

[Beroepscompetentieprofiel]

van de

Manueel therapeut



B.V.M.T.

Belgische Vereniging van
Manueel Therapeuten v.z.w.

A.B.T.M.

Association Belges des
Thérapeutes Manuels a.s.b.l.

Ottermerssesteenweg 209
BE-9000 Gent
www.bvmt-abtm.be

Werken mee aan dit dossier

Leen Uyttendaele
Kristiaan Van Praet
Luigi Pizzi
Maarten Van Herzele
Guy Van Dyck
Axel Beemaert
Bart Vanthillo
Joyce Casteleyn

05/10/2010

Inhoud

| | | |
|--------------|---|-----------|
| I. | Definitie van manuele therapie | 3 |
| II. | Internationale erkenning en registratie | 3 |
| III. | De opleiding in de manuele therapie | 3 |
| IV. | BAMA-structuur en de opleiding manuele therapie | 4 |
| V. | Positionering en profilering van de manuele therapie | 4 |
| VI. | Wettelijke regelgeving | 5 |
| VII. | Beroepstypering | 5 |
| | 1. Werkzaamheden | 5 |
| | 2. Verantwoordelijkheden en werkcontext | 7 |
| | 3. Complexiteit | 7 |
| | 4. Attitude van de manueel therapeut..... | 8 |
| VIII. | Taakgebieden van de manueel therapeut | 8 |
| | 1. De manueel therapeutische zorg | 8 |
| | 2. Voorlichting en preventieve zorg | 8 |
| | 3. Administratie en beheer..... | 9 |
| | 4. Organisatie, onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitszorg..... | 9 |
| IX. | De kerntaken van de manueel therapeut | 9 |
| | 1. Manueel therapeutische diagnose stellen | 9 |
| | 2. Behandelplan opstellen en uitvoeren | 10 |
| | 3. Behandelplan evalueren..... | 11 |
| | 4. Behandelproces afronden | 11 |
| X. | Beroepsrollen en competenties | 12 |
| | Rol 1: de manueel therapeut als HULPVERLENER..... | 13 |
| | Competentie 1: Diagnosticus | 13 |
| | Competentie 2: Practicus | 15 |
| | Competentie 3: Communicatie met de patiënt..... | 17 |
| | Rol 2: de manueel therapeut als communicator voor MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING | 19 |
| | Competentie 4: Communicatie met collega's | 19 |
| | Competentie 5: Communicatie op multidisciplinair niveau | 21 |
| | Rol 3: de manueel therapeut als PROFESSIONEEL LEIDER | 23 |
| | Competentie 6: Praktijkmanagement | 23 |
| | Competentie 7: de beroepsorganisator | 25 |
| | Rol 4: de manueel therapeut als BEROEPSONTWIKKELAAR | 27 |
| | Competentie 8: wetenschappelijk onderzoek..... | 27 |
| | Competentie 9: Innovatie..... | 29 |
| XI. | BIJLAGE 1: Gedetailleerde inhoud voor competentie 1 | 31 |
| | De manueel therapeut als diagnosticus..... | 31 |
| | a. Het afnemen van een anamnese | 31 |
| | b. Het uitvoeren van een klinisch onderzoek | 32 |
| | c. Het bepalen van de structuurstoornis..... | 32 |
| | d. Het bepalen van de functiestoornis | 33 |
| | e. Het bepalen van het dominante pijnmechanisme | 34 |
| | f. Het inschatten van psychosociale factoren..... | 34 |
| | g. Het stellen van een prognose..... | 34 |
| | h. Het opstellen van een patiëntendossier | 34 |
| XII. | BIJLAGE 2: Gedetailleerde inhoud voor competentie 2 | 35 |
| | De manueel therapeut als practicus | 35 |
| | i. Het opstellen van een behandelplan..... | 35 |
| | j. Het toepassen van articulaire behandeltechnieken..... | 35 |
| | k. Het toepassen van myofasciale behandeltechnieken | 36 |
| | l. Het toepassen van neurogene behandeltechnieken | 36 |
| | m. Het corrigeren van disfuncties in motorische controle | 36 |
| | n. Het toepassen van vasculaire behandeltechnieken | 37 |
| | o. Het corrigeren van disfuncties in alignement | 37 |
| XIII. | Overzicht per rol en competentie | 38 |

I. Definitie van manuele therapie

Onder manuele therapie wordt verstaan een gespecialiseerd domein binnen de kinesitherapie welk zich richt op neuromusculoskeletale aandoeningen, gebaseerd op klinisch redeneren, gebruik makend van zeer specifieke diagnostische- en behandelingstechnieken, inclusief manuele handgrepen/technieken en therapeutische oefenvormen.

