>	<p>Pediatric oncology with accent on malign bone tumors.</p>

Dr. Anjo Janssen a.janssen@reval.umcn.nl	2012	Longitudinal motor performance in very preterm infants	Radboud University Medical Centre, Nijmegen University Hospital	Quality of movement Follow-up of ECMO and preterm infants
Dr. Jacqueline Nuysink Jacqueline.nuysink@hu.nl	2012	Asymmetry and infants born preterm	Child Development and Exercise Center of Wilhelmina Children's Hospital/University Medical Center Utrecht , in cooperation with Master Physiotherapy Program, Centre of Human Movement Studies, HU University of Applied Sciences	Development of norm values AIMS-NL Asymmetry in Preterm born Infants study (API) with long term follow-up (15 months and 2,5 year) Validity study on the Symptomatic Asymmetry DD-screening instrument
Physical therapists with PhD in the field of PPT (but <i>no pediatric physical therapists</i>)				
Dr. Annette van der Putten (physiotherapist) a.a.j.van.der.putten@rug.nl	2005	Moving to Independency? Evaluation of the 'Mobility Opportunities Via Education' curriculum with children with profound intellectual and multiple disabilities.	Research Centre on Profound and Multiple Disabilities University of Groningen, Dep Special Needs Education and Child Care	Motor Activation and Development in children, adolescents and adults with profound intellectual and multiple disabilities; Research at special schools, day care centers; Interdisciplinary focused
Dr. Erik Hulzebosch (physiotherapist & medical physiologist)	2006	Preoperative respiratory physical therapy in cardiac surgery	Child Development and Exercise Center of Wilhelmina	Children with congenital heart and lung diseases

h.hulzebosch@umcutrecht.nl			Children's Hospital/University Medical Center Utrecht	Exercise physiology and Physical fitness
Dr. Marike van der Leeden (pediatric physiotherapist) m.vd.leeden@reade.nl	2009	Foot impairments and related disability in patients with rheumatoid arthritis	Reade (center for Rheumatology and Rehabilitation) and VU University Medical Center (department of Rehabilitation Medicine)	(PPT, but no research in PPT, though in adults) Knee osteoarthritis and foot impairments in rheumatoid arthritis: clinical and epidemiological aspects
Dr. Janke de Groot (physiotherapist and rehabilitation scientist) j.f.degroot-16@umcutrecht.nl janke.degroot@hu.nl	2010	Physical Fitness, ambulation en physical activity in ambulatory children with Spina Bifida	HU University of Applied Sciences & Child Development and Exercise Center of Wilhelmina Children's Hospital/University Medical Center Utrecht	Physical activity & physical fitness in children with chronic childhood conditions
Dr. Otto Lelieveld (physiotherapist) o.t.h.m.lelieveld@umcg.nl	2010	Physical activity and physical fitness in juvenile idiopathic arthritis	University Medical Center Groningen; Beatrix Children's Hospital and Center for Rehabilitation	Children with congenital heart and lung diseases Exercise physiology and Physical fitness
Dr. Dirk-Wouter Smits (physiotherapist, pedagogue) d.smits@dehoogstraat.nl	2011	Daily activities of school-age children with cerebral palsy : development and learning		<i>No reaction</i>
Dr. Annemieke Houwink (physiotherapist, movement scientist) annemiekehouwink@gmail.com	2012	Assessment of upper-limb capacity and performance in unilateral spastic	Radboud University Nijmegen Medical Centre University Medical Centre	Upper-limb rehabilitation

		pareisis: Handing in new perspectives		
--	--	---------------------------------------	--	--

BIJLAGE 2

Huidig Bestuur anno 2013:

Voorzitter: Dr. Janjaap van der Net.

Bestuurssecretaris: Dr. Petra van Schie.

Penningmeester: Jasper Koïter.

Bestuursleden: Drs. Petra Nijmolen en Anneloes Overvelde MRes.

Oriënterend bestuurslid: Marloes Meurs.

