



**Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij
Bekkenproblematiek en Pré- en Postpartum Gezondheidszorg**

Aangesloten bij KNGF



**Nederlandse Vereniging
voor Kinderfysiotherapie**

Aangesloten bij KNGF

**Addendum bij
de Beroepsprofielen Bekkenfysiotherapeut en Kinderfysiotherapeut**

**Gespecialiseerde fysiotherapie
bij kinderen met problemen in de zindelijkheid**

Goedgekeurd op de Algemene Ledenvergadering

van NVFB d.d. 17 november 2016 en

van NVFK d.d. 22 november 2016

Goedgekeurd door Commissie van Advies KNGF d.d.17 februari 2017

Juni 2017

Netty Bluysen

Bregje Vriend

Met dank aan Bernadette Berendes-van Dijk en Marlou Essink
voor hun bijdrage aan de herziene versie.

Inleiding

Ouders/verzorgers van kinderen en adolescenten (0-18 jaar) kunnen zich tot een geregistreerde bekkenfysiotherapeut¹ of een geregistreerde kinderfysiotherapeut² wenden wanneer zij gezondheidsproblemen en daarmee samenhangende participatie problemen ervaren door stoornissen in de zindelijkheid, mictie (overdag en 's nachts) en/of defecatie van hun kind.³⁻⁶

Bekkenfysiotherapeuten¹ en kinderfysiotherapeuten² werken vanuit hun eigen deskundigheid en achtergrond bij deze groep kinderen. Daarmee zijn competenties, kennis en vaardigheden van deze fysiotherapeuten niet identiek door verschillen in opleiding en aanvullende scholing. Dit addendum heeft tot doel om de kwaliteit van de gespecialiseerde fysiotherapeutische zorg, met name wat betreft patiëntveiligheid, te borgen en de competenties, kennis en vaardigheden van de gespecialiseerde fysiotherapeut* bij kinderen met problemen in de zindelijkheid te beschrijven.

In overleg met de beide beroepsverenigingen, de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek en Pre- en Postpartum Gezondheidszorg (NVFB) en de Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapie (NVFK), is gekozen een gezamenlijk addendum bij het Beroepsprofiel Bekkenfysiotherapeut en Beroepsprofiel Kinderfysiotherapeut te schrijven waarin de kennis en kunde van beide specialisaties zijn gebundeld en samengebracht om zo tot eenduidigheid in adequate competenties en opleidingseisen te komen. In beide domeinen zijn andere aanvullende competenties, vaardigheden en kennis nodig. Tevens wordt duidelijk vermeld hoe het uitvoeren van verbijzonderde handelingen geborgd is. Het addendum geeft aan waar keuzes liggen voor de gespecialiseerde fysiotherapeut* om terug te verwijzen of door te verwijzen voor aanvullend onderzoek en beschrijft indicaties voor multidisciplinaire behandeling.

Belang addendum

Kinderen met problemen in de zindelijkheid vormen een specifieke doelgroep binnen de fysiotherapie, waarvoor specifieke competenties, vaardigheden en kennis vereist zijn. Het waarborgen van de juiste aanpak en het gevoel van veiligheid van kinderen staat op de voorgrond en daarom is het van essentieel belang dat gespecialiseerde fysiotherapeuten* zich bewust zijn van intieme handelingen en hier integer mee om gaan. Te allen tijde zal rekening gehouden moeten worden met de kwetsbaarheid van een kind en de impact die de problematiek op het kind en de ouders/verzorgers heeft. Alleen bekkenfysiotherapeuten zijn opgeleid in het uitvoeren van een inwendig onderzoek en het toepassen van inwendige behandelingstechnieken⁷ en zijn getoetst op hun bekwaamheid hierin.⁸ Gespecialiseerde fysiotherapeuten* moeten tevens op de hoogte zijn van de specifieke rode en gele vlaggen betreffende de mictie- en defecatiestoornissen op kinderleeftijd en hier adequaat naar handelen.