Manuele therapie is gebaseerd op de beschikbare wetenschappelijke en klinische evidentie, evenals op het biopsychosociaal gezondheidsprofiel van elke individuele patiënt.

II. Internationale erkenning en registratie

In 1996 is België, vertegenwoordigd door B.V.M.T.- A.B.T.M. volwaardig lid geworden van IFOMPT¹. Het Belgisch curriculum dat door het IFOMPT werd goedgekeurd is sindsdien de basis voor internationale erkenning in België. B.V.M.T.- A.B.T.M. heeft naast de erkenningsprocedure ook op eigen initiatief een herregistratieprocedure opgesteld.

Om geregistreerd te kunnen blijven als manueel therapeut moet er iedere 5 jaar een minimum aantal accreditatiepunten worden behaald via persoonlijke publicaties, deelname aan zowel [inter]nationale congressen als aan wetenschappelijke vergaderingen in verband met de manuele therapie.

III. De opleiding in de manuele therapie

De opleiding omvat de minimum kwantitatieve eisen voor het door IFOMPT erkend Belgisch curriculum manuele therapie:

- Min. 240u theorie
- Min. 240u praktijk
- Min. 150u stage
- Eindwerk/scriptie

De theoretische en praktische opleiding beoogt

- 1) Het verwerven van bijkomende kennis en inzicht in de functionele anatomie van het neuromusculoskeletale systeem en deze kunnen toepassen in het onderzoek en de behandeling van een patiënt;
- 2) Het verwerven van bijkomende kennis en inzicht in diverse aspecten van pijn en kunnen deze toepassen bij de patiënt;
- 3) Het verwerven van bijkomende inzichten in de biomechanica van het neuromusculoskeletale systeem en deze kunnen toepassen op een patiënt;

¹ IFOMPT: International Federation for Orthopedic Manipulative Physical Therapists

- 4) Het kennen van en inzicht verwerven in de pathologie die een indicatie of contra-indicatie vormen voor manuele therapie;
- 5) Het begrijpen van de principes en toepassingen van de verschillende technieken van medische beeldvorming;
- 6) Het kennen en inzicht verwerven in de basisprincipes en begrippen van de manuele therapie en deze kunnen toepassen op een patiënt;
- 7) Het kennen van, inzicht verwerven in en op een systematische wijze toepassen van de neuromusculoskeletale onderzoeksprocedure ter hoogte van de perifere gewrichten en de wervelkolom; op grond van deze onderzoeksbevindingen een manueel therapeutisch behandelingsplan conceptualiseren en uitvoeren. Dit behandelplan kan diverse manueel therapeutische handelingen omvatten die bij de betreffende musculoskeletale aandoening een indicatie vormen, waaronder advies en informatieverstrekking en/of passieve manueel therapeutische behandelingsvormen [met inbegrip van passief/actieve manipulaties] en/of actieve oefentherapie [met inbegrip van motorische controle reëducatie];
- 8) Het kennen van en inzicht verwerven in de oefentherapie en motor control en een aangepast behandelplan kunnen opstellen voor een gegeven patiënt op grond van de onderzoeksgegevens;
- 9) Het beoordelen van beroepsliteratuur op zijn wetenschappelijke waarde en klinische relevantie beoordelen en op een creatieve manier verwerken tot een eigen kritische synthese.

Op basis van het Belgisch curriculum erkend door IFOMPT worden momenteel 4 actieve Belgische opleidingen erkend nl. de opleidingen musculoskeletale kinesitherapie van de Universiteit Gent en K.U.Leuven, de master in de manuele therapie van de V.U.B., de I.R.S.K.- opleiding manuele therapie.

IV. BAMA-structuur en de opleiding manuele therapie

Voor Vlaanderen zal een eenduidige onderwijsstructuur van 5 jaar in de BAMA structuur algemeen worden geïmplementeerd. Het 3-jarig Bachelor programma revalidatiewetenschappen en kinesitherapie geeft nog geen beroepsfinaliteit als kinesitherapeut in België.

In Vlaanderen wordt er nadien in drie universiteiten een 2-jarige Master in de Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie aangeboden met diverse afstudeerrichtingen waaronder “musculoskeletale kinesitherapie”. Dit mastertraject is tevens een voorbereiding op een vervolgprogramma onder de vorm van een master na master in de manuele therapie [V.U.B.] of een postgradaatsopleiding in de musculoskeletale kinesitherapie [Universiteit Gent en K.U.Leuven]. Het volledige traject om erkend te kunnen worden als manueel therapeut bestaat dus uit een mastertraject ReVaKi Gent richting MSK, en een vervolgprogramma.