(NVFK, 2013)

LITERATUURLIJST

INTERNET:

- Bosk, 2010. Kinderneurorevalidatie. Beschikbaar via: <http://www.bosk.nl/kinderneurorevalidatie/8631/>. Geraadpleegd op 6-12-2012.
- Groot klimmendaal, 2011. Geschiedenis. beschikbaar via: http://www.grootklimmendaal.nl/rmc_groot_klimmendaal/over_ons/geschiedenis.aspx#.UQi4fr8mbjl geraadpleegd op 29-1-2013
<http://jongeren.julianakinderziekenhuis.nl/over-juliana-kinderziekenhuis/juliana-kinderziekenhuis/geschiedenis-juliana-kinderziekenhuis-1885-%E2%80%93-heden.aspx>
<http://www.hetutrechtsarchief.nl/collectie/archiefbank/archieftoegangen/zoekresultaat?mivast=39&mizig=210&miadt=39&miaet=1&micode=1130&miahd=3115253&miview=inv2>. Geraadpleegd op 29-12-2012.
- Juliana Kinderziekenhuis, 2012, Geschiedenis Juliana kinderziekenhuis 1885 – heden. Beschikbaar via: <http://www.hagaziekenhuis.nl/over-juliana-kinderziekenhuis/juliana-kinderziekenhuis.aspx>
- KFA, 2012. Stichting Rotterdams Kinderrevalidatie Fonds Adriaanstichting. Beschikbaar via: <http://www.kinderfondsadriaan.nl/>. Geraadpleegd op 18-12-2012.
- KNGF, 2012. Over het KNGF. Beschikbaar via: <http://www.fysionet.nl/over-kngf.html>. Geraadpleegd op 28-11-12
- KNGF, 2012. Specialisten verenigingen. Beschikbaar via: <http://www.fysionet.nl/rgf-sv/specialisten-verenigingen.html>. Geraadpleegd op 14-12-2012
- Netchild, 2005, Zorgen voor Morgen. Beschikbaar via: <http://www.netchild.nl/pdf/BinnenwerkNetchild.pdf>. Geraadpleegd op 11-1-2013.
- NVFK, 2013. Bestuur NVFK. Beschikbaar via: <http://nvfk.fysionet.nl/over-nvfk/bestuur-nvfk.html>. Geraadpleegd op 5-2-2013.
- NVFK, 2012. De vereniging. Beschikbaar via: <http://nvfk.fysionet.nl/index.php?p=407449>. Geraadpleegd op 28-11-12.
- Pelzers E, 2012. Arnhemse moeder van de kinderrevalidatie. Beschikbaar via <http://www.johannakinderfonds.nl/upload/2/page/f805a0ca7e2770622b1994773f89521f.pdf>. Geraadpleegd op 4-12-12.
- Project gehandicapten schrijven geschiedenis, 2006. Vereeniging tot verzorging van gebrekkige en mismaakte kinderen in Nederland 1899 – 1925. Beschikbaar via: <http://www.gehandicaptenschrijvengeschiedenis.nl/oudesite/vereeniging8.html>. Geraadpleegd op 16-12-2012.
- SGF, 2012, honderd jaar opleiding Heilgymnastiek en Massage. Beschikbaar via: <http://www.sgfinfo.nl/honderd-jaar-opleing-heilgymnastiek-en-massage>. Geraadpleegd op 29-12-2012.
- het Utrechts Archief, 2012, geschiedenis Wilhelmina Kinderziekenhuis. Beschikbaar via:
- WKZ, 2012. 125 jaar WKZ!. Beschikbaar via: <http://www.hetwkz.nl/125-jaar-wkz/>. Geraadpleegd op 22-12-2012.
-

BOEKEN EN TIJDSCHRIFTEN:

- Conrad I, Verweij C. 1977. Methode Ayres: gericht op kinderen met gestoorde senso-motoriek en leerstoornissen.
- Milo JG jr. 1876. Misvormingen van den thorax door heilgymnastiek, Weekblad van het Nederlandsch tijdschrift voor geneeskunde. no2
- van der Net, 2012, Oproep tot voordrachten voor de Paul Helders Lecture.
- Nijhuis et al, functieprofiel kinderfysiotherapeut, 15 mei 2001, p 3.

- Terlouw T.J.A, Lankhorst G.J. 1992. De opkomst van het heilgymnastisch: beroep in Nederland in de 19de eeuw. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde.136:14
- Terlouw, T.J.A. 1994. Niets dan een handlangers, in alles aan den geneesheer onderschikt wederwaardigheden van zich emanciperende heilgymnasten in Nederland eind negentiende eeuw. p35-253 (<http://gewina-tggmwt.library.uu.nl/index.php/gewina-tggmwt/article/download/1431/1460>)
- MBD werkgroep. 1980. Regio Arnhem.
- MBD werkgroep. Regio Arnhem. 7-1-1982
- MBD werkgroep. Regio Arnhem. Brief aan de leden van de stuurgroep kinderfysiotherapie. Geschreven op 20-10-1983.