BEROEPS-COMPETENTIEPROFIEL PSYCHOMOTORISCHE KINDERTHERAPIE



Colofon

© 2026 Dit is een uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT).

Redactie: NVPKMT vaktherapie Nederland (Projectgroep BCP o.l.v. Marleen Damink Goossen en TerraTekst)

Vormgeving: Oldenburg Visuele Communicatie

nvpmkt
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHOMOTORISCHE KINDERTHERAPIE
LID VAN
vaktherapie nederland

Voorwoord

Op welk moment heeft therapie een therapeutisch effect? Wat is ervoor nodig om kinderen die relationeel zijn beschadigd weer te laten vertrouwen in de ander en zichzelf? Hoe vertalen we de theorie van herstel naar de weerbarstige praktijk van het behandelproces? Om deze vragen te kunnen beantwoorden is het helpend om te weten wat invloed heeft op hoe onze hersenen zich ontwikkelen en veranderen.

Ieder mens heeft een uniek pad naar het heden. Alle persoonlijke ervaringen, in het bijzonder die met de ander, vormen ons tot wie we zijn. Van de taal die we spreken tot hoe we onszelf, de ander en de wereld ervaren. Dit is een continu proces vanaf conceptie tot de dood. Onze biografie beïnvloedt onze biologie; een complex samenspel en veranderproces van intergenerationele, (epi)genetische en psychosociale factoren. Ons zenuwstelsel speelt daarin de hoofdrol: het verleden wordt opgeslagen en als lens gebruikt om naar het heden te kijken. Het geeft betekenis aan het hier en nu.

Het huidige medische model in de ggz (DSM-5) houdt weinig tot geen rekening met deze individuele complexiteit. Zoals George Box het verwoordde: “In essentie is elk model fout, maar sommige zijn handig”. De complexiteit van het brein en *menswerking* kan verlammend werken, zeker in de vertaling naar de weerbarstige praktijk. De kunst is om een balans te vinden tussen simplistische en complexe oplossingen. Simplistisch doet geen recht aan de menselijke complexiteit, anderzijds is complex niet bruikbaar noch toepasbaar voor de huidige klinische praktijk.

De wetten van de neurobiologie bepalen het proces van hersenontwikkeling, net als de zwaartekracht invloed heeft op hoe hoog we kunnen springen. Als de ontwikkeling stagneert of disfunctioneel wordt, is verandering alleen mogelijk als deze wetmatigheden worden gerespecteerd. Anders zullen goedbedoelde interventies niet leiden tot een wenselijk resultaat. Twee wetten of principes vanuit de neurobiologie – *plasticiteit* en *specificiteit* – spelen hierbij een belangrijke rol.
Tot op hoge leeftijd blijft het brein plastisch, oftewel veranderbaar. Mensen kunnen later in het leven starten met een studie of leren een vreemde taal. Vaardigheden die gestimuleerd worden en de juiste input krijgen, zullen zich ontwikkelen. De ontwikkeling van de meeste vaardigheden gaat bij de meeste mensen ongeveer gelijk op. De snelheid waarmee een kind leert staan, lopen en praten verschilt per kind maar mijlpalen worden vaak binnen een bepaalde periode bereikt. De moedertaal die op jonge leeftijd geleerd wordt, wordt op een andere plek in de hersenen opgeslagen dan talen die later (>6 jaar) geleerd worden. Zo gaat dit ook met andere vaardigheden: het kan later aangeleerd worden, maar altijd met een accent.
Met specificiteit wordt bedoeld dat een neuraal netwerk alleen kan veranderen als het wordt geactiveerd. Net als een spier die sterker kan worden als het – herhalend en gedoseerd – stress aangeboden krijgt, kunnen delen van het brein niet veranderen zonder activatie. Welke vorm van activatie bepaalt dus ook welk deel van het brein het meest verandert.
De verklaring waarom juist een lichaams- en ervaringsgerichte therapie goed kan aansluiten bij de ontwikkelingsbehoefte van het kind, kan ook in

de neurowetenschap gevonden worden. Regulatie – met name stress- en emotieregulatie – zijn vaardigheden die het kind moet kunnen oefenen in de context van het relationele. Vaktherapie in het algemeen en psychomotore kindertherapie in het bijzonder zijn interventies die deze vaardigheden kunnen verbeteren. Het versterken van zelfvertrouwen, zelfbeeld en regulatie, weer leren en durven voelen, het signaleren en omgaan met golven van emoties: het ervaren dat positieve en negatieve gevoelens er beide mogen zijn. Vaktherapie maakt dus gebruik van iets heel belangrijks: het gaat niet alleen om het *wat*, maar juist ook het *wie*. De vaktherapeut is zelf het belangrijkste middel en door goed aan te sluiten en af te stemmen op het kind, kan het een essentiële schakel vormen in een behandelproces waarop verder gebouwd kan worden.

Welke koers gaan we varen als maatschappij en gezondheidszorg? De keuze is aan ons; er liggen grote vraagstukken die een antwoord verdienen. Aan de ene kant weten we heel veel over wat we nodig hebben voor een gezonde ontwikkeling, aan de andere kant zien we daar nog (te) weinig van terug in het beleid en daarmee in de maatschappij. De neurowetenschap biedt een theoretisch kader, die de vaktherapie letterlijk handen en voeten geeft. De mens gedijt het best in een relationeel rijke omgeving en de beste therapie is menselijke liefde, aandacht en compassie. Neurowetenschap geeft zicht op wat wij als mens nodig hebben, maar uiteindelijk is de vraag wat we met deze kennis doen. Verandering blijft mogelijk en het hierop doelgericht inzetten van PMKT, helpt ons bij het creëren van een toekomst waarin hoop op herstel er mag zijn. Dat is een toekomst die het waard is om voor te vechten.

Roland Verdouw
Kinder- en jeugdpsychiater
Augustus 2026



Inhoudsopgave

Voorwoord 3

1. Inleiding 8
1.1 Aanleiding 8
1.2 Totstandkoming beroepscompetentieprofiel 8
1.3 Inhoud van het beroepscompetentieprofiel Psychomotorisch Kindertherapeut 8
1.4 Het BCP in het huidige tijdsgewicht 9

2. Kern van het vaktherapeutische beroep PMKT 11
2.1 De vaktherapeutische beroepen 11
2.2 De psychomotorisch kindertherapeut als vaktherapeutisch professional 11
2.3 Psychomotorisch-kindertherapeutische interventies 12
2.4 Psychomotorisch-kindertherapeutische doelgroepen 15

3. Ontwikkelingen in maatschappij, zorg en PMKT 18
3.1 Ontwikkelingen in maatschappij en zorg: 18
3.1.1 Er is meer focus op preventie, veerkracht en sociale basis 18
3.1.2 De samenleving wordt complexer 18
3.1.3 Dubbele vergrijzing 18
3.1.4 Toenemende inzet van technologie als onderdeel van behandelingen 18
3.1.5 Een ontwikkeling naar meer domeinoverstijgend samenwerken 18
3.1.6 Meer focus op diversiteit en het belang van inclusie 19
3.1.7 Toenemende werkdruk in de zorg 19
3.1.8 Een tendens naar meer persoonsgerichte hulpverlening 19
3.1.9 De overheid stuurt op passende zorg 19
3.1.10 Sustainable Development Goals en de Green Deal Duurzame Zorg 19
3.1.11 De opkomst van de beweging Arts in Health 19
3.1.12 De mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking neemt af 19
3.1.13 Een toename van ongezonde leefstijl onder kinderen en jongeren 19
3.1.14 Schooluitval in basis- en voortgezet onderwijs 19
3.1.15 De ggz staat onder steeds grotere druk 19
3.1.16 Door schaarste groeit de behoefte aan morele kaders 20
3.1.17 Versterken van systeemgericht werken 20
3.1.18 Integratie van kennis uit ontwikkelingspsychologie, neurobiologie en traumaonderzoek 20
3.1.19 De vraag naar extramurale behandeling bij vrijgevestigde praktijken neemt toe 21
3.1.20 Toenemende aandacht voor evidence informed werken 21
3.1.21 Positie van PMKT binnen onderwijs en passend onderwijs 21

4. De Competentieset 24
CanMEDS als kapstok 24
Toelichting competentieset 24
4.1 Vakinhoudelijk handelen & de vaktherapeutisch behandelaar 25

4.1.1 Competentie 1 25
4.1.2 Competentie 2 26
4.1.3 Competentie 3 27
4.1.4 Competentie 4 28
4.2 Communicatie & de communicator 29
4.2.1 Competentie 1 29
4.2.2 Competentie 2 29
4.3 Samenwerking & samenwerkingspartner 30
4.3.1 Competentie 1 30
4.3.2 Competentie 2 31
4.3.3 Competentie 3 33
4.4 Kennis en wetenschap & de EBP-professional 33
4.4.1 Competentie 1 33
4.4.2 Competentie 2 34
4.5 Maatschappelijk handelen & maatschappelijk bewuste professional 34
4.5.1 Competentie 34
4.5.2 Competentie 2 35
4.6 Organisatie & de organisator en ondernemer 35
4.6.1 Competentie 1 35
4.6.2 Competentie 2 36
4.6.3 Competentie 3 37
4.7 Professionaliteit en kwaliteit & kwaliteitsbevorderaar 37
4.7.1 Competentie 37
4.7.2 Competentie 2 38
4.7.3 Competentie 3 38

5. Fundamentele elementen van de PMKT 40

Bijlage 1: Begrippenlijst 43
Bijlage 2: Betrokkenen bij de totstandkoming van het BCP 46
Bijlage 3: Geraadpleegde Bronnen 47



1. Inleiding

Dit beroepscompetentieprofiel Psychomotorische Kindertherapie is geschreven in opdracht van Vaktherapie Nederland en beschrijft de specifieke kenmerken, kwaliteiten en het beroepsmatig handelen van de psychomotorisch kindertherapeut.

1.1 Aanleiding

Aanleiding voor het schrijven van dit Beroepscompetentieprofiel (BCP) is enerzijds de opdracht vanuit Vaktherapie Nederland, waarbinnen de psychomotorische kindertherapie één van de zeven vaktherapeutische beroepen is en anderzijds de noodzakelijke update van het in 2016 geschreven Competentieprofiel Psychomotorische Kindertherapie.
Verder vertegenwoordigt de psychomotorische kindertherapie binnen het algehele veld van de psychomotorische therapie een specifieke en waardevolle behandelwijze gericht op kinderen, waardoor een uitgebreide beschrijving in de vorm van een eigen BCP Psychomotorische Kindertherapie van belang is.

1.2 Totstandkoming beroepscompetentieprofiel

In 2025 is gestart met de herziening van het Competentieprofiel Psychomotorische Kindertherapie.
Vanuit de Commissie Kennisinnovatie van de NVPMKT is een schrijversgroep opgezet, evenals een meelezende spiegelgroep. Deelnemers van deze beide groepen bestonden uit docenten van de opleiding, supervisoren en ervaren psychomotorisch kindertherapeuten, waardoor het BCP Psychomotorische Kindertherapie een breed gedragen document is geworden.

De structuur van het landelijk BCP Vaktherapie is gehanteerd als kapstok voor het schrijven van het BCP Psychomotorische Kindertherapie.

1.3 Inhoud van het beroepscompetentieprofiel Psychomotorisch Kindertherapeut

Met dit BCP Psychomotorische Kindertherapie wordt beoogd een duidelijk beeld te geven van de identiteit, kwaliteit, de competenties en het beroepsmatig handelen van de psychomotorisch kindertherapeut.
Binnen het BCP Psychomotorische Kindertherapie worden vooral die zaken beschreven die in het overkoepelende BCP Vaktherapie nog onvoldoende aan bod komen en/of gedeeltelijk ontbreken vanwege het feit dat de psychomotorisch kindertherapeut werkt met een specifieke doelgroep, wat zijn beslag vindt in een specifieke vaktherapeutische behandelwijze. Dit BCP Psychomotorische Kindertherapie dient dan ook gelezen te worden als aanvulling en specificering naast het overkoepelende BCP Vaktherapie.