In Wallonië bestaat een 4-jarig traject maar het kinesitherapieonderwijs is nog niet definitief gereorganiseerd waardoor er geen volledige opleidingstrajecten bestaan, die opleiden in de musculoskeletale kinesitherapie of manuele therapie.

V. Positionering en profilering van de manuele therapie

In de hedendaagse gezondheidszorg wordt veel belang gehecht aan kwaliteitszorg en het “evidence based” karakter van de zorgverstrekking. Binnen de kinesitherapie heeft dit geleid tot een meer en meer gespecialiseerde gezondheidszorg. Er is ook op onderwijsvlak binnen de BAMA-structuur een evolutie in de richting van verbijzondering binnen de basisopleiding revalidatiewetenschappen en kinesitherapie. Men studeert in Vlaanderen af met een verbijzondering in een bepaald domein binnen het mastertraject. De huidige inbedding bin-

nen het hoger onderwijs laat toe meer aandacht te besteden aan wetenschappelijke output, bestaande wetenschappelijke evidentie en levenslang leren.

De manueel therapeut of musculoskeletaal therapeut is de specialist bij uitstek om complexe problemen als gevolg van articulaire, musculaire en neurogene stoornissen van de wervelkolom en extremiteiten op een efficiënte manier te analyseren, interpreteren en behandelen.

Hij is ook ideaal geplaatst om bij neuromusculoskeletale disfuncties correcte informatie te verstrekken en advies te verlenen in het kader van stoornissen in activiteit en participatie, pijnmechanismen en beïnvloedende psychosociale factoren. Hij heeft dus eveneens een taak als bewegingsconsulent.

Binnen een multidisciplinaire context is de manueel therapeut de ideale partner in het kader van de diagnostiek en functionele evaluatie bij neuromusculoskeletale aandoeningen.

VI. **Wettelijke regelgeving**

Zoals voor alle Belgische kinesitherapeuten is het wettelijke statuut van de kinesitherapeut gespecialiseerd in manueel therapie, geregeld via het K.B. nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen [artikel 21bis].

'Manueel therapeut' is op zichzelf nog geen beschermde titel. Momenteel is er enkel een ontwerp van een Ministerieel Besluit vanuit de werkgroep bijzondere beroepsbekwaamheden en bijzondere beroepstitels van de nationale raad in de kinesitherapie om tot een regelgeving van de bijzondere bekwaamheden te komen waaronder de manuele therapie.

Dit ontwerp is geadviseerd aan de minister van volksgezondheid.

Tot nader order gebeurt de erkenning en registratie van de manuele therapie enkel vanuit B.V.M.T.- A.B.T.M., die België vertegenwoordigt in IFOMPT.

VII. **Beroepstypering**

1. **Werkzaamheden**

Manuele therapie is een verbijzondering binnen de kinesitherapie in het domein van de neuromusculoskeletale disfuncties. De manueel therapeut is als gezondheidsdeskundige een specialist op het terrein van functiestoornissen van de wervelkolom en extremiteiten vanwege zijn specifieke kennis en vaardigheden op het terrein van diagnostiek en therapie bij neuromusculoskeletale aandoeningen.

De manueel therapeut brengt door middel van gerichte manueel therapeutische diagnostiek de patiëntencontext in kaart voornamelijk de etiologische factoren; contra-indicaties [red flags]; stoornissen in structuur, functie [arthrogeen, myogeen, neurogeen, motor control], activiteit en participatie; weefsel- en pijnmechanismen en de psychosociale factoren.

Hij analyseert en interpreteert deze bevindingen binnen een breed bio-psycho-sociaal klinisch denkkader en komt via klinisch redeneren tot een gerichte, causale en "evidence based" behandelingsaanpak gericht op een optimaal functieherstel op het niveau van activiteits- en participatiestoornissen.

Hierbij kan hij gebruik maken van gevorderde en aanvullende manueel therapeutische vaardigheden met inbegrip van de manipulatietechnieken [High Velocity Thrust] en verschaft voorlichting en advies op het vlak van het gezond bewegend functioneren.