*Daar waar in het addendum gesproken wordt over de gespecialiseerde fysiotherapeut wordt de geregistreerde bekkenfysiotherapeut of de geregistreerde kinderfysiotherapeut bedoeld, beiden met aanvullende scholing op het gebied van problemen in de zindelijkheid bij kinderen.

Door de impact van stoornissen in zindelijkheid, mictie en defecatie op het dagelijks leven van het kind en zijn gezin, zijn gedrag en pedagogiek belangrijke factoren waarvoor mogelijk medebehandeling of doorverwijzing relevant is.

Dit betekent dat kennis en ervaring van groot belang zijn om deze doelgroep te begeleiden. Inadequate behandeling kan zelfs negatieve gevolgen hebben voor de problematiek zoals chroniciteit. Ook psychische gevolgen zoals negatieve invloed op de motivatie van het kind en/of zijn ouders zijn beschreven.⁷

Zowel de kinderfysiotherapeut als de bekkenfysiotherapeut moet dan ook in staat zijn eigen hiaten/grenzen met betrekking tot kennis en kunde te onderkennen en in te schatten of eigen kennis en vaardigheden aansluiten bij de problematiek of dat terugverwijzing of (mede)behandeling door een andere collega of gedragstherapeut geïndiceerd is.

Een gedegen post-HBO scholing Gespecialiseerde fysiotherapie bij kinderen met zindelijkheidsproblemen, die tenminste op EQF 7 niveau is ingericht, is van essentieel belang evenals voldoende ervaring in het behandelen van deze categorie kinderen. Globaal gezegd komt de kinderfysiotherapeut vanuit haar eigen opleiding kennis tekort van anatomie en fysiologie van het continentie/bekken apparaat. De bekkenfysiotherapeut daarentegen mist de kennis over de ontwikkeling van kinderen met bijbehorende gedrags- en pedagogische aspecten. Zowel in de opleiding bekkenfysiotherapie als kinderfysiotherapie komen de pathologie en congenitale aandoeningen in de bekkenregio bij het kind momenteel onvoldoende aan bod. In dit addendum wordt beschreven wat het domein is van de gespecialiseerde fysiotherapeut* bij kinderen met problemen in zindelijkheid en welke aanvullende competenties, vaardigheden en kennis nodig zijn en hoe deze gegarandeerd zijn.

Hoofdstuk 1. Het domein

Zowel de bekkenfysiotherapeut als de kinderfysiotherapeut wordt geacht op de hoogte te zijn van het eigen beroepsprofiel (BP)^{1,2} inclusief dit addendum en hier ook naar te handelen. Alleen de aanvullingen op het BP, die corresponderen met de hoofdstukken in het BP, staan in de onderstaande paragrafen vermeld.

1.1.3 Visie op hulpverlening

Als zindelijk worden niet vanzelf gaat, of wanneer deze vaardigheid is verloren, heeft dit consequenties voor zowel de ouders als het kind. Sommige ouders ervaren "het niet zindelijk worden" als een pedagogisch falen. Het hebben van problemen met de zindelijkheid wordt als een taboe ervaren.¹⁻⁴

Bij de behandeling staat het belang van het kind op de voorgrond. De gespecialiseerde fysiotherapeut* kiest een benadering die past bij de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind. Belangrijk daarbij is vooral de mate waarin ruimte voor de autonomie van het kind is. Bij de behandeling van jonge kinderen is de rol van de ouders/verzorgers groot. Naarmate het kind ouder wordt, moet het meer zeggenschap krijgen. In de puberteit zijn betrokkenheid en steun van ouders/verzorgers belangrijk voor het organiseren en structureren van het behandelproces. Daarnaast moet de gespecialiseerde fysiotherapeut* ervoor waken dat het (oudere) kind voldoende privacy en veiligheid geboden wordt.