Het BCP Psychomotorische Kindertherapie is als volgt opgebouwd:
In hoofdstuk 2 wordt de kern van de psychomotorische kindertherapie beschreven, bestaande uit een globale omschrijving van de inhoud van de psychomotorische kindertherapie als vaktherapeutische professie; een beschrijving van de psychomotorisch kindertherapeutische interventies en een beschrijving van de doelgroepen en indicaties waarmee gewerkt wordt binnen de psychomotorische kindertherapie.
In hoofdstuk 3 wordt er ingegaan op de ontwikkelingen in de maatschap-

pij, de zorg en de vaktherapeutische beroepen en wat deze ontwikkelingen betekenen voor het vak, de werkwijze en de ontwikkelingen van de psychomotorische kindertherapie.
In hoofdstuk 4 wordt dieper ingegaan op de zeven rollen met de daarbij horende competenties behorende bij de psychomotorisch kindertherapeut als vaktherapeutisch professional. Het betreft de rollen van Behandelaar, Communicator, Samenwerkingspartner, de EBP-Professional (betreft kennis en wetenschap), de Maatschappelijk Bewuste Professional, Organisator en Ondernemer en de Kwaliteitsbevorderaar.
In hoofdstuk 5 worden de fundamentele elementen van het therapeutschap van de psychomotorische kindertherapie beschreven en nogmaals uitgelicht.
Afsluitend bevat het BCP nog een begrippenlijst evenals een literatuurlijst.

1.4 Het BCP in het huidige tijdsgewricht

Psychomotorisch kindertherapeuten zijn werkzaam als werknemer en/of als zelfstandige binnen diverse zorgdomeinen en in toenemende mate ook binnen onderwijsinstellingen (en kinderdagverblijven) voor de aanpak van (complexe) problematiek bij kinderen op emotioneel en sociaal vlak.
Behalve een curatieve rol heeft psychomotorische kindertherapie ook een belangrijke preventieve rol. Op wetenschappelijk niveau is aangetoond dat onbehandeld kinderlijk trauma op latere, volwassen leeftijd ook voor mentale gezondheidsproblemen kan zorgen. Preventieve inzet van psychomotorische kindertherapie in de kinderleeftijd is daarmee van grote meerwaarde *(Felleti, 2011)*.



FOTO: INEKE OOSTVEEN



2. Kern van het vaktherapeutische beroep PMKT

2.1 De vaktherapeutische beroepen

Vaktherapeutisch professionals bieden *behandeling* vanuit hun eigen discipline, geënt op 'doen en ervaren' om *cliënten* in beweging dan wel in balans te brengen. Het kan gaan om mensen met fysieke, emotionele, sociale en/of cognitieve problematiek. De professional werkt op basis van een *klinisch redeneerproces (Poismans & Van Keulen, 2018; Werger et al., 2021)*, vanuit de *preventie, eerstelijns-, tweedelijns- en derdelijnsbehandeling (De Jong et al., 2003)*. Vaktherapeutische beroepen worden uitgeoefend in gezondheidszorg, welzijnswerk en (speciaal) onderwijs. Een verdere uitwerking behorend bij de betreffende beroepen staat in de beroepscompetentieprofielen.

Er zijn zeven vaktherapeutische beroepen:
- beeldende therapie
- dans- en bewegingstherapie
- dramatherapie
- muziektherapie
- psychomotorische therapie
- psychomotorische kindertherapie
- speltherapie

2.2 De psychomotorisch kindertherapeut als vaktherapeutisch professional

Psychomotorische kindertherapie is een ontwikkelingsgerichte manier van behandelen, die uitgaat van het individuele ontwikkelingsprofiel van een kind en die plaatsvindt binnen de context van de veilige relatie van de therapeut en het kind. Psychomotorische kindertherapie (PMKT) richt zich specifiek op kinderen en jongeren die stagneren in hun ontwikkeling (de sensomotorische ontwikkeling, de emotionele ontwikkeling, de sociale ontwikkeling en/of cognitieve ontwikkeling) en dat uiten in (probleem)gedrag *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*.

Kenmerkend binnen de PMKT-behandeling zijn bewegen en spelen als primaire werkvormen; lichaamsgericht en ervaringsgericht leren; de koppeling tussen psyche en lichaam; werkend in nauw contact met het systeem rond het kind / de jongere en een transdiagnostisch perspectief gericht op onderliggende werkingsmechanismen zoals arousalregulatie, lichaamsbewustzijn, emotioneel bewustzijn en sociale cognitie. De ingezette interventies zijn planmatig, consensus based of evidence based en waar mogelijk onderbouwd door praktijkgericht en/of wetenschappelijk onderzoek. Bij de theoretische onderbouwing verbindt de PMKT'er kennis uit psychologie, orthopedagogiek, neurobiologie, bewegingswetenschappen en ontwikkelingspsychopathologie met diverse vaktherapeutische middelen. De PMKT'er zet daarbij een breed arsenaal aan lichaams- en ervaringsgerichte, bewegings- en spelmatige behandelinterventies in, waarmee het kind de mogelijkheid geboden krijgt om andere ervaringen op te doen, waarbij de therapeut samen met het kind / de jongere stilstaat bij wat het voelt, beleeft en ervaart, waardoor de stagnatie van de ontwikkeling wordt opgeheven of verminderd; de ontwikkeling weer

vlot wordt getrokken en veerkracht wordt bevorderd, zodat het kind en diens ouders weer op eigen kracht verder kunnen *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*.

Psychomotorisch kindertherapeuten kunnen deel uitmaken van multidisciplinaire en interprofessionele teams of werken als zelfstandige binnen professionele netwerken samen met bijvoorbeeld systeemtherapeuten, leerkrachten, gemeenteteams en pedagogen. Daarom worden aan de PMKT'er vergelijkbare kwaliteitseisen gesteld als aan de paramedische beroepen (BIG). Dit betekent dat een psychomotorisch kindertherapeut beschikt over medische en psychosociale basiskennis en kan signaleren of een cliënt moet worden terug- of doorverwezen naar een huisarts, psychiater of andere hulpverlener.

2.3 Psychomotorisch-kindertherapeutische interventies

De vaktherapeutisch professional kan werken met de cliënt en het cliënt-systeem zowel vanuit classificerende diagnostiek (bijvoorbeeld *DSM-5, American Psychiatric Association, 2013*) als vanuit transdiagnostisch perspectief *(Abbing et al., 2024; Van Hooren, 2018)*. Het helpen uitdrukken van de opgedane ervaringen kan zorgen voor betekenisverlening en integratie van inzichten. Vaktherapeutische interventies kunnen gezondheid in de breedste zin van het woord bevorderen, waarbij gezondheid gezien wordt als het vermogen om zich aan te passen en (waar mogelijk) eigen regie te hebben over de fysieke, emotionele, sociale en/of cognitieve uitdagingen in het leven *(Huber et al.,2016; Institute of Positive Health, 2024)*.
De PMKT'er beschikt over een groot repertoire aan therapeutische metho-



den en technieken en kennis van hun toepassingsgebieden. Hij kent de principes van zelfmanagement en copingstijlen en kent de theoretische modellen achter zijn in te zetten behandelinterventies *(Van Nieuwenhoven, 2024)*. De behandelinterventies zijn passend bij de hulpvraag, het ontwikkelingsniveau en de procesontwikkeling van de cliënt *(Commissie Kennisinnovatie, 2016)*.

De PMKT'er behandelt het kind / de jongere in nauw contact met diens opvoeders, waarbij behandelplan en -proces steeds tussentijds worden geëvalueerd en bijgesteld. Om helder te krijgen waar een kind stagneert in diens ontwikkeling, voert de PMKT'er een psychomotorisch onderzoek uit, waarbij de ontwikkeling van alle gedragscomponenten (sensoriek, motoriek, emotioneel, sociaal en cognitief) afzonderlijk en in hun samenhang worden bestudeerd. De PMKT'er interpreteert observaties en testresultaten in samenhang met informatie van ouders en betrokken professionals, en stelt daarna vakspecifieke werkdiagnose(s) en behandelplan(nen) op *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*.

Er wordt geen classificerende diagnostiek uitgevoerd zoals een psychotherapeut, psycholoog of orthopedagoog wel doet. Beroepsspecifieke diagnostiek kan wél bijdragen aan het stellen van een classificerende diagnose binnen een multi- of interprofessioneel team.
De PMKT'er heeft ruime kennis van neurobiologie, ontwikkelingspsychologie, psychotherapie, levensfasen, sensomotorische, emotionele, sociale en cognitieve ontwikkeling, verstorende factoren en ziektebeelden, systeem en contextuele kennis *(Van Nieuwenhoven, 2024)*.
De PMKT'er heeft zowel kennis van de gezonde ontwikkeling als ontwikkelingsproblemen, met de daarbij horende psychopathologie en classificaties (zoals DSM-5) en vertaalt dit in het vaktherapeutisch handelen in aansluiting bij de actuele ontwikkelingen op deze gebieden. Vanuit transdiagnostisch perspectief *(Van Hooren et al., 2021)* wordt uitgegaan van de werkingsmechanismen die invloed hebben op de volgende functieniveaus, oplopend van basaal naar complex:

- Arousalregulatie;
- Lichaamswaarneming of -bewustzijn;
- Expressie/creativiteit/flexibiliteit;
- Affect- en emotieregulatie;
- Regulatie van hogere-orde cognitieve processen, zoals executieve functies;
- Regulatie van sociale cognitie.

De PMKT'er werkt bij voorkeur *bottom-up*; van regulatie naar relatie naar redenatie *(Perry, & Szalavitz, 2007; Fonagy 2002)*. In de eerste fase van de therapie is regulatie van arousal een voorwaarde om te bouwen aan een veilige therapeutische relatie, waar de stress van het kind/de jongere binnen de *window of tolerance* kan blijven *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*. De PMKT'er heeft hierin de keuze uit een ruim arsenaal aan behandelinterventies; verbaal of non-verbaal, direct of indirect, uitlokkend of voorbeeldgevend, via de bewegingscontext oefenend of via de bewegingsbeleving, reflecterend, of doorlevend *(Commissie Kennisinnovatie, 2016)*.
Al bewegend en voelend leert het kind diens lichaamssensaties te koppelen aan diens emoties. Binnen de psychomotorische kindertherapie werken we met kinderen aan een positief zelfbeeld door het kind succeservaringen op te laten doen. Tegelijkertijd staan we met het kind stil bij wat het kan, wil, denkt

en voelt. Hierdoor groeit het zelfbesef van het kind. Met een realistisch zelfbesef kan een kind eventueel noodzakelijke veranderingen van diens gedrag vrijwillig (zonder dwang of straf), van binnenuit, nastreven *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*.

In de middenfase van de therapie, de fase van gedragsverandering, zullen de behandelinterventies vooral inzichtgevend zijn, doorlevend en structurerend van aard waardoor het kind mogelijkheden krijgt aangereikt meer grip en inzicht te verwerven in diens problematiek en lichaamsbeleving *(Commissie Kennisinnovatie, 2016)*. Binnen alle aangeboden behandelinterventies werkt de PMKT'er vooral kindvolgend, dus afgestemd op de behoefte van het kind op dat moment. Via 'verwoording' van de ervaringen en van de bewustwordingen in de omgang met de therapeut, krijgt het kind taal voor diens ervaringen en kan het erover gaan denken en vertellen met meer abstracte begrippen. Door variatie en herhaling in de ervaringen zullen zich op breinniveau andere mentale modellen vormen *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021; Bik et al., 2019)*. Binnen de therapie zal een therapeut gebruikmaken van positieve feedback. Het kind wordt zich bewust van diens kwaliteiten en ontwikkelt zo zelfbewustzijn en zelfvertrouwen. Het leert steeds meer op eigen benen te staan.

In de laatste fase van de therapie geeft de therapeut meer ik-boodschappen en oefent het kind meer en meer in sociale vaardigheden als 'rekening houden met' en 'opkomen voor jezelf'. Het kind wordt zelfstandig en sociaal vaardig en heeft keuzevrijheid in gedrag, wat zichtbaar is in de groeiende ontwikkeling van het kind *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*.


FOTO: HANS LEBBE

Parallel aan het therapieproces krijgt het systeem rond het kind handvatten aangereikt, zodat het kind ook buiten de therapie ander gedrag kan laten zien.
De stagnatie van de ontwikkeling wordt opgeheven of verminderd; de ontwikkeling wordt weer vlot getrokken en veerkracht wordt bevorderd, zodat het kind en diens ouders weer op eigen kracht verder kunnen *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*.