Het **methodisch handelen** bestaat uit:

- Anamnese
- Formuleren van de onderzoeksdoelstellingen
- Gericht manueel therapeutisch onderzoek
- Analyse en interpretatie van de onderzoeksresultaten vanuit een breed klinisch denkkader
- Opstellen van de manueel therapeutisch behandeldoelen
- Uitvoeren van de manueel therapeutische behandeling
- Evaluatie en herevaluatie
- Bijsturen van de behandeling
- Advies naar preventie
- Afsluiten van de behandeling

De **specifieke diagnostische vaardigheden** van de manueel therapeut bestaan uit het kunnen interpreteren in een brede context van de gegevens uit de anamnese, de inspectie, de palpatie, het manueel therapeutisch functieonderzoek gericht op articulaire, neurogene, myogene en neuromotorische disfuncties en evt. meet-schalen en meetinstrumenten.

De manueel therapeut houdt hierbij ook rekening met de medische informatie, medische beeldvorming, weefselmechanismen, pijnmechanismen en psychosociale factoren.

De **manueel therapeutische** behandeling bestaat uit:

- Passieve articulaire, neurogene en myogene technieken
- Actief/ passieve technieken
- Actieve oefenvormen gericht op het oefenen en sturen van functies
- Informeren, adviseren en begeleiden.

De **passieve technieken** zijn onder meer

- mobilisaties [tracties, oscillaties, translaties, compressies],
- manipulaties [High Velocity Thrust technieken]
- harmonische technieken,
- neurodynamische technieken [waaronder slidingtechnieken, tensioners en sliders]
- ischeamische compressietechnieken
- stretching technieken
- weke delen mobilisaties

De **actief /passieve technieken** zijn onder meer

- Mulligantechnieken
- McKenzie technieken
- myotensieve technieken [Muscle Energy Techniques]

De keuze van de uitvoeringsmodaliteiten [uitgangshouding, handvatting, amplitudo, ritme, snelheid, richting, duur] en techniek is afhankelijk van het te bereiken doel, de causaliteit, de actualiteit en de lokalisatie van de disfunctie.

De **actieve oefenvormen** kunnen gericht zijn op coördinatie, stabilisatie, neuromusculaire [motorische] controle, mobilisatie, circulatie, weefselherstel, aërobe reconditionering, spierhypertrofie, maximumkracht, kracht-uthouding, basiskracht, snelkracht en explosieve kracht.

Oefentherapie kan eveneens van belang zijn in het kader van gestoorde psychosociale factoren [graded activity en graded exposure], een gestoorde pijnfysiologie, functionele integratie in functie van sport of werkomstandigheden, preventie en ergonomie.

2. **Verantwoordelijkheden en werkcontext**

De manueel therapeut behandelt zoals elke kinesitherapeut patiënten op verwijzing van een arts. Via een specifieke verwijzing voor een consultatief onderzoek kan de manueel therapeut bijdragen tot zowel de diagnosestelling als tot het gericht en efficiënter maken van de conservatieve behandeling.

De meerderheid van de manueel therapeuten is werkzaam in de eerstelijns kinesitherapie maar ze werken ook frequent in ziekenhuizen, multidisciplinaire centra en revalidatiecentra.

Daarnaast zijn er ook manueel therapeuten actief als docent in opleidingen en als wetenschappelijk onderzoeker.

3. **Complexiteit**

De werkzaamheden van de manueel therapeut zijn gekenmerkt door een grote complexiteit op verschillende vlakken:

- De **therapeutische vaardigheden** zijn technisch van een hoog niveau en vragen bijkomende ervaring, kennis en inzicht om dit te kunnen transfereren naar diverse patiëntensituaties. Een flexibele keuze en aanpassing van technieken en uitvoeringsmodaliteiten in functie van de specifieke noden en beperkingen van de actuele toestand van de patiënt is van groot belang om een goed therapieresultaat te verkrijgen en dit vraagt bijkomende vaardigheden.
- De **manueel therapeutische diagnostiek** is eveneens van een grote complexiteit. Enerzijds gezien het breed klinisch denkkader waarbinnen het klinische redeneerproces plaatsvindt. Vanuit een grondig en gedetailleerd klinisch onderzoek van de patiënt worden de gevonden neuromusculoskeletale disfuncties geïnterpreteerd rekening houdend met de medische gegevens, kennis van weefselmechanismen, pijnmechanismen en psychosociale factoren.

Anderzijds zijn er ook complexere vaardigheden vereist om het manueel therapeutisch onderzoek ten volle te kunnen uitvoeren waaronder de segmentale diagnostiek, toegevoegd neurologisch en neurodynamisch onderzoek, myofasciale testprocedures en motor control testen in het kader van disfunctiepatronen.