1.2.3 ICF-CY en terminologie

De terminologie wordt gebruikt welke de Rome IV criteria (diagnostische criteria om functionele gastro-intestinale aandoeningen bij kinderen te classificeren) en ICCS (International Children's Continence Society) voorschrijven.^{9,10}

1.3.1 Werkdomein

De gespecialiseerde fysiotherapeut* doorloopt een screenings-, diagnostisch en therapeutisch proces bij kinderen die problemen ervaren rondom het zindelijkheidsproces. Zij werkt samen met andere disciplines bij kinderen met een (dreigend) gezondheidsprobleem in de zindelijkheid gerelateerd aan musculoskeletale, urologische, gastro-enterologische, anorectale, gynaecologisch/obstetrische (adolescenten), endocrinologische en seksuologische problematiek. Zij past preventie toe en zij behandelt/begeleidt tevens aandoeningen die het gevolg kunnen zijn van congenitale aandoeningen in het urogenitale en gastro-intestinale systeem. Indien de hulpvraag problemen op het gebied van seksualiteit, zwangerschappen, partus e.d. bij jongeren betreft, wordt aanbevolen door te verwijzen naar een bekkenfysiotherapeut met aanvullende scholing. Het inwendig onderzoek en behandelen is in het BP Bekkenfysiotherapeut uitgebreid beschreven en geborgd. Het wordt derhalve geadviseerd dat het inwendig onderzoek en behandelen uitsluitend door geregistreerde bekkenfysiotherapeuten wordt uitgevoerd.

In Nederland vormt gespecialiseerde fysiotherapie* bij kinderen met problemen in de zindelijkheid een onderdeel binnen de urotherapie vanwege de relatie met het houdings- en bewegingssysteem.^{4,9} Urotherapie is een internationaal erkende naamgeving voor alle conservatieve behandelvormen voor kinderen met urologische problematiek en wordt door verschillende disciplines (kinderurologen, kinderartsen, psychologen, orthopedagogen, gespecialiseerde fysiotherapeuten*, pedagogisch medewerksters en gespecialiseerde verpleegkundigen) uitgevoerd. Urotherapie wordt beschreven door de World Health Organization (WHO) als *'therapie die bedoeld is om de dysfunctie van de blaas te verbeteren. Het is een combinatie van cognitieve, gedrag- en fysieke training'* en wordt door verschillende disciplines toegepast.

Defecatieproblematiek (obstipatie en fecale incontinentie) valt ook onder het werkdomein van de gespecialiseerde fysiotherapie* bij kinderen met problemen in de zindelijkheid. In Nederland bestaan samenwerkingsverbanden tussen de betrokken disciplines op het gebied van de urotherapie en de behandeling van defecatieproblematiek. De Landelijke Vereniging voor Urotherapie en de Werkgroep Poeppoli's Nederland werken nauw met elkaar samen en zijn samengegaan in één vereniging: Nederlandse Vereniging voor Continentie bij Kinderen (NVCK). Binnen deze vereniging zijn ook MDL kinderartsen vertegenwoordigd.

1.3.2 Werkterrein

Door de verwevenheid van het houdings- en bewegingssysteem, het orgaansysteem en het meespelen van ontwikkelingsgerelateerde en psychosociale componenten (denk aan gezinssysteem, school) zijn de klachten veelal complex en werkt de gespecialiseerde fysiotherapeut* vaak multidisciplinair. De gespecialiseerde fysiotherapeut* heeft een wederzijdse verwijzingsrelatie met huisartsen en medisch specialisten. Daarnaast kan zij samenwerken met de geestelijke gezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg, onderwijsinstellingen, kinderopvang, medisch kinderdagverblijven en kan zij participeren in speciale opgerichte plas- en poeppoli's in de tweede en/of derde lijn.