Veelvoorkomende behandeldoelen:

- Leren reguleren van eigen arousal (Het reguleren van impulsen, agressie, spanning en stress);
- Het waarnemen en herkennen van lichaamssignalen en verbeteren van de lichaamsbeleving en beweging;
- Contact maken met het eigen gevoelsleven en dit contact versterken;
- Versterken van emotieregulatievaardigheden, zoals het adequaat leren uiten van emoties;
- Verwerken van verlieservaringen, trauma en ingrijpende veranderingen;
- (beter) Leren voelen/ervaren, bepalen, hanteren en aangeven van grenzen;
- Versterken van zelfbeeld, zelfvertrouwen, assertiviteit en autonomie;
- Verbeteren van sociale vaardigheden in omgang met anderen;
- Versterken van ondersteunende cognities, bijvoorbeeld in geval van een negatief zelf- of lichaamsbeeld;
- Versterken van cognitieve functies, zoals aandacht, executieve functies, oriëntatie, inhibitie;
- Optimaliseren van motorische en spraak-taalvaardigheden.

2.4 Psychomotorisch-kindertherapeutische doelgroepen

Psychomotorische kindertherapie is een behandelwijze voor kinderen en jongeren van twee tot achttien jaar die vastlopen in hun ontwikkeling en dat uiten in (probleem)gedrag. Ze reageren bijvoorbeeld angstig of ze krijgen woedeaanvallen. Het zijn kinderen die soms somber of depressief zijn en passief in het leven staan, of kinderen die veelal onrustig, druk en ongeconcentreerd zijn, en die op de een of andere manier langdurig niet lekker in hun vel zitten. Deze kinderen zijn daardoor niet vrij (en voelen zich niet vrij) om de eigen (gedrags)mogelijkheden te gebruiken, binnen de grenzen van de constitutie en de talenten die ze genetisch hebben meegekregen. Deze kinderen ontbreekt het aan die gedrags-keuzevrijheid, en zij kunnen niet anders dan in bepaalde situaties angstig of star, dan wel boos, ongecontroleerd of somber reageren.

Psychomotorische kindertherapie is erop gericht de gedrags-keuzevrijheid terug te geven aan het kind. Dit gebeurt door kinderen gericht te laten spelen, door ze te leren hoe ze hun stress kunnen reguleren, door ze te helpen bij het verwerken van emoties en door hen ander gedrag ‘te laten ervaren’. Op die manier krijgen kinderen meer gedragsalternatieven tot hun beschikking, gaan ze weer beter functioneren en wordt ontwikkelingsgroei weer mogelijk *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*.



Veelvoorkomende indicaties:

Het kind laat meerdere gedragskenmerken zien op verschillende ontwikkelingsaspecten, zoals:

sociaal/emotioneel gedrag:

- agressief of teruggetrokken gedrag; emotieregulatieproblemen;
- moeilijk contact maken en/of onderhouden met volwassenen of kinderen;
- (faal)angst;
- gespannenheid;
- negatief zelfbeeld;
- affect-regulatieproblemen.

cognitief gedrag:

- aandachts-, motivatieproblemen;
- planningsproblemen;
- impulsiviteit;
- informatieverwerkingsproblemen.

bewegingsgedrag:

- problemen met motorische basisvaardigheden;
- onhandig, houterig bewegen;
- te weinig lichaamsbesef;
- overbeweeglijkheid;
- passiviteit;
- problemen met de fijne motoriek / schrijfproblemen;
- sensorische problemen.

Kinderen kunnen vastlopen in hun ontwikkeling ten gevolge van:

- een stoornis, zoals AD(H)D, autismespectrumstoornissen (ASS), hechtingsproblematiek, angststoornissen en overige psychische problemen;
- een belemmering als gevolg van een traumatische gebeurtenis in hun leefomgeving, zoals ziekte, verlies, scheiding of seksueel misbruik;
- een atypisch ontwikkelingsprofiel, zoals hoogbegaafdheid, een ontwikkelingsvoorsprong of een disharmonisch intelligentieprofiel, waarbij het niveau van denken, voelen en doen niet in hetzelfde tempo meegroeit;
- een verstandelijke beperking, waarbij het cognitieve tempo, de verwerkingssnelheid en het adaptief functioneren achterblijven bij wat de omgeving vraagt.

De therapie sluit aan bij de vroegkinderlijke en pre-verbale fase wanneer verbale therapie nog niet passend is. De laagdrempelige, speelse vorm maakt psychomotorische kindertherapie geschikt voor jonge of kwetsbare kinderen die moeite hebben met praten over emoties *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*.



FOTO: INEKE OOSTVEEN

3. Ontwikkelingen in maatschappij, zorg en PMKT

In hoofdstuk 3 van het BCP Vaktherapeutische Beroepen (jan 2025) wordt er uitgebreid ingegaan op de ontwikkelingen in de maatschappij, de zorg en de vaktherapeutische beroepen. In dit hoofdstuk lopen we de kopjes langs en geven we, waar van toepassing, toelichting die specifiek van belang is voor de psychomotorische kindertherapie. Daarbij voegen we vijf aanvullende paragrafen toe die niet in het BCP Vaktherapeutische Beroepen staan, van 3.1.17 – 3.1.21.

3.1 Ontwikkelingen in maatschappij en zorg:

3.1.1 Er is meer focus op preventie, veerkracht en sociale basis

Binnen het zorg- en onderwijsdomein groeit de aandacht voor vroegtijdige signalering van psychosociale en ontwikkelingsproblemen bij kinderen. Problemen zoals emotieregulatie, gedragsproblemen, sociale interactieproblemen en spanningsklachten worden steeds eerder onderkend *(Nederlands Jeugdinstituut [NJi], z.d.)*. De psychomotorisch kindertherapeut levert een bijdrage aan deze ontwikkeling door:

- het vroeg signaleren van problemen in bewegingsgedrag, spelgedrag en lichaamsbeleving *(Emck & Bosscher, 2010)*;
- het inzetten van laagdrempelige ervaringsgerichte interventies *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2019)*;
- het ondersteunen van kinderen in het ontwikkelen van zelfregulatie, sociale vaardigheden en lichaamsbewustzijn *(Lichtsteiner et al., 2023)*;
- het samenwerken met onderwijs en jeugdhulp in preventieve trajecten *(NJi, z.d.)*.

Hierdoor verschuift de rol van PMKT deels van behandeling naar vroeginterventie en preventie *(NJi, z.d.)*.

3.1.2 De samenleving wordt complexer

3.1.3 Dubbele vergrijzing

3.1.4 Toenemende inzet van technologie als onderdeel van behandelingen

3.1.5 Een ontwikkeling naar meer domeinoverstijgend samenwerken

De zorg voor kinderen met psychosociale en ontwikkelingsproblematiek vindt in toenemende mate plaats in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, zoals jeugdteams, integrale kindcentra en specialistische jeugdhulpteams. Binnen de huidige jeugd- en zorgstructuur wordt steeds meer ingezet op samenwerking tussen verschillende disciplines en domeinen om ondersteuning rondom kinderen en gezinnen integraal vorm te geven *(Nederlands Jeugdinstituut [NJi], z.d.)*. Binnen deze samenwerking brengt de psychomotorisch kindertherapeut specifieke expertise in op het gebied van:

- bewegings- en spelobservatie *(Emck & Bosscher, 2010)*;
- het begrijpen en het beïnvloeden van (sociaal-emotioneel) gedrag vanuit lichaam en motoriek *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2019)*;
- ervaringsgericht leren van nieuw gedrag *(Vaktherapie Nederland, z.d.)*.

De vaktherapeutische inbreng draagt bij aan een meer integraal begrip van de ontwikkeling en het functioneren van het kind. Door lichaamsgerichte en ervaringsgerichte informatie mee te nemen in multidisciplinaire samenwerking ontstaat een breder beeld van het functioneren van kinderen en kunnen behandelinterventies beter op elkaar worden afgestemd *(Bellemans et al., 2022)*.



FOTO: INEKE OOSTVEEN

3.1.6 Meer focus op diversiteit en het belang van inclusie

3.1.7 Toenemende werkdruk in de zorg

3.1.8 Een tendens naar meer persoonsgerichte hulpverlening

3.1.9 De overheid stuurt op passende zorg

De afgelopen jaren heeft de transitie van de Jeugdwet naar de gemeenten plaatsgevonden. Sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor de organisatie, toegang en financiering van jeugdhulp *(Rijksoverheid, z.d.; Nederlands Jeugdinstituut [NJi], z.d.)*. De zorgverzekeraars wijzen daarmee ook naar de gemeente voor de financiering. De positie van de psychomotorisch kindertherapeut is daarmee in belangrijke mate regiogebonden en afhankelijk van de manier waarop de betreffende gemeente(n) de gestelde kaders van de Jeugdwet interpreteren en vormgeven. Gemeenten hebben beleidsvrijheid in de organisatie en inrichting van jeugdhulp, waardoor regionale verschillen kunnen ontstaan in toegang, inkoop, samenwerking en financiering van specialistische zorgvormen zoals PMKT.

3.1.10 Sustainable Development Goals en de Green Deal Duurzame Zorg

3.1.11 De opkomst van de beweging Arts in Health

3.1.12 De mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking neemt af

3.1.13 Een toename van ongezonde leefstijl onder kinderen en jongeren

3.1.14 Schooluitval in basis- en voortgezet onderwijs

3.1.15 De ggz staat onder steeds grotere druk

Preventief investeren in de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren levert op de lange termijn gezondere volwassenen op, waardoor de druk op de volwassen ggz verlaagd wordt. Vroegtijdige interventies en preventieve

ondersteuning kunnen bijdragen aan het verminderen van latere psychische problematiek en het beperken van de zorgvraag op latere leeftijd *(Nederlands Jeugdinstituut [NJi], z.d.)*.

PMKT voor kinderen en jeugdigen valt in veel gevallen binnen de kaders van de Jeugdwet en wordt daardoor doorgaans niet rechtstreeks bekostigd vanuit het zorgprestatiemodel. De financiering verloopt momenteel veelal via gemeentelijke contractering, persoonsgebonden budgetten (PGB's) of – afhankelijk van de polisvoorwaarden – via aanvullende verzekeringen *(Vaktherapie Nederland, z.d.; Zorgwijzer, 2026)*.

3.1.16 Door schaarste groeit de behoefte aan morele kaders

3.1.17 Versterken van systeemgericht werken

Binnen de jeugdhulp en kinder-ggz is de afgelopen jaren een sterke ontwikkeling zichtbaar richting systeemgericht werken, waarbij de context van het kind een belangrijke rol speelt in diagnostiek en behandeling. Binnen de psychomotorische kindertherapie is dit al onderdeel van de behandeling en worden daarom:

- ouders/verzorgers actief betrokken bij het therapeutisch proces *(Bronfenbrenner, 1994; Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2019)*;
- therapeutische ervaringen van het kind vertaald naar de thuissituatie en opvoedpraktijk *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2019)*;
- samenwerking gezocht met scholen, wijkteams en andere betrokken professionals *(Nederlands Jeugdinstituut [NJi], z.d.)*;
- interventies ingezet gericht op het versterken van interactiepatronen tussen kind en omgeving *(Minuchin, 1974)*.

Hierdoor krijgt ouderbegeleiding en systeemgericht werken een nog prominentere plaats binnen de PMKT-praktijk.

3.1.18 Integratie van kennis uit ontwikkelingspsychologie, neurobiologie en traumaonderzoek

Nieuwe inzichten uit onder andere ontwikkelingspsychologie, neurobiologie en traumastudies benadrukken het belang van lichaamsgerichte en ervaringsgerichte interventies bij kinderen. Deze ontwikkelingen versterken de positionering van PMKT als lichaamsgerichte behandelvorm binnen de jeugdhulp en kinder-ggz *(Perry & Szalavitz, 2017; Van der Kolk, 2014)*.



Ontwikkelingspsychologisch onderzoek laat zien dat de lichamelijke, emotionele en sociale ontwikkeling van kinderen nauw met elkaar verbonden zijn *(Siegel, 2012)*;
Neurobiologische inzichten tonen aan dat ervaringen via het lichaam invloed hebben op emotieregulatie en stressverwerking *(Perry & Szalavitz, 2017)*;
Traumaonderzoek benadrukt het belang van lichaamsgerichte interventies bij het verwerken van ingrijpende ervaringen *(Van der Kolk, 2014)*.