- De manueel therapeut krijgt frequent te maken met complexe **neuromusculoskeletale disfuncties** die enkel via een aanpak vanuit een breed klinische denkkader optimaal te behandelen zijn. Bij een complexe problematiek is er ook regelmatig een goede samenwerking met andere gezondheidswerkers nodig [psycholoog, huisarts, geneesheerspecialist, pijnkliniek, podoloog, ...]. Om een goede samenwerking te verzekeren en een gerichte verwijzing mogelijk te maken, is voldoende kennis van de mogelijkheden vanuit ander gezondheidsberoepen noodzakelijk.
- De manueel therapeut werkt **evidence based** vanuit best practice aangezien de bestaande evidentie nog onvolledig is. De manueel therapeut moet in staat zijn om nieuwe oplossingsstrategieën te ontwikkelen, toe te passen en te beoordelen aangezien standaardprocedures meestal niet van toepassing zijn. Gezien de manuele therapie nog in volle evolutie is, draagt iedere manueel therapeut bij in de beroepsontwikkeling door efficiënte strategieën te helpen ontwikkelen.

4. Attitude van de manueel therapeut

Gezien het snel evoluerende karakter van het beroep heeft ieder manueel therapeut nood aan een houding van levenslang leren. Een manueel therapeut moet probleemoplossend denken en bereid zijn om de behandelresultaten en het eigen handelen kritisch te evalueren. Het rigide dogmatische denken vanuit bestaande rationalen moet plaats ruimen voor flexibel, breed en kritisch wetenschappelijk denken vanuit een open geest.

VIII. Taakgebieden van de manueel therapeut

De manueel therapeut is actief in de volgende taakgebieden:

1. De manueel therapeutische zorg

De rol van de manueel therapeut als zorgverlener situeert zich voornamelijk op het vlak van manueel therapeutische diagnostiek en behandeling bij neuromusculoskeletale disfuncties in een zo breed mogelijke context en in fysiologische onderlinge samenhang met de totaliteit van de persoon. De taken kunnen diagnostisch, therapeutisch, begeleidend, instructief, communicatief, evaluatief en afrondend van aard zijn.

2. Voorlichting en preventieve zorg

De manueel therapeut werkt voornamelijk in het kader van de secundaire preventie in een behandelingscontext waarbij het optimaliseren van het bewegend functioneren in de ADL, sport of beroepscontext centraal staat.

Coaching, advies en informatieverstrekking op het vlak van ergonomie, gezond bewegen en progressieve re-activatie en reconditionering zijn belangrijke taken van de manueel therapeut onder andere in het kader van het voorkomen van chronische pijn, progressieve weefselschade en recidieven.

Ook de taak in het kader van rug- en nekschool valt hieronder maar vrijwel in elke behandelsessie is secundaire preventie een essentieel onderdeel van de behandeling.

In de primaire preventie kan een manueel therapeut een belangrijke taak hebben in de advies- en informatieverstrekking rond beweging- en houdingsgerelateerde problemen vooral ter preventie van rug- en nekproblematiek. Dit kan zowel op individuele basis [onder andere bij kinderen en jongeren] als in het kader van het groepsondericht.

3. Administratie en beheer

Elke manueel therapeut heeft ook een belangrijke maatschappelijke taak via het goed beheren en bijhouden van patiëntengegevens en dossiergegevens en een goed en deontologisch praktijkbeleid. Dit is van belang bij het uitstippelen van het maatschappelijk beleid in het kader van de gezondheidszorg maar ook in het kader van de beroepsontwikkeling en het wetenschappelijk onderzoek.

4. Organisatie, onderzoek, ontwikkeling en kwaliteitszorg

De manueel therapeut heeft ook een taak in de verdere ontwikkeling en optimalisering van het beroep door via kritische reflectie, bijscholing en kennis van wetenschappelijke evoluties het eigen handelen te sturen.

Iedere therapeut kan ook een eigen bijdrage leveren door zelf ontwikkelde efficiënte behandelstrategieën te communiceren zodat dit kan dienen in het kader van verder wetenschappelijk onderzoek.

Een constructieve participatie aan lopende studies kan in dit kader eveneens een taak zijn.

IX. De kerntaken van de manueel therapeut

De kerntaken bestaan uit:

1. Manueel therapeutische diagnose stellen

De manueel therapeutische diagnose wordt geformuleerd, gecommuniceerd en in het dossier vastgelegd na interpretatie van een uitgebreid manueel therapeutisch onderzoek bestaande uit een anamnese, inspectie, [articulair, neurogeen, musculair en neuromusculair globaal en lokaal] functieonderzoek. Hierbij wordt rekening gehouden met de medische diagnose, medische onderzoeksresultaten, medische informatie, beeldvorming en dossiergegevens algemeen.