In de intramurale zorg participeren gespecialiseerde fysiotherapeuten* in multidisciplinaire diagnostische spreekuren en participeren zij in zowel klinische als poliklinische behandelprogramma's. Een gespecialiseerde fysiotherapeut* zal doorgaans een kind met problematiek in de zindelijkheid *niet* aan huis behandelen. Ook het behandelen van een kind met zindelijkheidsgerelateerde problematiek binnen school valt *niet* binnen het werkterrein. Zo nodig worden leerkrachten wel geïnformeerd en geadviseerd betreffende het gezondheidsprobleem van het kind indien kind en ouders/verzorgers hiervoor toestemming geven. Bij onderzoek en behandeling van kinderen met problemen in de zindelijkheid wordt toestemming gevraagd aan kind en/of ouders. Het kind wordt geïnformeerd op zijn leeftijd en ontwikkeling passende wijze. Ook beide ouders krijgen de benodigde informatie om toestemming te kunnen geven (informed consent). Informatievoorziening en toestemming is beschreven in hoofdstuk 1.6 *Wet en regelgeving* van dit addendum.

1.3.4. Preventie

De gespecialiseerde fysiotherapeut* kan een bijdrage leveren aan het scheppen van voorwaarden voor gezond toiletgedrag op peuterzalen, (medisch) kinderdagverblijven, basisscholen en op het voortgezet onderwijs.^{7,11,12} Deze activiteiten vallen onder universele preventie.

Het vermoeden bestaat dat veel problemen in de zindelijkheid bij volwassenen hun oorsprong vinden in de kinderleeftijd. Adequate behandeling op jonge leeftijd werkt kostenbesparend en voorkomt chroniciteit.¹³⁻¹⁷

1.4.2 Fasen gespecialiseerd fysiotherapeutisch methodisch handelen

De normale fasen binnen het methodisch handelen en het klinisch redeneren zullen gevolgd worden passend bij het eigen BP, te weten screening, diagnostiek en behandeling.^{1,2}

2. Diagnostiek

Ten aanzien van de diagnostiek is de volgende aanvulling geformuleerd: De gespecialiseerde fysiotherapeut* zal conform de bestaande richtlijnen handelen en volgens deze richtlijnen een gewogen keuze maken.^{3-6,9,10} Betreffende het standaard onderzoek bij aanvang van de behandeling is er overeenstemming in het afnemen van kind- en oudervragenlijsten, klinimetrie en algemeen lichamelijk en motorisch onderzoek inclusief inspectie van het anaal en urogenitaal gebied en het uitwendig functieonderzoek van de bekkenbodem.^{7,11,12} Mocht op basis van het diagnostisch proces een aanvullend onderzoek geïndiceerd zijn (uroflowmetrie, echografie, aanvullend algeheel motorisch onderzoek of inwendig onderzoek van de bekkenbodemuisculatuur), dan zal de gespecialiseerde fysiotherapeut* vanuit haar eigen expertise en mogelijkheden keuzes maken in het verrichten van aanvullend onderzoek. Indien nodig zal doorverwezen worden naar een collega met aanvullende scholing op dit specifieke gebied of naar een medisch specialist (huisarts, uroloog of endocrinoloog) en/of gedragswetenschapper.

Het lichamelijk onderzoek dient gericht te zijn op het uitsluiten van het vermoeden van pathologie en het bepalen van de behandelbare doelen voor de gespecialiseerde fysiotherapeut*. Derhalve maakt inspectie van het urogenitaal gebied deel uit van het lichamelijk onderzoek. Indien gekozen wordt voor inwendig onderzoek en behandelen door de bekkenfysiotherapeut vindt dit uitsluitend anorectaal plaats en zal -indien geïndiceerd- in een vervolgbehandeling plaatsvinden, nadat een informed consent is afgegeven en dit vermeld is in de status.

Indien een inwendig onderzoek nodig wordt geacht, wordt dit onderzoek **uitsluitend** uitgevoerd door een geregistreerde bekkenfysiotherapeut.^{7,11,12}

Indicatie voor een inwendig onderzoek is een sterk vermoeden van een bekkenbodemspierdysfunctie bij een kind dat onvoldoende reageert op de eerder uitgevoerde behandeling. Het inwendig onderzoek moet beperkt worden toegepast en past **niet** in een standaard onderzoek bij aanvang van de behandeling en slechts vanaf de leeftijd van 6 jaar. Bij afwijking van dit advies is overleg en toestemming van de verwijzer gewenst.