3.1.19 De vraag naar extramurale behandeling bij vrijgevestigde praktijken neemt toe

Naast intramurale behandelingen binnen zowel de jeugdzorg als de (gespecialiseerde) ggz, neemt de vraag naar extramurale behandeling toe. Deze wordt gegeven vanuit vrijgevestigde praktijken en maakt deel uit van de eerstelijns behandeling *(Vaktherapie Nederland, z.d.)*.
Deze ontwikkeling vraagt van de psychomotorisch kindertherapeut aanvullende competenties op het gebied van:

- ondernemerschap en praktijkvoering;
- samenwerking met verwijzers zoals huisartsen, jeugdartsen en scholen;
- transparante verslaglegging en verantwoording van behandelresultaten;
- positionering van PMKT binnen het bredere zorglandschap *(Vaktherapie Nederland, z.d.; Kwaliteitsregister Vaktherapie, z.d.)*.

3.1.20 Toenemende aandacht voor evidence informed werken

Binnen de gezondheidszorg groeit de nadruk op evidence informed practice, waarbij professioneel handelen gebaseerd wordt op wetenschappelijke kennis, praktijkervaring en cliëntperspectief *(Sackett et al., 1996; Scheffers et al., 2022)*. Voor de psychomotorische kindertherapie betekent dit dat therapeuten:

- hun interventies onderbouwen met relevante kennis uit onderzoek en theorie *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2019)*;
- systematisch reflecteren op de effectiviteit van hun handelen *(Verhoeven, 2020)*;
- bijdragen aan praktijkgericht onderzoek binnen het vakgebied *(Scheffers et al., 2022)*;
- deelnemen aan kennisontwikkeling en professionalisering van PMKT *(Vaktherapie Nederland, z.d.; Kwaliteitsregister Vaktherapie, z.d.)*.

3.1.21 Positie van PMKT binnen onderwijs en passend onderwijs

Binnen het onderwijs is de afgelopen jaren een ontwikkeling zichtbaar waarbij scholen een steeds grotere verantwoordelijkheid dragen voor het bieden van ondersteuning aan leerlingen met sociaal-emotionele, gedragsmatige en ontwikkelingsproblematiek. In het kader van passend onderwijs werken scholen samen met verschillende professionals om leerlingen zo goed mogelijk te ondersteunen in hun ontwikkeling en deelname aan het onderwijs *(Nederlands Jeugdinstituut [NJi], z.d.; Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap [OCW], z.d.)*.
Tegelijkertijd is de financiële druk op gemeenten hoog en is financiering van ondersteuning en gespecialiseerde hulp niet altijd mogelijk *(NJi, z.d.)*.
Psychomotorische kindertherapie kan binnen deze context een waardevolle bijdrage leveren aan de ondersteuning van kinderen bij wie problemen zicht-

baar worden in gedrag. Binnen onderwijscontexten richt psychomotorische kindertherapie zich onder andere op:

- het versterken van lichaamsbewustzijn en zelfvertrouwen *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2019)*;
- het ontwikkelen van emotieregulatie en impulscontrole *(Perry & Szalavitz, 2017)*;
- het oefenen van sociale interactie en samenwerking *(Lichtsteiner et al., 2023)*;
- het vergroten van de weerbaarheid van kinderen in sociale situaties *(Van der Kolk, 2014)*.

Psychomotorisch kindertherapeuten werken hierbij samen met leerkrachten, intern begeleiders, zorgcoördinatoren en andere professionals die betrokken zijn bij de ondersteuning van het kind. Door ervaringen uit de therapie te verbinden met situaties uit de schoolpraktijk kan het geleerde gedrag beter worden toegepast in de dagelijkse schoolomgeving *(Bronfenbrenner, 1994)*.

De inzet van psychomotorische kindertherapie binnen onderwijs draagt bij aan een bredere en meer integrale benadering van de ontwikkeling van kinderen, waarin aandacht is voor de samenhang tussen cognitieve, motorische, sociaal-emotionele en lichamelijke ontwikkeling *(Siegel, 2012; Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2019)*.



FOTO: HANS LEBBE



FOTO: HANS LEBBE

4. De Competentieset

CanMEDS als kapstok

Door competentiegericht op te leiden, leren studenten verschillende beroepsrollen uit te voeren. In het landelijk domeinprofiel is gekozen voor de CanMEDS-rollen als basis voor de competentieset, en wij sluiten hier op aan.

Toelichting competentieset

De competentieset in dit profiel is van toepassing op de startbekwame psychomotorisch kindertherapeut. In het voorgaande domeinprofiel waren zowel 'beroepstaken' als 'specifieke competentie domeinen' omschreven. Dit competentieprofiel kent geen beroepstaken. De CanMEDS-rollen zijn uitgewerkt in competenties. De competenties zijn uitgewerkt in kenmerken behorend bij de competentie.



Figuur 1 *De CanMEDS-rollen*

Aangepast overgenomen uit CanMEDS door V&VN, z.d. (https://www.venvn.nl/registers/kwaliteitsregister/leren-ontwikkelen/canmeds/). Copyright 2024, V&VN.

4.1 Vakinhoudelijk handelen & de vaktherapeutisch behandelaar

4.1.1 De vaktherapeutisch behandelaar - competentie 1

De vaktherapeutisch professional is bekwaam in het hanteren van het eigen beroepsspecifieke middel benodigd voor het therapeutisch handelen.

De specifieke beroepscompetenties van beeldende therapie, dans-en bewegingstherapie, dramatherapie, muziektherapie, psychomotorische therapie, psychomotorische kindertherapie en speltherapie worden beschreven in de beroepsspecifieke competentieprofielen.

a. Beroepscompetentieprofiel beeldend therapeut
b. Beroepscompetentieprofiel dans- en bewegingstherapie
c. Beroepscompetentieprofiel dramatherapie
d. Beroepscompetentieprofiel muziektherapeut
e. Beroepscompetentieprofiel psychomotorisch therapeut
f. Beroepscompetentieprofiel speltherapeut

De plaats van de psychomotorische kindertherapie binnen de vaktherapeutische beroepen:

De psychomotorische kindertherapie is één van de vaktherapeutische disciplines binnen het landelijke beroepscompetentieprofiel. De therapie richt zich specifiek op kinderen en jongeren die stagneren in hun ontwikkeling (de sensomotorische ontwikkeling, de emotionele ontwikkeling, de sociale ontwikkeling en/of cognitieve ontwikkeling) en dat uiten in probleemgedrag. De psychomotorische kindertherapie is een ontwikkelingsgerichte manier van behandelen, die uitgaat van het individuele ontwikkelingsprofiel van een kind en die plaatsvindt binnen de context van de veilige relatie van de therapeut en het kind.

Kenmerkend binnen de PMKT-behandeling zijn bewegen en spelen als primaire werkvormen. Het kind leert lichaamsgericht en ervaringsgericht, waarbij de koppeling tussen psyche en lichaam wordt benadrukt. Er wordt in nauw contact met het systeem rond het kind / de jongere gewerkt en vanuit een transdiagnostisch perspectief (gericht op onderliggende werkingsmechanismen) zoals arousalregulatie, lichaamsbewustzijn, emotioneel bewustzijn en sociale cognitie.



FOTO: INEKE OOSTVEEN

Bij de theoretische onderbouwing verbindt de PMKT'er kennis uit psychologie, orthopedagogiek, neurobiologie, bewegingswetenschappen en ontwikkelingspsychopathologie met diverse vaktherapeutische middelen. De PMKT'er zet een breed arsenaal aan lichaams- en ervaringsgerichte behandelinterventies in.
Binnen bewegings- en spelmatige activiteiten krijgt het kind de mogelijkheid geboden om ervaringen op te doen, waarbij de therapeut samen met het kind / de jongere stilstaat bij wat het beleeft en ervaart. Hierdoor groeit het realistische zelfbewustzijn, wat de aanzet is tot het veranderen van gedrag.
Met deze verandering in gedrag wordt de stagnatie van de ontwikkeling opgeheven of verminderd en wordt veerkracht bevorderd, zodat het kind en diens ouders weer op eigen kracht verder kunnen *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*.

4.1.2 De vaktherapeutisch behandelaar - competentie 2

De vaktherapeutisch professional brengt het kind handelings- en/of ervaringsgericht in beweging dan wel in balans. De professional redeneert hierbij klinisch en zet ten behoeve van de behandeling en/of vakspecifieke diagnostiek, methoden en meetinstrumenten in.

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. beschikt over een groot repertoire aan therapeutische methoden en technieken en kennis van hun toepassingsgebieden. Daarnaast kent deze de principes van zelfmanagement en copingstijlen en de theoretische modellen achter de in te zetten behandelinterventies *(Van Nieuwenhoven, 2024)*. De behandelinterventies zijn afgestemd op de doelgroep, de hulpvraag, het ontwikkelingsniveau en de procesontwikkeling van het kind *(Commissie Kennisinnovatie, 2016)*;
b. brengt met kind en ouder(s) op handelings- en ervaringsgerichte wijze een veranderingsproces op gang op één of meerdere van de volgende ontwikkelingsgebieden: sensorisch, motorisch, emotioneel, sociaal en cognitief. Hierbij wordt de integratie van handelen, voelen en denken van het kind gestimuleerd *(Commissie Kennisinnovatie, 2016)*;
c. voert een psychomotorisch onderzoek uit, waarbij de ontwikkeling van alle gedragscomponenten (sensoriek, motoriek, emotioneel, sociaal en cognitief) afzonderlijk en in hun samenhang worden geanalyseerd. De PMKT'er interpreteert observaties en testresultaten in samenhang met informatie van ouders en betrokken professionals, en stelt daarna vakspecifieke werkdiagnose(-s) en behandelplan(-nen) op. De PMKT'er behandelt het kind/ de jongere in nauw contact met diens opvoeders, waarbij behandelplan en -proces steeds tussentijds worden geëvalueerd en bijgesteld *(Commissie Kennisinnovatie, 2016)*;
d. werkt bij voorkeur *bottom-up*: van regulatie naar relatie naar redenatie. In de beginfase zal met behulp van regulatie van arousal gebouwd worden aan een veilige therapeutische relatie, waar de stress van het kind / de jongere binnen de *window of tolerance* kan blijven *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*. De PMKT'er heeft de keuze uit een ruim arsenaal aan behandelinterventies; verbaal of non-verbaal, direct of indirect, uitlokkend of voorbeeldgevend, via de bewegingscontext oefenend of via de bewegingsbeleving, reflecterend, doorlevend. In de middenfase van de therapie,

de fase van gedragsverandering zullen de behandelinterventies vooral inzichtgevend zijn, doorlevend en structurerend van aard waardoor het kind mogelijkheden krijgt aangereikt om meer grip en inzicht te verwerven in diens problematiek en lichaamsbeleving *(Commissie Kennisinnovatie, 2016)*. Binnen alle aangeboden behandelinterventies werkt de PMKT'er vooral kindvolgend, dus afgestemd op de behoefte van het kind in dat moment. *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*;

e. evalueert de ontwikkeling, het intrapsychisch proces van het kind met de opvoedomgeving en reikt attitude- en handelingsmogelijkheden aan waarmee de transfer van de ontwikkeling binnen de opvoedomgeving kan worden voortgezet *(Commissie Kennisinnovatie, 2016)*;

f. kan incidenteel gebruikmaken van digitale technieken ter ondersteuning van de sensomotorische, emotionele, sociale of cognitieve ontwikkeling;



FOTO: HANS LEBBE

g. evalueert in samenspraak met de opvoedomgeving de behandeling procesgestuurd aan de hand van de doelstellingen van het behandelplan waarbij het groei- en ontwikkelproces en het intrapsychisch proces van het kind wordt weergegeven. Waar nodig worden de behandeldoelen en het therapeutisch handelen bijgesteld *(Commissie Kennisinnovatie (2016); Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*;

h. heeft ruime kennis van neurobiologie, ontwikkelingspsychologie, levensfasen, sensomotorische, emotionele, sociale en cognitieve ontwikkeling, systeem- en contextuele kennis *(Van Nieuwenhoven, 2024)* en vertaalt dit in het vaktherapeutisch handelen. Het betreft zowel kennis van de gezonde ontwikkeling als ontwikkelingsproblemen, verstorende factoren en ziektebeelden met de daarbij horende psychopathologie en classificaties (zoals DSM-5);

i. kan transdiagnostisch denken en vertaalt dit naar het ontwikkelingsproces van het kind en het vaktherapeutisch handelen.