De verkregen gegevens worden geïnterpreteerd in een breed kader rekening houdend met pijn- en weefselmechanismen, medische informatie en psychosociale factoren.

De gevonden functiestoornissen en stoornissen in activiteit en participatie worden aldus verklaard vanuit hun onderlinge samenhang en de mens in zijn geheel.

Men kan conclusies trekken over de actualiteit, de causaliteit, de lokalisatie, de prognose en het verwachte herstel gezien het brede kader waarbinnen de interpretatie plaatsvindt.

Men kan ook besluiten trekken op het vlak van indicatiestelling en mogelijke contra-indicaties in het kader van een manueel therapeutische behandeling.

Te gebruiken hulpmiddelen zijn:

- een hoog/laag tafel
- anamnese- en onderzoeksformulieren
- een zelfreflectieformulier
- gestandaardiseerde vragenlijsten en
- meetinstrumenten voor neuromusculoskeletale functies.

2. Behandelplan opstellen en uitvoeren

Op basis van de manueel therapeutische diagnose wordt een behandelplan opgesteld gericht op maximaal functieherstel en symptoomvermindering in ADL, werk-, hobby- en sportcontext.

De lange en korte termijn doelstellingen van de behandeling, SMART² geformuleerd, worden vastgelegd en besproken met de patiënt. De manueel therapeutische behandeling is gericht op de gevonden aangrijpingspunten en disfuncties. Voor de keuze van de behandelduur en frequentie is het uitgangspunt dat er een maximaal resultaat wordt nagestreefd met een zo kort mogelijke totale therapieduur. De eigen inbreng van de patiënt wordt hierbij maximaal benut. Op basis van tussentijdse evaluaties worden er progressies ingebouwd en kan de behandeling regelmatig worden bijgesteld.

De behandeling kan bestaan uit:

- **Passieve articulaire, neurogene en musculaire technieken**
Mobilisaties [tractie, oscillatie, translatie, compressie], manipulaties [high velocity thrust technieken], harmonische technieken, neurodynamische technieken [waaronder glidingtechnieken, tensioners en sliders], ischeamische compressietechnieken, stretching technieken, weke delen.
- **Actief/passieve technieken**
Mulliganttechnieken, McKenzie technieken, myotensieve technieken [Muscle Energy Techniques].
- **Actieve oefentherapie**
Dit kan gericht zijn op coördinatie, stabilisatie, neuromusculaire [motorische] controle, mobilisatie, circulatie, weefselherstel, aërobe reconditionering, spierhypertrofie, snelkracht en explosieve kracht, maximumkracht, krachthuithouding, basiskracht, snelkracht en explosieve kracht.

² SMART: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden

- **Informereren, adviseren en begeleiden**

Bewustmaken van de eigen verantwoordelijkheid en begeleiden van een thuisprogramma; advies in het kader van preventie; bijstellen van maladaptieve copingstrategieën, attitudes, overtuigingen en ideeën; advies rond voeding, voedingssupplementen en zelfmedicatie. De manueel therapeut maakt hierbij gebruik van een volledig uitgebouwde praktijkruimte [inclusief oefenruimte] bestaande uit richtlijnen, voorlichtingsmateriaal, ergonomisch en oefenmateriaal voor thuis. Multidisciplinair overleg en een gerichte verwijzing zijn van belang voor een goed therapieresultaat.

3. Behandelplan evalueren

Bijsturen en het progressief opbouwen van een volledige behandeling kan enkel via tussentijdse evaluaties. Er wordt dan ook op regelmatige tijdstippen een tussentijdse evaluatie uitgevoerd waarbij wordt nagegaan of de gestelde therapiedoelen worden bereikt.

Men kan hierbij bijkomend gebruik maken van gevalideerde en gestandaardiseerde vragenlijsten en meetinstrumenten. Ingeval er zich complicaties of onverwachte veranderingen voordoen is een herevaluatie steeds noodzakelijk. De resultaten en gevolgtrekkingen van de tussentijdse evaluaties worden besproken met de patiënt en eventueel in het dossier opgenomen. Er kan bijkomend onderzoek of een parallelle behandeling voorgesteld worden via verwijzing naar een collega of een andere zorgverstreker.

4. Behandelproces afronden

De behandeling wordt afgerond na een eindevaluatie. De resultaten worden vastgelegd in het patiëntendossier. Hierbij kunnen de gestelde doelen bereikt zijn of indien er onvoldoende resultaat is van de behandeling kan een andere aanpak worden voorgesteld waarbij verder verwezen wordt naar collega's of andere zorgverstrekkers.