Informatievoorziening en toestemming t.a.v. uitwendige inspectie en inwendig onderzoek is beschreven in hoofdstuk 1.6 *Wet en regelgeving* van dit addendum.

3. Therapeutisch proces

De gespecialiseerde fysiotherapeut* (geregistreerd als bekkenfysiotherapeut) kent haar beperkingen binnen het werkdomein van de zindelijkheidsproblematiek. Indien naast incontinentieproblemen ook problemen met het bewegen in het algemeen op de voorgrond staan zodanig dat dit de behandeling negatief zou kunnen beïnvloeden, werkt zij samen met of verwijst zij door naar een gespecialiseerde fysiotherapeut* (geregistreerd als kinderfysiotherapeut). Verwijzing naar een gespecialiseerde -kinderfysiotherapeut* is tevens geïndiceerd wanneer de gespecialiseerde –bekken-fysiotherapeut* ervaart onvoldoende aansluiting te vinden bij het kind en zijn ouders wat betreft het aanleren van nieuwe motorische vaardigheden en/of gedrag gerelateerd aan mictie en defecatie. Hierbij valt te denken aan kinderen die in het algemeen snel afgeleid zijn, slecht naar prikkels in het eigen lichaam kunnen luisteren of nog erg jong zijn en derhalve nog moeilijk de bekkenbodemspierselectie selectief kunnen aanspannen.

De gespecialiseerde fysiotherapeut* (geregistreerd als kinderfysiotherapeut) kent haar beperkingen binnen het werkdomein van de problematiek in de bekkenregio. Indien de hulpvraag problemen op het gebied van seksualiteit, tienerzwangerschappen, partus e.d. betreft of inwendige behandeltechnieken nodig zouden kunnen zijn, werkt zij samen met of wordt doorverwezen naar een gespecialiseerde fysiotherapeut * geregistreerd als bekkenfysiotherapeut.

1.4.3 Behandeling

De gespecialiseerde fysiotherapeut kiest een benadering die past bij de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind. Belangrijk daarbij is vooral de mate waarin ruimte is voor de autonomie van het kind. Bij de behandeling van kinderen jonger dan 12 jaar is de rol van de ouders/verzorgers groot. Naarmate het kind ouder wordt, krijgt het kind meer zeggenschap. In de puberteit is betrokkenheid en steun van ouders/verzorgers belangrijk voor het organiseren en structureren van het behandelproces. Daarnaast moet de gespecialiseerde fysiotherapeut* ervoor waken dat het kind van middelbare schoolleeftijd voldoende privacy en veiligheid geboden wordt. Het kind van 16-17 jaar kan zelf beslissen zonder hulp van ouders/verzorgers over de aard en inhoud van de begeleiding.¹⁸

Bekkenfysiotherapeuten zullen aanvullend geschoold moeten zijn in het verrichten van het bekkenbodemonderzoek en inwendige behandeling bij kinderen. Hierbij geldt eveneens dat toetsing zal plaatsvinden en bijscholing verplicht gesteld gaat worden binnen de geldende regels van het kwaliteitsregister.

Te allen tijde zijn het kind en ouder/verzorger in de gelegenheid aan te geven het onderzoek te willen beëindigen. De bekkenfysiotherapeut zal continu alert moeten zijn op signalen van kind en ouder/verzorger die wijzen op ongenoegen, angst en dissociatie. Indien dit het geval is zal direct het onderzoek worden stopgezet.

Dit moet duidelijk worden gecommuniceerd met het kind en ouders/verzorgers voorafgaand aan het onderzoek en behandeling volgens de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).¹⁸

1.5 Beroepsethiek

In het BP Kinderfysiotherapeut is een aantal ethische dilemma's beschreven die ook voor de bekkenfysiotherapeut relevant zijn (ethische dilemma's overgenomen uit BP Kinderfysiotherapeut blz. 17).