4.1.3 De vaktherapeutisch behandelaar - competentie 3

De vaktherapeutisch professional toont een flexibele en empathische attitude naar het kind en diens naaste(n). Uitgangspunt hierbij is het werken vanuit participatie, waarbij er sprake is van gezamenlijke besluitvorming en regievoering door het kind en de opvoeders.

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. is in staat om een therapeutisch klimaat te scheppen, vertrouwen te win-

nen en relaties op te bouwen waarin kind en opvoeder zich veilig voelen om de verbinding aan te gaan met de therapeut en zich te committeren aan de therapie. Hiervoor beschikt de PMKT'er over kwaliteiten als onbevooroordeeld zijn, empathie hebben, aandacht hebben, warmte uitstralen en respect voor autonomie uitdragen (Van Nieuwenhoven, 2024). De PMKT'er heeft een empathische, respectvolle attitude en kan deze flexibel aanpassen aan de context van de behandeling;

b. stelt de hulpvraag en de belangen van het kind centraal;
c. werkt in nauw contact met het systeem en het kind en betrekt het kind bij gezamenlijke besluitvorming indien dit passend is bij de leeftijd c.q. ontwikkelingsniveau van het kind (Commissie Kennisinnovatie, 2016);
d. verhoudt zich tot de complexiteit van onderliggende problematiek, pathologie of beperking en de mogelijkheden, draagkracht en veerkracht van het kind en diens naaste(n);
e. houdt bij het behandelen rekening met achtergrondkenmerken van het kind als cultuur, leeftijd, gender, seksuele oriëntatie, denkniveau, geloof en andere identiteitskenmerken.

4.1.4 De vaktherapeutisch behandelaar - competentie 4

De vaktherapeutisch professional brengt een veranderingsproces bij het kind op gang door waar mogelijk te werken op basis van evidence en/of practice based principes van de werkzame elementen van de vaktherapeutische discipline.

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. redeneert klinisch gedurende het gehele behandelproces, waarbij keuzes voor het vaktherapeutisch handelen methodisch onderbouwd worden. PMKT is een ontwikkelingsgerichte manier van behandelen die uitgaat van het individuele ontwikkelingsprofiel van een kind en die plaatsvindt binnen de context van de relatie van de therapeut en het kind *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*;
b. Binnen de veilige relatie tussen PMKT'er en kind kan het kind exploreren met nieuwe ervaringen, waardoor nieuwe verbindingen in het brein kunnen ontstaan, die leiden tot onder andere een betere regulering van het gedrag *(Perry & Szalavitz, 2007)*. Kennis van de neurobiologie en de hechtingsontwikkeling zijn daarbij belangrijke peilers *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*;
c. ontwerpt een behandeling, waar mogelijk vanuit evidence based en/of practice based principes. De PMKT'er ontwikkelt enerzijds op grond van ervaring eigen interventietechnieken, anderzijds worden interventietechnieken aangereikt vanuit de literatuur en onderzoeksresultaten van de voortschrijdende kennis over de ontwikkeling van gedrag van de mens en de werking van onze hersenen (neurobiologische wetenschappen). De therapeut is in staat de eigen interventietechnieken te herkennen, te motiveren en te omschrijven en in rapportage vast te leggen. De interventietechnieken zijn transparant en overdraagbaar *(Commissie Kennisinnovatie, 2016)*;
d. kan inspelen op uiteenlopende hulpvragen, van enkelvoudig tot complex en meervoudig;
e. zet, ten behoeve van diagnostiek en behandeling, brede en specialistische vaktherapeutische en algemene wetenschappelijke kennis in;

f. heeft medische en psychosociale basiskennis voor de betreffende vaktherapeutische discipline en past deze kennis toe.

4.2 Communicatie & de communicator

4.2.1 De communicator - competentie 1

De vaktherapeutisch professional stemt af met het kind en diens naaste(n), met oog en respect voor diens specifieke eigenschappen.

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. stemt helder en transparant af over het behandelproces met kind en diens naaste(n). De PMKT'er communiceert daarnaast helder, empathisch en professioneel met kinderen, ouders en andere betrokkenen. De communicatie is afgestemd op de leeftijd, het ontwikkelingsniveau en de belevingswereld van het kind. De therapeut vertaalt observaties, onderzoekshypotheses en behandelresultaten naar begrijpelijke taal voor ouders, scholen en ketenpartners *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*;
b. doet dit specifiek door inzet van communicatiemethodes, effectieve gespreks- en gedragsbeïnvloedingstechnieken op meerdere communicatieniveaus. *(Van Nieuwenhoven, 2024)*;
c. helpt het kind de betekenis van handelen en ervaring te verwoorden of met het vaktherapeutische middel uit te drukken. De PMKT'er heeft veel kennis van eigen communicatie- en gedragsstijl om daarmee diens eigen gedrag te sturen en gericht af te stemmen op wat de ander en de situatie naar zijn deskundig oordeel nodig heeft *(Van Nieuwenhoven, 2024)*;
d. zet passende (digitale) communicatiemiddelen in voor het leggen en onderhouden van contact, zoals het zorgvuldig voeren van (intake)gesprekken met ouders en kind, gericht op hulpvraagverheldering. De PMKT'er rapporteert helder, consistent en transparant over het diagnostisch proces, de diagnostische bevindingen (PMO) en behandelplan en -strategie, en evalueert in gesprekken en via tussen- en eindevaluatierapporten de voortgang en behandelresultaten *(Commissie Kennisinnovatie, 2016)*;
e. stimuleert open dialoog en wederzijds begrip tussen kind, ouders en betrokken professionals. De PMKT'er geeft psycho-educatie over verschillende onderwerpen/thema's aan ouders, scholen, aan kinderen zelf, andere betrokkenen en aan medebehandelaren over het gedrag en de ontwikkeling van het kind. *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2021)*.

4.2.2 De communicator - competentie 2

De vaktherapeutisch professional onderbouwt het handelen (non)verbaal en schriftelijk aan het kind, diens naaste(n) en betrokken professionals.

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. verstrekt mondelinge en schriftelijke informatie over mogelijkheden van en grenzen aan de behandeling aan kinderen, diens naaste(n) en derden, met inachtneming van wet- en regelgeving rond privacy en geheimhoudingsplicht. De PMKT'er voert hiertoe intakegesprekken met opvoeders en andere belanghebbenden in het netwerk van het kind. De PMKT'er maakt daarnaast een Psychomotorisch Onderzoeksverslag (PMO) met daarin een

beschrijving van het diagnostisch proces, een verklarende analyse van de hypotheses en onderzoeksbevindingen en een behandelplan en -strategie *(Commissie Kennisinnovatie, 2016)*;

b. zet passende (digitale) communicatiemiddelen in ter verantwoording van het handelen aan het kind, diens naaste(n) en de betreffende professionals). De PMKT'er voert meerdere evaluatiegesprekken over de behandelvoortgang en het ontwikkelingsproces van het kind/de jongere en legt de bevindingen vast in evaluatieverslagen *(Commissie Kennisinnovatie, 2016)*;

c. geeft psycho-educatie over verschillende onderwerpen/thema's aan ouders, scholen, aan kinderen zelf, andere betrokkenen en aan medebehandelaren over het gedrag en de ontwikkeling van het kind (spiegelgroep). De PMKT'er licht, waar nodig en mogelijk, diens handelen toe met wetenschappelijke en ervaringskennis.

4.3 Samenwerking & samenwerkingspartner

4.3.1 De samenwerkingspartner - competentie 1

De vaktherapeutisch professional neemt deel en draagt bij aan een gezamenlijk en afgestemd behandelbeleid binnen een multidisciplinair, interprofessioneel en/of domeinoverstijgend samenwerkingsverband, waarbij synergie in de zorg voor het kind wordt nagestreefd.

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. stemt af met en licht toe aan samenwerkingspartners dat de PMKT'er vanuit de vaktherapeutische discipline PMKT-behandeling biedt aan het kind die gericht is op het opdoen van nieuwe ervaringen zodat het handelsrepertoire van het kind wordt uitgebreid en op het verkrijgen van inzicht in het eigen voelen en denken van het kind *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2019)*. Belangrijke samenwerkingspartners zijn onder andere: ouder(s)/verzorger(s), scholen, gemeente teams, huisartsen, andere medische verwijzers, en gecertificeerde instellingen zoals jeugdbescherming en -reclassering;

b. ontwikkelt een passend behandelaanbod vanuit de kennis van de eigen vaktherapeutische discipline PMKT en het aanbod van aanpalende beroepen. De PMKT'er werkt als zelfstandig behandelaar, waarbij de vakkennis van de PMKT'er specifiek is toegerust op de leefwereld van een kind *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2019)*;



c. behandelt een kind met een complexe hulpvraag binnen ontwikkelings- en gedragsproblematiek in samenwerking en afstemming met andere professionals zoals verwijzers (gemeenteteam, huisartsen/poh, kinderartsen, jeugdartsen GGD), docenten, jeugdzorgmedewerkers (voogd), andere behandelaars (zoals orthopedagogen, psychologen) en betrekt hen (mits ouder(s)/verzorger(s) toestemming geven) bij de behandeling door middel van multidisciplinaire evaluatiegesprekken of schriftelijke overdrachten/ evaluatierapporten *(Emck & Bosscher, 2010)*;
d. biedt en ontvangt consultatie, intervisie en supervisie waar nodig, bij complexe ontwikkelings- en gedragsproblematiek of stagnatie van het behandelproces;
e. verwijst waar nodig door naar een andere (vaktherapeutisch) professional;
f. is verantwoordelijk voor het opstellen van rapportage en overdracht bij het afronden van een behandeling of bij een doorverwijzing. Samenwerkingspartners kunnen dit bij ouder(s)/verzorger(s) opvragen. Voogden ontvangen de documenten rechtstreeks. De (medisch) verwijzer ontvangt een brief bij aanvang en bij afronding of doorverwijzing, na schriftelijke toestemming met betrekking tot de inhoud door ouders;
g. draagt in de interprofessionele samenwerking bij aan een gezamenlijke visie en gezamenlijk behandelplan waarbij in de transfer van de therapiesetting naar de leefomgeving van het kind de werkzame elementen voor het kind worden gedeeld met betrokkenen in het netwerk van het kind vanuit de intentie om het draagvlak zo groot mogelijk te maken en de herkenbaarheid in verschillende situaties voor het kind te vergroten. Zo kan het kind veilig oefenen en wordt de draagkracht/veerkracht van het netwerk vergroot *(Bellemans et al., 2022)*;
h. handelt integer bij verschillen in visie die optreden in de samenwerking, waarbij de PMKT'er de belangen en het perspectief van het kind bewaakt binnen het behandelproces en hierbij handelt conform de geldende beroepscode en ethische richtlijnen, zelfs als deze verschilt met de visie van ouder(s)/verzorger(s);
i. evalueert systematisch behandelingen in afstemming met de samenwerkingspartners en stelt op basis hiervan het eigen handelen bij om zo de meest optimale verbinding met het kind en de ouder(s)/verzorger(s) te hebben en de behandeldoelen te laten behalen *(Scheffers et al., 2022)*. Samenwerkingspartners worden, uitsluitend na schriftelijke toestemming van gezaghebbenden, uitgenodigd voor evaluatie. De mate van systematische evaluatie van de behandeling in afstemming met samenwerkingspartners is afhankelijk van de setting waarin de therapie wordt gegeven; als onderdeel van multibehandeling of als monobehandeling.

4.3.2 De samenwerkingspartner - competentie 2

De vaktherapeutisch professional is zich bewust van en verhoudt zich adequaat tot verschillende rollen en expertises binnen multidisciplinaire, interprofessionele en/of domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden.

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. (h)erkent verschillende rollen, zoals indicatiesteller, behandelaar, zelfstandig ondernemer, collega, praktijkbegeleider, verwijzer, financier en toezichthouder, binnen gezondheidszorg, welzijn en onderwijs met de daarbij behorende taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en handelt

passend naar deze rollen (Vaktherapie Nederland, z.d.). Procesinformatie wordt verstrekt aan rollen die daar recht op hebben zoals een financier. Persoonlijke inhoudelijke informatie hoeft niet gedeeld te worden aan een financier (Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen, 2023)

b. functioneert binnen verschillende organisatiestructuren (hiërarchisch, resultaatverantwoordelijk of zelfsturend);
c. is zich bewust van eigen rol(len) en de daarbij behorende taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, communiceert helder over deze rol(len) en zet deze rol(len) passend in, binnen samenwerkingsverbanden (Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2019).