Advies rond een thuisprogramma, leefregels en een correct copinggedrag zijn een essentieel onderdeel van de laatste zitting. Indien verdere behandeling vereist is, wordt de voorgestelde strategie besproken met de patiënt en wordt een verslag opgemaakt ten behoeve van andere zorgverstrekkers.

Ook hier kan men gebruik maken van gevalideerde en gestandaardiseerde vragenlijsten en meetinstrumenten.

X. Beroepsrollen en competenties

De manueel therapeut vervult vier rollen in zijn beroepsuitoefening.

Elke rol omvat meerdere competenties.

Overzicht

Rol 1: De manueel therapeut als HULPVERLENER [*]

Competentie 1: diagnosticus

Competentie 2: practicus

Competentie 3: communicatie met patiënt

Rol 2: De manueel therapeut als communicator voor MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING [*]

Competentie 4: communicatie met collega's

Competentie 5: communicatie op multidisciplinair niveau

Rol 3: De manueel therapeut als PROFESSIONEEL LEIDER []**

Competentie 6: praktijkmanagement

Competentie 7: beroepsorganisatie

Rol 4: De manueel therapeut als BEROEPSONTWIKKELAAR []**

Competentie 8: wetenschappelijk onderzoeker

Competentie 9: innovatie

[*] Heeft rechtstreeks betrekking op hoofdactiviteit

[**] Ondersteunt de hoofdactiviteit

Rol 1: de manueel therapeut als HULPVERLENER

Competentie 1: Diagnosticus

Beschrijving

Als verbijzonderd kinesitherapeut is de manueel therapeut vanwege zijn specifieke deskundigheid in diagnostiek en therapie bij neuromusculoskeletale disfuncties bijzonder bekwaam in het analyseren en interpreteren van hulpvragen met een hoge complexiteit van aard als gevolg van functiestoornissen van het bewegingsapparaat in het algemeen en wervelkolomproblematiek in het bijzonder.

Toelichting

[detail cfr. bijlage 1] - Het gaat hier om het verzamelen van gegevens uit de anamnese en het gericht manueel therapeutisch onderzoek. Op basis van de hulpvraag van de patiënt brengt de manueel therapeut op een systematische wijze het gezondheidsprobleem, gerelateerd aan het gezond functioneren, in kaart.

Aan de hand van een reflectiedocument voor klinisch redeneren worden de onderzoekresultaten op een gestructureerde wijze geanalyseerd en geïnterpreteerd vanuit een breed klinisch denkkader rekening houdend met de medische gegevens, kennis van weefselmechanismen, pijnmechanismen en psychosociale factoren.

De specifieke kennis, inzicht en vaardigheden in het opstellen van de manueel therapeutische diagnose worden aan de hand van het reflectiedocument uitgewerkt en onderling met de patiënt besproken. Een grote complexiteit van werkzaamheden typeert de branche. De manueel therapeutische vaardigheden zijn technisch van hoog niveau en vragen aanvullende klinische ervaring, kennis en inzicht om dit te kunnen transfereën naar diverse patiëntensituaties. Een flexibele keuze en aanpassing van technieken en uitvoeringsmodaliteiten in functie van de specifieke noden en beperkingen van de actuele toestand van de patiënt is van groot belang om een goed therapieresultaat te verkrijgen.

Verbreding en verdieping van het manueel therapeutisch onderzoek worden gekenmerkt door bijkomende kennis, inzicht en vaardigheden in de segmentale diagnostiek, het toegevoegd neurologisch en neurodynamisch onderzoek, myofasciale testprocedures en motorische controle tests bij disfunctiepatronen.

Als kinesitherapeut verbijzonderd in de manuele therapie is zijn taak te interveniëren binnen complexe gezondheidssituaties van somatische en psychosociale aard. De manueel therapeut moet zelfstandig risicofactoren opsporen en beslissen of doorverwijzing noodzakelijk is en/of het manueel therapeutisch handelen voortgezet kan worden. De manueel therapeut stelt een behandelplan op en bij de "intake" wordt een proefbehandeling uitgevoerd.