- (gescheiden) ouders die verschillende keuzes maken in de behandeling.;
- het omgaan met voogdijafspraken;
- 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.

Daarnaast zijn er voor dit werkdomein specifieke ethische aspecten, met name:

- de ouders/verzorgers hebben een hulpvraag maar het kind niet²⁻⁶;
- als vanuit de hulpvraag en gespecialiseerde fysiotherapeutische* diagnose geen specifieke deskundigheid van ofwel bekkenfysiotherapeut ofwel kinderfysiotherapeut geïndiceerd is;
- de impact van schaamte en sociale druk;
- de invloed op de motivatie en therapietrouw;
- de vraag of een kind in staat is te overzien wat een inwendig onderzoek/behandeling betekent en hoe hiermee om te gaan;
- de signalering en de **verplichte**** melding van kindermishandeling en seksueel misbruik door de bekkenfysiotherapeut¹ en de kinderfysiotherapeut² gelet op de verhoogde incidentie hiervan bij deze patiëntengroep.

**Actuele informatie treft u aan op: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/inhoud/meldcode>

Basiskennis van het herkennen en bespreken van ethische problemen is een vereiste.^{7,9,19} De gespecialiseerde fysiotherapeut* dient tijdens haar onderzoek en behandeling alert te zijn op het bestaan van ethische dilemma's. In situaties waar deze of andere ethische dilemma's zich voordoen, zal de gespecialiseerde fysiotherapeut* een zorgvuldige afweging moeten maken ten aanzien van het handelen in afstemming met huisarts, verwijzer of mogelijk andere betrokkenen.

1.6 Wet en regelgeving

De wet en regelgeving ten aanzien van kinderen is volledig weergegeven in het BP Kinderfysiotherapeut, en slechts ten dele genoemd en niet uitgeschreven in het BP bekkenfysiotherapeut. Voor de volledigheid van dit addendum worden deze wetten en regels hier opgesomd.

Wetten en regels volgens welke kinderfysiotherapeuten bovendien werken, overgenomen uit BP Kinderfysiotherapeut (tabel 1.2, pag. 18)

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 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>.

Uitwendige palpatie en inwendig handelen in de bekkenregio zijn niet specifiek geborgd in de wet BIG of de WGBO. Deze worden genoemd in de KNGF Brochure "Zorgvuldig handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen".⁷ In deze brochure wordt niet ingegaan op de specifieke situatie van kinderen.

De gespecialiseerde fysiotherapeut* dient een recente Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) te kunnen overleggen op verzoek van derden.

Binnen de aanvullende scholing zal het uitvoeren van het onderzoek van de bekkenregio bij kinderen (uitwendige inspectie, palpatie en inwendig handelen) specifiek gedoceerd en getoetst worden en daarmee zal de kwaliteit en integriteit geborgd zijn. Inwendig handelen is voorbehouden aan de geregistreerde bekkenfysiotherapeut (Brochure KNGF Zorgvuldig Handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen⁷).

Uitwendige inspectie en palpatie

- *toe te passen door gespecialiseerde fysiotherapeuten*, die getoetst zijn op gestelde competenties en kennis t.a.v. uitwendige inspectie en palpatie en werkervaringseis, visitatie, en intervisie;*
- *voorafgegaan met informatievoorziening en schriftelijke toestemming bij kinderen tot 12 jaar (ouders), bij kinderen tussen 12-16 jaar (kind en ouders) en bij kinderen van 16 en 17 jaar²⁰.*

Inwendig handelen

- *zal **bij uitzondering** worden toegepast en pas **nadat** gespecialiseerde fysiotherapie* geen verbetering heeft opgeleverd;*
- *uitsluitend met instemming van de verwijzer na bespreking in multidisciplinaire setting;*
- *besluitvorming duidelijk vastleggen bij kinderen tot 12 jaar (ouders), bij kinderen tussen 12-16 jaar (kind en ouders) en bij kinderen van 16 en 17 jaar²⁰;*
- *uitsluitend toe te passen door geregistreerde bekkenfysiotherapeuten, die getoetst zijn op gestelde competenties en kennis t.a.v. inwendig handelen en werkervaringseis, visitatie, en intervisie.*

Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen

In dit hoofdstuk zijn de ontwikkelingen t.a.v. drie onderdelen weergegeven. Voor de overige ontwikkelingen wordt verwezen naar beide BP's.