FOTO: INEKE OOSTVEEN

Rol, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden richting ouder:
De PMKT'er is als vaktherapeut ook degene die ouders adviseert en ondersteunt in de opvoeding van het kind;

Rol, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden richting verwijzer:
De PMKT'er informeert over start en einde behandeltraject en dient tijdig een verzoek tot verlenging in. Mits ouders schriftelijk toestemming geven, deelt de PMKT'er inhoudelijke informatie over het therapeutisch proces van het kind;

Rol, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden richting financier:
De PMKT'er houdt boekhouding op orde, stemt af met overheidsgeld en levert tijdig informatie aan de financier;

Rol, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden richting andere behandelaren:
De PMKT'er overlegt op casusniveau en bespreekt afwegingskaders met elkaar. De PMKT'er en andere betrokken behandelaren zijn complementair aan elkaar en houden elkaar op de hoogte van de ontwikkelingen;

Rol, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden richting collega's:
De PMKT'er ziet diens collega en informeert ze. De PMKT'er vangt collega's op als klankbord waar nodig en ondersteunt collega's waar wenselijk middels intervisie of consultatie met een mede-vaktherapeutisch professional. De PMKT'er deelt vakinhoudelijke kennis met collega's;

Rol, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden richting toezichthouder:
De PMKT'er registreert zich bij Register Vaktherapie en houdt zich aan de taken behorend bij herregistratie. De zelfstandig ondernemend PMKT'er meldt de therapiepraktijk aan bij een kwaliteitskeurmerk zoals HKZ, ISO en houdt zich aan de taken die daarbij horen.

4.3.3 De samenwerkingspartner - competentie 3

De vaktherapeutisch professional licht in samenwerkingsverbanden de identiteit van het vaktherapeutisch beroep toe alsmede de waarde die een vaktherapeutische behandeling kan hebben voor een cliënt en diens naaste(n).

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. profileert de eigenheid en belangrijkste kenmerken van het vaktherapeutisch beroep PMKT op een passende manier, waarbij het laten ervaren indien mogelijk, de profilering kracht bijzet en onderschrijft *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2019)*;
b. benoemt waar de specifieke werkingsmechanismen, mogelijkheden en de grenzen van PMKT liggen *(Bellemans et al., 2022)*;
c. licht toe hoe de PMKT een onderdeel kan zijn van een behandelaanbod van een andere professie. PMKT kan een op zichzelf staande behandeling zijn, maar kan via onderaannemerschap of binnen een multidisciplinaire behandeling worden ingezet om de complexe hulpvraag van een kind mee te behandelen *(Emck, 2008)*;
d. kan omgaan met het spanningsveld tussen een toenemende interprofessionaliteit en het behoud van een herkenbare beroepsidentiteit.

4.4 Kennis en wetenschap & de EBP-professional

4.4.1 De EBP-professional - competentie 1

De vaktherapeutisch professional onderzoekt methodisch praktijkvraagstukken en onderbouwt mogelijke oplossingen evidence en/of consensus based. De professional verzamelt praktijkgegevens en interpreteert praktijkvraagstukken in het licht van deze kennis. De uitkomsten hiervan dragen bij aan (de legitimatie van) het vaktherapeutisch beroep en/of praktijkverbetering of -innovatie.

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. stelt zich onderzoekend op ten aanzien van praktijkproblemen en beroepsvraagstukken, gebruikt onderzoeksresultaten en vakliteratuur voor de onderbouwing van behandelkeuzes *(Sackett et al., 1996; Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2019)*, en reflecteert gedurende de behandeling stelselmatig op het eigen handelen aan de hand van feedback en resultaten;
b. onderzoekt een praktijkprobleem systematisch met behulp van de onderzoekscyclus van praktijkonderzoek:
oriënteren - formuleren van onderzoeksvraag - maken van een onderzoeksplan - gegevens verzamelen - gegevens analyseren - conclusies trekken - bevindingen delen - nieuwe vragen bedenken *(Verhoeven, 2020)*.
c. verzamelt betrouwbare en valide gegevens met behulp van doelgroep-

specifieke en vaktherapeutische instrumenten die aansluiten bij de doelgroep en behandelcontext *(Emck & Bosscher, 2010)*;

d. onderzoekt problemen in de praktijk door evidence based en wetenschappelijke kennis te bestuderen, evidence en/of consensus based gegevens te verzamelen en vaktherapeutische en andere professionals te raadplegen *(Vriend et al., 2024)*.

4.4.2 De EBP-professional - competentie 2

De vaktherapeutisch professional onderzoekt en interpreteert beroepsvraagstukken door het verzamelen van evidence based en wetenschappelijke kennis en zet deze kennis in ter onderbouwing en/of verbetering van de werkpraktijk.

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. stelt zich onderzoekend op ten aanzien van beroepsvraagstukken die te maken hebben met (de noodzaak tot) onderbouwing van PMKT. De pmkt'er volgt na- en bijscholingen in nieuwe (wetenschappelijke) ontwikkeling, die bijdragen aan de onderbouwing van het vak PMKT *(Vaktherapie Nederland, z.d.; Scheffers et al., 2022)*;

b. signaleert en herkent relevante en actuele beroepsvraagstukken en vertaalt deze naar (een onderzoeksvraag voor) de praktijk;

c. kent regionale, nationale en/of internationale (kennis)netwerken en ketenpartners en haalt hier kennis op ten behoeve van het beroepsmatig handelen *(Sackett et al., 1996)*.

4.5 Maatschappelijk handelen & maatschappelijk bewuste professional

4.5.1 De maatschappelijk bewuste professional - competentie 1

De vaktherapeutisch professional bevordert gezondheid en handelt zowel preventief, curatief als palliatief op basis van de actuele kwaliteitsstandaarden in zorg, welzijn en onderwijs. De professional sluit hiermee aan bij maatschappelijke ontwikkelingen in (de visie op) gezondheidszorg, welzijnswerk en onderwijs.

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. werkt vanuit maatschappelijke verantwoordelijkheid en draagt bij aan inclusieve, toegankelijke en duurzame zorg voor alle kinderen. De pmkt'er werkt vraaggericht, preventief en in verbinding met de sociale context van het kind;

b. plaatst het kind centraal binnen de dynamiek van diens leefomgeving (ouders en school);

c. werkt vanuit een dynamisch concept van gezondheid, preventie, behandeling en integratie/transfer;

d. werkt herstelgericht, stimuleert veerkracht, participatie en zelfregie bij kind en ouders;

e. werkt preventief binnen onderwijs en wijkcontext aan vroegsignalering en ondersteuning;

f. bevordert een effectieve samenwerking tussen ouders en school, gericht

op het creëren van een veilige, ondersteunende en stimulerende ontwikkelomgeving voor het kind;

- betrekt ouders/verzorgers binnen de behandeling door o.a. ouder- en kindsessies, gezinssessies en evaluatiegesprekken;
- zet kennis in door voorlichting en/of psycho-educatie te geven aan de omgeving van het kind. Ouders, leerkrachten en anderen die bij het kind betrokken zijn;

g. heeft oog voor de invloed van maatschappelijke tendensen op de ontwikkeling van een kind, zoals de toename van stress, prestatiedruk en schermgebruik;

- plaatst hulpvraag van het kind binnen de context van de bovengenoemde maatschappelijke tendensen;
- biedt indien nodig voorlichting en psycho-educatie aan ouders en school over de invloed van bovengenoemde maatschappelijke tendensen op de ontwikkeling van het kind.

4.5.2 De maatschappelijk bewuste professional - competentie 2

De vaktherapeutisch professional richt zich op realisatie van de Sustainable Development Goals. Hierbij ligt de nadruk op de thema's toegankelijkheid tot gezondheid en welzijn (Goal 3), gendergelijkheid (Goal 5), arbeidsinclusie (Goal 8.2), terugdringen van ongelijkheid (Goal 10), gebruik van herbruikbare materialen (Goal 12).

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. stelt zich open, nieuwsgierig en onbevooroordeeld op naar het kind en diens ouders, ongeacht cultuur, leeftijd, gender, seksuele oriëntatie, denkniveau, geloof en andere identiteitskenmerken;
b. heeft oog voor de maatschappelijke thema's, zoals armoede, leefstijl, eenzaamheid, laaggeletterdheid en stemt de behandeling vervolgens af op draagkracht en draaglast van kind en ouders;
c. gebruikt zoveel mogelijk natuurlijke en duurzame materialen.

4.6 Organisatie & de organisator en ondernemer

4.6.1 De organisator en ondernemer - competentie 1

De vaktherapeutisch professional draagt zorg voor continuïteit van de behandeling en een adequate en veilige uitvoering van vaktherapeutische interventies binnen verschillende settings.

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. realiseert middelen en randvoorwaarden om het werk te organiseren;
b. signaleert en speelt proactief in op mogelijke risico's ten aanzien van de fysieke, emotionele en sociale veiligheid van het kind;
c. draagt zorg voor de veiligheid van het kind en de eigen veiligheid. Creëert daarnaast een veilige, stimulerende en afgestemde ontwikkelomgeving voor kind en ouders;
d. schat de behandelfrequentie en behandelduur zo adequaat mogelijk in op basis van de indicatiestelling;

e. plant en structureert het therapieproces en de praktijkvoering;
f. draagt bij aan innovatie en ontwikkeling van kennis, methodieken en middelen binnen de organisatie;
g. zet, waar nodig, technologie en digitale middelen in bij de organisatie van het werk en/of het aanbieden van de behandeling; zoals een VR-bril om situaties na te bootsen die buiten de praktijk plaatsvinden en invloed hebben op de ontwikkeling van het kind;
h. positioneert de PMKT binnen de brede vaktherapeutische context.



FOTO: HANS LEBBE

4.6.2 De organisator en ondernemer - competentie 2

De vaktherapeutisch professional is bekend met en verhoudt zich tot de voor het beroep geldende lokale en (inter)nationale wet- en regelgeving, protocollen, kwaliteitsstandaarden, multidisciplinaire richtlijnen en financiële kaders. De professional weegt deze kritisch af, waarbij het belang van het kind centraal staat.

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. volgt en onderzoekt kritisch (ontwikkelingen in) de actuele regionale en (inter)nationale wet- en regelgeving, kwaliteitsstandaarden en financiële kaders binnen zorg, welzijn en onderwijs;
b. organiseert de behandeling binnen de van kracht zijnde regelgeving, kwaliteitsstandaarden en kaders binnen zorg, welzijn en onderwijs;
c. beschikt over actuele kennis van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en past deze zorgvuldig toe;
• herkent signalen van onveiligheid in gedrag en taal;
• weegt signalen binnen de bredere context van het kind en diens systeem, en onderneemt passende stappen in samenwerking met ouders en betrokken professionals.

4.6.3 De organisator en ondernemer - competentie 3

De vaktherapeutisch professional handelt innovatief en ondernemend. De professional speelt proactief in op veranderingen en zet deze om in kansen en mogelijkheden voor de vaktherapeutische praktijk.

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. staat open voor verandering, verbetering en vernieuwing in het werk binnen zorg, onderwijs en jeugdhulp en beoordeelt deze vanuit het ontwikkelingsbelang van het kind;
b. ontplooit initiatieven en toont zich vindingrijk;
c. ontwikkelt en benut nieuwe samenwerkingsvormen met ouders, scholen en andere professionals;
d. kan zichzelf als vaktherapeutisch professional met overtuigingskracht presenteren;
   - positioneert zichzelf als deskundige binnen het jeugdhulp- en onderwijsdomein, met oog voor samenwerking en afstemming;
   - benut professionele netwerken om het vak en de praktijk zichtbaar te maken;
e. neemt initiatieven en/of sluit aan bij recente en toekomstige ontwikkelingen ten aanzien van het vaktherapeutisch werken door onder andere:
   - ouder-kind/gezinssessies;
   - video-interactiebegeleiding ter ondersteuning van ouder-kind-interacties;
   - samenwerking met school of groepsgerichte interventies;
   - inzet van (digitale) middelen zoals VR, wanneer deze bijdragen aan ervaringsgericht leren en aansluiten bij de ontwikkelingsfase van het kind;
f. experimenteert in werk en organisatie om zorginnovaties te realiseren.

4.7 Professionaliteit en kwaliteit & kwaliteitsbevorderaar

4.7.1 De kwaliteitsbevorderaar - competentie 1

De vaktherapeutisch professional neemt verantwoordelijkheid voor het proces en het resultaat van de behandeling en handelt reflectief en moreel sensitief om de kwaliteit van het beroepsmatig handelen te onderhouden dan wel te versterken.



FOTO: INEKE OOSTVEEN

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. neemt verantwoordelijkheid voor het proces en het resultaat van de behandeling en handelt reflectief en moreel sensitief om de kwaliteit van het beroepsmatig handelen te onderhouden dan wel te versterken;
b. draagt verantwoordelijkheid voor het gehele behandelproces; reflecteert op het eigen beroepsmatig handelen *(Schön, 1983)*;
c. is zich bewust van de grenzen van eigen competenties en het vaktherapeutisch beroep PMKT en handelt hiernaar. De PMKT'er verwijst door indien de hulpvraag niet (meer) aansluit bij PMKT *(Beroepscode voor vaktherapeuten, 2024)*;
d. is zich bewust van de eigen socialisatie en identiteit om optimaal af te stemmen op het kind op de ouder(s)/verzorger(s) of andere betrokkenen van het kind *(Siegel, 2012)*;
e. weegt, met inachtneming van de beroepscode, ethische aspecten en dilemma's mee in de uitoefening van het beroep;
f. is zich bewust van diens (mogelijke) voorbeeldfunctie voor het kind ten behoeve van een optimale behandeling en de voorbeeldfunctie voor de ouder(s)/verzorger(s) en andere betrokkenen in de opvoeding *(Bandura, 1977)*.

4.7.2 De kwaliteitsbevorderaar - competentie 2

De vaktherapeutisch professional draagt zorg voor eigen veerkracht en welzijn om het vaktherapeutisch beroep duurzaam professioneel te kunnen uitoefenen.

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. reflecteert op eigen veerkracht en gezondheid en handelt hiernaar *(Ryan & Deci, 2017)*;
b. past zelfzorg toe met als doel duurzaam inzetbaar te blijven *(Skovholt & Trotter-Mathison, 2016)*.

4.7.3 De kwaliteitsbevorderaar - competentie 3

De vaktherapeutisch professional blijft zich een leven lang ontwikkelen en versterkt hiermee voortdurend het eigen beroepsmatig handelen en de kwaliteit van het beroep.

De psychomotorisch kindertherapeut:

a. toont lerend vermogen ten aanzien van het vaktherapeutisch beroep PMKT *(Korthagen, 2017)*;
b. draagt zorg voor een plan ten behoeve van duurzame persoonlijke en professionele ontwikkeling;
c. professionaliseert zich voortdurend door het volgen van bijscholing, het bijhouden van vakliteratuur en het deelnemen aan (inter)disciplinaire inter- en supervisie, beroepsnetwerken en/of congressen *(Kwaliteitsregister Vaktherapie, z.d.)*;
d. integreert nieuwe kennis en vaardigheden in het beroepsmatig handelen en de eigen werksetting;
e. sluit met de ontwikkelingen aan bij de herregistratie-eisen van het kwaliteitsregister vaktherapie.



5. Fundamentele elementen van de PMKT

In hoofdstuk 5 van het BCP Vaktherapeutische Beroepen (januari 2025) worden een aantal gemeenschappelijke kenmerken beschreven. In het werkveld functioneren vaktherapeutisch professionals als behandelend therapeuten. Zij ervaren het werken in de praktijk vooral als beroepsspecifiek therapeutschap. Het is vooral dit therapeutschap dat hen motiveert en beweegt om dit mooie werk te doen. In dit hoofdstuk 5 van het algemene BCP worden een aantal fundamentele elementen van het therapeutschap belicht:

- Het ervaringsgericht werken
- Behandelen vanuit een specifieke beroepsidentiteit
- Het aansluiten bij de hulpvraag
- Het procesgericht werken
- Het persoonsgericht werken
- Het doelgericht werken
- Transparant en zelfreflectief therapeutschap
- Het betrekken van de naaste(n) van de cliënt
- Het bewaken van de zelfzorg van de cliënt en van zichzelf

Het specifieke vakmanschap van de psychomotorisch kindertherapeut ligt in het werken via het lichaam, beweging en spel als toegang tot de belevingswereld van het kind. De PMKT'er gebruikt ervaringsgerichte situaties waarin het kind kan doen, voelen en ervaren om tot regulatie, inzicht en groei te komen *(NVPMKT, 2016)*.

De PMKT'er is specialist in verfijnde lichaamsobservatie, affectieve afstemming en het kunnen vertalen van non-verbale signalen naar therapeutische betekenis *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2019)*. Daarbij staat de relationele houding centraal: de therapeut creëert veiligheid, voorspelbaarheid en wederkerigheid, zodat het kind nieuwe ervaringen durft aan te gaan *(Van der Kolk, 2014; Siegel & Payne Bryson, 2013)*.
De PMKT'er werkt ontwikkelingsgericht en gaat uit van zowel de hersenontwikkeling als (daarmee samenhangend) de hechtingsbouwstenen van Truus Bakker *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2019)*.



Binnen de therapie biedt de PMKT'er het kind lichaamsgerichte ervaringen, waarmee neurologische ontwikkeling en verandering wordt gestimuleerd. Deze ervaringen dragen eraan bij dat het kind (op termijn meer) vertrouwen en inzicht heeft in zichzelf en de ander. De therapeutische interventies worden mede bepaald door kennis van de hersenontwikkeling. Daarnaast geeft de fase van hechtingsontwikkeling richting aan de therapeutische houding en afstemming van de therapeut binnen de behandeling *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2019)*.

Een PMKT-traject kent drie fasen:

Kennismakingsfase (Onderzoeksfase): De PMKT'er brengt de hulpvraag, het gedrag en de behoeften van het kind in beeld. Tegelijkertijd schept de therapeut een veilig klimaat en bouwt een vertrouwensrelatie op met de cliënt en de ouders. De therapeut biedt in deze fase co-regulatie, stemt af op de behoeften, sluit aan in spel/beweging en ziet, hoort en bevestigt het kind;

Verdiepingsfase (Behandelfase): De PMKT'er richt zich onder andere op het versterken van het zelfvertrouwen van het kind. Er wordt aangesloten bij het ontwikkelingsniveau van het kind en nieuwe (succes)ervaringen worden gecreëerd. Het kind krijgt de ruimte om in spel en beweging te ontdekken en te experimenteren. Tegelijkertijd benoemt en ondertitelt de PMKT'er, passend bij het kind, het gedrag, behoeften en emoties, zodat het inzicht in wat het kind denkt, voelt en doet vergroot wordt;

Afrondingsfase (Transfer): De laatste fase is gericht op het vasthouden van de in gang gezette ontwikkeling en het toepassen van het geleerde in het dagelijks leven. Het kind wordt gestimuleerd om zelf oplossingen te bedenken voor sociale en praktische situaties. Door hiermee te experimenteren in een veilige setting, ontwikkelt het kind vaardigheden en vertrouwen in het eigen handelen.

Opvoeders worden meegenomen in alle fasen van het traject, door middel van gesprekken, psycho-educatie en/of door hen te laten deelnemen aan de therapiesessies *(Brands-Zandvliet & Eisenga-Oppenoorth, 2015)*. Daarnaast worden andere betrokkenen, zoals leerkrachten, voorzien van adviezen. De gehele looptijd van de therapie omvat gemiddeld 25-40 sessies, afhankelijk van de ernst van de problematiek.
Het vakmanschap van de PMKT'er combineert ervaringsgericht werken, ontwikkelingspsychologische en neurobiologische kennis, systemisch inzicht en lichaamsgerichte beroepsspecifieke diagnostiek tot een samenhangend geheel. Binnen deze benadering is de therapeut zelf een belangrijk instrument: de aanwezigheid, afstemming en attitude van de therapeut vormen de kern van de werkrelatie en het veranderproces *(Hafkenscheid, 2014)*.



Bijlage 1: Begrippenlijst

Affectregulatie: Het vermogen om emoties te herkennen, verdragen, uiten en bijsturen.

Arousalregulatie: Het reguleren van spanning, stress en activatieniveau zodat functioneren, leren en sociaal-emotioneel contact mogelijk zijn.

Behandeling: Het gehele behandelproces in de breedste zin van het woord; interventies, doelen stellen, diagnostiek etc.

Bewegingsbeleving: De subjectieve ervaring van het kind tijdens bewegen, inclusief lichaamsgevoel, emoties en betekenisgeving.

Bewegingscontext: De fysieke en spelmatige situatie waarin het kind via beweging ervaringen opdoet die therapeutisch worden benut.

Cliënt: Persoon die behandeling krijgt, ook wel patiënt, bewoner, deelnemer, kind, jongere etc.

Cliëntsysteem: Het hele systeem (netwerk) dat met een cliënt samenhangt. Dit kan bijvoorbeeld familie, mantelzorg, organisaties of een school zijn.

Co-regulatie: Het proces waarbij een behandelaar de cliënt ondersteunt bij emoties met als doel de stressreactie op het gewenste niveau te brengen.

Cognitieve functies (executieve functies): Hogere-orde cognitieve processen zoals aandacht, planning, inhibitie, flexibiliteit en probleemoplossend vermogen.

Complexe problematiek: Problematiek waarbij sprake is van een verwevenheid van verschillende problemen op meerdere levensgebieden tegelijk.

Consensus based: Overeenstemming tussen experts over de best mogelijke behandeling zonder wetenschappelijke evidentie (Djulbegovic & Guyatt, 2019).

Diagnostiek (beroepsspecifiek): Het proces waarbij de PMKT'er via observatie, psychomotorisch onderzoek en informatie uit het systeem tot een vakspecifieke werkdiagnose komt.

Discipline: Eén van de vaktherapeutische beroepen (zie hoofdstuk 2 van het landelijk domeinprofiel).

Domeinoverstijgend samenwerken: Samenwerking tussen verschillende domeinen, zoals gezondheidszorg, welzijn, onderwijs en kunsten.

Emotionele ontwikkeling: De ontwikkeling van het vermogen om emoties te herkennen, begrijpen, reguleren en in sociale context te gebruiken.

Empathische attitude: Een bewust ingezette therapeutische houding waarmee je je verplaatst in de ander en bewust bent van wat jouw handelen en gedrag voor impact heeft op die ander en daar je gedrag op aanpast.

Ervaringsgericht werken: Door het opdoen van nieuwe ervaringen wordt gewerkt aan het vergroten van vaardigheden en het stimuleren van de ontwikkeling.

Evidence based: Opgebouwd uit een combinatie van wetenschappelijk onderzoek, eigen en expertkennis en de voorkeur of informatie van de cliënt.

Evidence based practice: Beslissingen die in de praktijk gemaakt worden zijn gebaseerd op een combinatie van wetenschappelijk onderzoek, eigen kennis en expertise en de voorkeur of informatie van de cliënt.

Gezamenlijke besluitvorming (Shared Decision Making): Een benadering waarbij behandelaar en cliënt samen de behandelingsmogelijkheden bespreken om te komen tot de best passende behandeling.

Interprofessioneel samenwerken: Een manier van samenwerken waarbij vanuit twee of meerdere vakgebieden gewerkt wordt aan een gezamenlijk behandelplan.

Ik-boodschappen: Therapeutische communicatie waarbij de therapeut vanuit zichzelf spreekt om bewustwording, reflectie en sociale vaardigheden te bevorderen.

Klinisch redeneren: Gestructureerd objectiveren en beoordelen van observaties en interpretaties, waarbij je wat je ziet koppelt aan kennis, zodat je daarop kunt anticiperen.

Kindvolgend werken: Therapeutisch handelen waarbij de PMKT'er aansluit bij de signalen, behoeften en initiatieven van het kind in het moment.

Lichaamsbewustzijn / lichaamswaarneming: Het vermogen om lichamelijke signalen, spanning, beweging en emoties waar te nemen en te interpreteren.

Monobehandeling: Behandeling van een cliënt door één behandelaar/discipline.

Multibehandeling: Behandeling waarbij de cliënt gelijktijdig door meerdere disciplines wordt behandeld binnen hetzelfde traject. Dit vraagt om afstemming en samenwerking tussen behandelaars, vaak in de vorm van een multidisciplinair overleg, om de behandeldoelen op elkaar af te stemmen.