2.1 Ontwikkelingen in de zorgvraag

Epidemiologische ontwikkelingen

Tot de zestiger jaren werd een toilettraining gestart rond de leeftijd van 18 maanden. Na deze tijd is een trend te zien geweest waarbij de toilettraining startte rond de leeftijd van 21-36 maanden. De meeste kinderen werden tussen de leeftijd van 2-3 jaar overdag volledig zindelijk. De laatste decennia worden de kinderen steeds vaker pas zindelijk tussen de leeftijd van 3-4 jaar.²¹⁻²³

Maatschappelijke ontwikkelingen

Er zijn meer gezinnen waarbij beide ouders werkzaam zijn of gescheiden gezinnen waardoor de verantwoordelijkheid voor de zindelijkheidstraining steeds vaker bij medeverzorgers van kinderdagverblijven/gastgezinnen komt te liggen. Daarnaast hebben veel scholen een regel dat een kind bij de start in groep 1 (4 jaar) overdag volledig zindelijk moet zijn. De scholen kunnen een "niet-zindelijk" kind weigeren of ouders moeten onder schooltijd zelf naar school komen om een kind te verschonen. Dit kan tot verstoringen in de toilettraining leiden waarbij het kind en de ouder onder druk komen te staan met soms mictie -en/of defecatiestoornissen tot gevolg. Voorts heeft de ontwikkeling

Passend Onderwijs geleid tot een verhoging van kinderen met complexe problematiek op de basisschool.

2.3 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Bij de diagnostiek en behandeling wordt gebruik gemaakt van de volgende nationale- en internationale richtlijnen:

- multidisciplinaire richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0-18 jaar(NVK 2009)³
- richtlijn Urine-incontinentie bij kinderen(NVK en NVU 2008)⁴
- richtlijn Urinewegeninfecties bij kinderen (NVK 2010)⁵
- richtlijn Zindelijkheid JGZ (TNO 2011)⁶
- International Children's Continence Society (ICCS) richtlijnen⁹
- Rome IV criteria (2016)¹⁰
- Richtlijn Functionele buikpijn bij kinderen (CBO 2015)²⁴

2.5 Opleiding

De aanvullende post-HBO opleiding betreffende kinderen met problemen in de zindelijkheid zal uitsluitend toegankelijk zijn voor geregistreerde bekkenfysiotherapeuten en geregistreerde kinderfysiotherapeuten. De opleiding zal moeten voldoen aan de eisen op het niveau van European Qualification Framework (EQF) 7.

Een herziening van het curriculum van de aangeboden opleidingen zal nodig zijn om de juiste attitude, kennis en vaardigheden aan te leren en kwaliteit te waarborgen. De opleidingseisen zullen naar de inzichten van dit addendum herschreven worden en elke 5 jaar dienen te worden beoordeeld op actualiteit.

Literatuurlijst

1. Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF). Beroepsprofiel Bekkenfysiotherapeut. Amersfoort: KNGF; 2014.
<https://www.kngf.nl/vakgebied/vakinhoud/beroepsprofielen.html>. Geraadpleegd op 10 oktober 2016.
2. Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF). Beroepsprofiel Kinderfysiotherapeut. Amersfoort: KNGF; 2014.
<https://www.kngf.nl/vakgebied/vakinhoud/beroepsprofielen.html>. Geraadpleegd op 10 oktober 2016.
3. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar. 2009.
4. Nederlandse Vereniging voor Urologie. Richtlijn Urine incontinentie bij kinderen. 2008.
5. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Richtlijn Urineweginfecties bij kinderen. 2010
6. TNO: Richtlijn Zindelijkheid JGZ. 2011.
7. Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF). Brochure Zorgvuldig Handelen bij voorbehouden en bijzondere handelingen, derde editie, 2007.
8. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG-register).
<https://www.bigregister.nl/registratie/inhetbigregister/rechtenenplichten/>. Geraadpleegd op 10 oktober 2016.
9. Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: update report from

- the Standardization Committee of the International Children's Continence Society. *J Urol*. 2014 Jun;191(6):1863-1865.
10. Drossman DA Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. *Gastroenterol*. 2016. Feb. 19. pii: S0016-5085(16)00223-7. DOI: [10.1053/j.gastro.2016.02.032](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.032)
 11. Bø K, Berghmans B, Morkved S, van Kampen M. Evidence -based Physical Therapy for the Pelvic Floor, Philadelphia: Elsevier Ltd 2007.
 12. Slieker-ten Hove MCP, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJC, Steegers-Theunissen RPM, Burger C.W, Vierhout ME. Face Validity and Reliability of the First Digital Assessment Scheme of Pelvic Floor Muscle Function Conform the New Standardized Terminology of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2009;28(4):295-300.
 13. Bongers ME, van Dijk M, Benninga MA, Grootenhuis MA. Health related quality of life in children with constipation-associated fecal incontinence. *J Pediatr*. 2009;154(5):749-5.
 14. Bongers ME, van Wijk MP, Reitsma JB, Benninga MA. Long-term prognosis for childhood constipation: clinical outcomes in adulthood. *Pediatrics*. 2010;126(1).
 15. D'Ancona CA, Lopes MH, Faleiros-Martins AC, Lúcio AC, Campos RM, Costa JV. Childhood enuresis is a risk factor for bladder dysfunction in adult life? *Neurourol Urodyn*. 2012;31(5):634-6.
 16. Fitzgerald MP, Thom DH, Wassel-Fyr C, Subak L, Brubaker L, Van Den Eeden SK et al. Reproductive Risks for Incontinence Study at Kaiser Research Group. Childhood urinary symptoms predict adult overactive bladder symptoms. *J Urol*. 2006;175(3 Pt 1):989-93.
 17. van Ginkel R, Reitsma JB, Buller HA, van Wijk MP, Taminiou JA, Benninga MA. Childhood constipation: longitudinal follow-up beyond puberty. *Gastroenterol*. 2003;125(2):357-363.
 18. Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/patientenrecht-en-clientenrecht/inhoud/rechten-in-de-zorg>. Geraadpleegd op 10 oktober 2016.
 19. van Run DK, Zolotor AJ, Graham JC, Dubowitz H, Litrownik AJ et al. Unexplained gastrointestinal symptoms after abuse in a prospective study of children at risk for abuse and neglect. *Ann Fam Med*. 2010;8(2):134-40.
 20. Kind en Ziekenhuis. Wettelijke regeling informatie en toestemming van minderjarigen en /of hun vertegenwoordigers (artikelen 7:448 en 7:450 BW). <https://www.kindenziekenhuis.nl/professionals/modelrichtlijn-wgbo/>. Geraadpleegd op 1 november 2016.
 21. Joinson C, Heron J, von Gontard A, Butler U, Emond A, Golding J. A prospective study of age at initiation of toilet training and subsequent daytime bladder control in school-age children. *J Dev Behav Pediatr*. 2009;30(5):385-93.
 22. Bakker E, Wyndaele JJ. Changes in the toilet training of children during the last 60 years: the cause of an increase in lower urinary tract dysfunction? *BJU Int*. 2000;86(3):248-52.
 23. van Nunen K, Kaerts N, Wyndaele JJ, Vermandel A, van Hal G. Parents' views on toilet training (TT): A quantitative study to identify the beliefs and attitudes of parents concerning TT Article. *J Child Health Care*. 2015;19(2):265-74.
 24. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Richtlijn Functionele Buikpijn. 2015.