Multidisciplinair werken: Samenwerken met meerdere professies, waarbij ieder vanuit eigen specialisatie en verantwoordelijkheid werkt.

Ontwikkelingsprofiel: De samenhangende beschrijving van de sensomotorische, emotionele, sociale en cognitieve ontwikkeling van een kind, inclusief sterke kanten en ontwikkelpunten.

Ondersteunende cognities: Gedachten die bijdragen aan een positief zelfbeeld, lichaamsbeeld en gedragskeuzevrijheid.

Passende zorg: Een aanpak om ervoor te zorgen dat iedereen ook in de toekomst goede zorg kan krijgen. Minder focus op ziekte en behandeling en meer inzet op gezondheid en wat iemand wel kan.

PMKT (psychomotorische kindertherapie): Een ontwikkelingsgerichte behandelvorm die via bewegen, spel en lichaamsgerichte ervaringen werkt aan het opheffen van stagnatie in de ontwikkeling van kinderen en jongeren.

Psychomotorisch onderzoek (PMO): Vakspecifiek onderzoek waarbij de PMKT'er de ontwikkeling van sensoriek, motoriek, emotie, sociaal functioneren en cognitie observeert en analyseert.

Psycho-educatie: Het geven van begrijpelijke uitleg aan kind, ouders of professionals over gedrag, ontwikkeling en onderliggende processen.

Regulatie (bottom-up werken): Therapeutisch werken vanuit lichaamsgerichte en sensomotorische ervaringen richting emotionele en cognitieve integratie. Het volgt de natuurlijke ontwikkelingsvolgorde van het brein (van hersenstam naar cortex).

Sensorische ontwikkeling: De ontwikkeling van het verwerken van prikkels via zintuigen en het koppelen daarvan aan motoriek, emoties en gedrag.

Systeemgericht denken: Zienswijze waarbij een cliënt gezien wordt als onderdeel van een groter systeem (gezin, familie, organisatie) en waarbij oog is voor relaties en interacties tussen de onderdelen.

Transdiagnostisch perspectief: Een visie op psychopathologie waarbij ervan wordt uitgegaan dat dezelfde onderliggende mechanismen kunnen leiden tot verschillende stoornissen of deze in stand houden.

Veilig therapeutisch klimaat: Een voorspelbare, afgestemde en veilige setting waarin het kind nieuwe ervaringen durft aan te gaan.

Verwoording / ondertiteling: Therapeutische techniek waarbij de therapeut woorden geeft aan ervaringen, gevoelens en interacties om bewustwording en integratie te bevorderen.

Werkdiagnose (vakspecifiek): Een voorlopige, vakspecifieke verklaring van de problematiek van het kind, gebaseerd op observaties, PMO en informatie uit het systeem.

Window of tolerance: Het optimale spanningsgebied waarin een kind informatie kan verwerken, emoties kan reguleren en nieuwe ervaringen kan opdoen.

Bijlage 2: Betrokkenen bij de totstandkoming van het BCP

Projectleidster:

- **Marleen Damink Goossen,** psychomotorisch kindertherapeut, bestuurslid kennisinnovatie Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT)

Leden Projectgroep BCP

- **Suzan Bik,** psychomotorisch kindertherapeut, supervisor, docent vaktherapie
- **Wilma Brands Zandvliet,** psychomotorisch kindertherapeut, docent vaktherapie, auteur van vakliteratuur
- **Marsha Kester,** psychomotorisch kindertherapeut, docent vaktherapie
- **Gracia Kusters,** psychomotorisch kindertherapeut, bestuurslid Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT)
- **Anne de Man,** psychomotorisch kindertherapeut, bestuurslid Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT)
- **Corinne Mastenbroek,** psychomotorisch kindertherapeut

Leden spiegelgroep

- **Lena Bastian,** psychomotorisch kindertherapeut, docent vaktherapie, bestuurslid Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT)
- **Jolanda Hos,** psychomotorisch kindertherapeut, bestuurslid commissie bij- en nascholing Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT)
- **Rosa-liek Feitsma,** psychomotorisch kindertherapeut
- **Daphne Kaaijk,** psychomotorisch kindertherapeut, bestuurslid kennisinnovatie Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT)
- **Lisette Oranje,** psychomotorisch kindertherapeut, docent vaktherapie
- **Kirsten Stoker,** psychomotorisch kindertherapeut
- **Liesbeth Verhoef,** psychomotorisch kindertherapeut, bestuurslid kennisinnovatie Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (NVPMKT)

Bijlage 3: Geraadpleegde Bronnen

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e ed.). American Psychiatric Publishing.
- Bakker-van Zeil, T. (1986). *Hechten en loslaten in therapie.* De Toorts.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory.* Prentice Hall.
- Bellemans, T., Didden, R., Busschbach, J. T. van, Hoek, P. T. A. P., Scheffers, M. W. J., & Lindsay, W. R. (2019). *Psychomotor therapy targeting anger and aggressive behaviour in individuals with mild or borderline intellectual disabilities: A systematic review.* Journal of Intellectual Disabilities.
- Bellemans, T., Peters-Scheffer, N., Didden, R., Traas, R., & Busschbach, J. T. van (2022). *Psychomotor therapy for individuals with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning presenting anger regulation problems and/or aggressive behaviour: A qualitative study on clients' experiences.* Journal of Intellectual & Developmental Disability, 47(1), 74-86. https://doi.org/10.3109/13668250.2021.1899561
- Bik, S., Brands, W., Eisenga, A., Spijker, A., Vlijm, H., & Walvaart, G. (2019). *Module Basis: Psychomotorische Kindertherapie (PMKT) ter verbetering van verstoord hechtingsgedrag bij kinderen met een ontwikkelingsleeftijd tot 12 jaar met gedragsproblematiek.* FVB/NVPMKT.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development.* Basic Books.
- Brands-Zandvliet, W., & Eisenga-Oppenoorth, A. (2019). *Psychomotorische kindertherapie: Een theoretische onderbouwing.* Praktijk Bewegenderwijs.
- Bronfenbrenner, U. (1994). *Ecological models of human development. In T. Husén & T. N. Postlethwaite (Eds.), International encyclopedia of education (2nd ed., pp. 1643-1647).* Elsevier.
- Commissie Kennisinnovatie (2016). *Competentieprofiel psychomotorische kindertherapie.* Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie.
- Emck, C. (2008). *PsyMot! Scoren en erbij blijven II.* Tijdschrift voor Psychomotorische Kindertherapie, 11(4), 3-13.
- Emck, C., & Bosscher, R. J. (2010). *PsyMot: An instrument for psychomotor diagnosis and indications for psychomotor therapy in child psychiatry.* Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 5(3), 244-256. https://doi.org/10.1080/17432971003760919
- Felitti, V. J. (2011). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults.* American Journal of Preventive Medicine, 14(4).
- Fonagy, P. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self.* Other Press.
- Hafkenscheid, A. (2014). *De therapeutische relatie: Instrument van verandering.* Boom.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A. R., Kromhout, D., & Schnabel, P. (2011). *How should we define health?* BMJ, 343, d4163. https://doi.org/10.1136/bmj.d4163

- Jong, J. de, Korevaar, J., Kroneman, M., Dijk, C. van, Bouwhuis, S., & Bakker, D. de (2016). *Substitutiepotentieel tussen eerste- en tweedelijns zorg: communicerende vaten of gescheiden circuits?* NIVEL.
- Kolk, B. A. van der. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma.* Viking.
- Korthagen, F. A. J. (2017). *Leren van binnenuit: Onderwijsontwikkeling in een nieuwe tijd.* Uitgeverij Phronese.
- Lichtsteiner, S. H., Nideröst, M., & Di Brina, C. (2023). *Effectiveness of psychomotor therapy among children with graphomotor impairment with and without DCD diagnosis.* Children, 10(6), 964. https://doi.org/10.3390/children10060964
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy.* Harvard University Press.
- Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijsdeskundigen (2023). *Handreiking zorgvuldig verstrekken van gegevens aan gemeenten bij jeugdhulp.* Verkregen van https://www.nvo.nl/actueel/handreiking-zorgvuldig-verstrekken-van-persoonsgegevens-aan-gemeenten-bij-jeugdhulp
- Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Kindertherapie (2016). *Competentieprofiel psychomotorisch kindertherapeut.* NVPMKT. https://nvpmkt.nl/wp-content/uploads/2024/11/2016-02-04-Competentieprofiel-Psychomotorisch-Kindertherapeut.pdf
- Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). *Jeugdwet.* Geraadpleegd op 22 mei 2026, van https://www.nji.nl/kennis/impact-maken-met-jeugdbeleid/jeugdwet
- Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). *Positieve ontwikkeling van jeugd.* Geraadpleegd op 22 mei 2026, van https://www.nji.nl/kennis/pedagogische-basis/positieve-ontwikkeling-jeugd
- Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). *Preventie en mentale gezondheid bij jeugd.* Geraadpleegd op 22 mei 2026, van https://www.nji.nl/kennis/impact-maken-met-jeugdbeleid/werkt-preventie.
- Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). *Samenwerken rond jeugd en gezin.* Geraadpleegd op 22 mei 2026, van https://www.nji.nl/kennis/wijkteams/samenwerken-met-jeugd-ouders.
- Nederlands Jeugdinstituut (z.d.). *Werkt preventie?* Geraadpleegd op 22 mei 2026, van https://www.nji.nl/kennis/impact-maken-met-jeugdbeleid/werkt-preventie.
- Nieuwenhoven, G. van (2024). *Beroepsprofiel kind & jeugd: De essentiële schakel.* Netwerk Kindertherapie / Capabel Hogeschool.
- Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2007). *De jongen die opgroeide als hond.* Scriptum.
- Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2017). *The boy who was raised as a dog* (3rd ed.). Basic Books.
- Poismans, K., & Keulen, I. van (2018). *Klinisch redeneren en het methodisch (be)handelen in creatieve therapie: Van denken naar doen, van probleem naar oplossing.* Zuyd Hogeschool.
- Rijksoverheid (2025). *Generieke module vaktherapie.* Rijksoverheid.
- Rijksoverheid (z.d.). *Jeugdhulp bij gemeenten.* Geraadpleegd op 22 mei 2026.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness.* Guilford Press.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). *Evidence based medicine: What it is and what it isn't.* BMJ, 312(7023), 71-72.

- Scheffers, M., Busschbach, J. T. van, Moeijes, J., & Haan, A. de (2022). *Beter meten: resultaten van het project 'Doen en Meten'.* Tijdschrift voor Vaktherapie, 18(2), 14-22.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action.* Basic Books.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind* (2nd ed.). Guilford Press.
- Siegel, D. J., & Payne Bryson, T. (2013). *The whole-brain child.* Delacorte Press.
- Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals* (3rd ed.). Routledge.
- Vaktherapie Nederland (2025). *Beroepscompetentieprofiel Vaktherapeutische Beroepen*. https://fvb.vaktherapie.nl/files/Kwaliteit/311BeroepsCompetentieProfiel-VaktherapeutischeBeroepen-DEF.pdf
- Vaktherapie Nederland (z.d.). *Psychomotorische therapie.* Geraadpleegd op 22 mei 2026,van https://www.vaktherapie.nl/psychomotorische-therapie.
- Vaktherapie Nederland. (z.d.). *Zorgprestatiemodel.* Geraadpleegd op 22 mei 2026, van https://fvb.vaktherapie.nl/belangenbehartiging/zorgprestatiemodel-ggz.
- Verhoeven, N. (2020). *Wat is onderzoek?* (6e ed.). Boom Uitgevers.
- Vriend, E., Moeijes, J., & Scheffers, M. (2024). *Efficacy of psychomotor therapy for children and adolescents with anxiety disorders: A systematic review.* Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry, 2, 1182188. https://doi.org/10.3389/frcha.2023.1182188
- Werger, C., Groothuis, M., & Jaschke, A. (2021). *Navigating Music Technology: handbook on the promising digital future of music therapy.* ArtEZ Press.
- Zorgwijzer (2026). *Vaktherapie vergoeding.* Geraadpleegd op 22 mei 2026,van https://zorgwijzer.nl/vergoedingen/vaktherapie

nvpmkt

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
PSYCHOMOTORISCHE KINDERTHERAPIE