Componenten

De volgende kennis en inzichtelementen zijn essentiële bouwstenen:

- Klinisch redeneerproces – breed klinisch denkkader
- Indicaties en contra-indicaties voor manuele therapie
- Internationale protocollen, richtlijnen en standaarden relevant voor manuele therapie
- De complexiteit en de totaliteit van de patiënt

Vaardigheden

De volgende vaardigheden worden hierbij vooral gebruikt:

- Afnemen van een anamnese in een breed manueel therapeutisch denkkader
- Methodisch en systematisch handelen in het klinisch onderzoek
- Als onderdeel van de segmentale diagnostiek t.h.v. de wervelkolom, het nauwkeurig en correct uitvoeren van artrokinematische bewegingen vanuit de actuele ruststand en vanuit de 'close packed position'
- M.b.t. de perifere gewrichten, het nauwkeurig en correct uitvoeren van artrokinematische bewegingen vanuit de actuele ruststand en vanuit de 'close packed position'
- Uitvoeren van het toegevoegd neurologisch en neurodynamisch onderzoek, myofasciale testprocedures en motorische controle tests bij disfunctiepatronen
- Technische vaardigheden bij diverse patiëntensituaties, flexibele keuze en aanpassing van onderzoekstechnieken in functie van de specifieke noden en beperkingen van de actuele toestand van de patiënt
- Analyseren en interpreteren van deze gegevens
- Een behandelstrategie uitwerken in functie van de onderzoeksgegevens
- Nieuwe oplossingsstrategieën ontwikkelen, toepassen en beoordelen

Houdingen

De volgende houdingen worden vooral aangewend:

- Methodisch en analytisch handelen
- Breed georiënteerd
- Zelfstandig handelen
- Innovatief en creatief
- Reflectief en kritisch
- Gericht zijn op ethisch en psychologisch handelen

Beheersingscriteria

Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut:

- Aan de hand van een casus het reflectiedocument kan analyseren en interpreteren
- Uit de verzamelde gegevens van de anamnese een werkhypothese kan opstellen
- Inzicht heeft in de hulpvraag en het verwachtingspatroon van de patiënt
- Uit de gegevens van de anamnese de weefsel- en pijnmechanismen kan verklaren
- De relatie tussen de gegevens uit de anamnese en de klinische bevindingen uit het gericht manueel therapeutisch onderzoek kan analyseren en interpreteren. Inzicht in de ernst van de functiestoornissen, beperkingen in activiteit en participatie is noodzakelijk
- Een manueel therapeutische diagnose kan opstellen
- In het klinisch redeneerproces een screening van 'red flags/yellow'flags' kan maken
- Een patiëntenprofiel, een prognostisch profiel en een manueel therapeutische indicatiestelling kan samenstellen

Competentie 2: Practicus

Beschrijving

Als verbijzonderd kinesitherapeut kan de manueel therapeut vanwege zijn specifieke deskundigheid in diagnostiek en therapie van neuromusculoskeletale disfuncties een bijdrage leveren aan het gezondheidsprobleem gerelateerd tot het maximaal functioneren van de patiënt door het opstellen van een behandelplan en het uitvoeren van een behandeling door middel van gevorderde specifieke manueel therapeutische technieken zowel curatief als preventief.

Toelichting

[detail cfr. bijlage2] - Op basis van de manueel therapeutische diagnose wordt een behandelplan opgesteld gericht op maximaal functieherstel en symptoomvermindering in ADL, werk-, hobby- en sportcontext. De manueel therapeutische behandeling is gericht op de onderzoekresultaten waarbij de manueel therapeut gebruik maakt van de 'best available evidence' om zijn keuze van technieken en modaliteiten te verantwoorden. Hij maakt hierbij gebruik van specifiek gevorderde passieve articulaire, neurogene en musculaire technieken.

Bij artrogene stoornissen zijn harmonische technieken en specifieke gelokaliseerde mobilisaties van toepassing waaronder tractie, translatie en oscillatie vanuit de actuele ruststand en vanuit de 'close packed position'. Weke delen mobilisaties en actief/passieve technieken [Mulligan, Mc Kenzie concepten en Muscle Energy Techniques] maken deel uit van het manueel therapeutisch arsenaal. Vanwege zijn specifieke deskundigheid maakt de manueel therapeut ook gebruik van manipulatietechnieken [high velocity thrust] met korte hefboom en vergrendeling.

Bij neurogene stoornissen: neurodynamische technieken waaronder slidingtechnieken, tensioners en sliders.

Bij myogene stoornissen: myotensieve technieken [Muscle Energy Techniques].

Bij myofasciale stoornissen: stretchingtechnieken, ischemische compressietechnieken.

Actieve oefentherapie kan gericht zijn op coördinatie, stabilisatie, neuromusculaire [motorische] controle, mobilisatie, circulatie, weefselherstel, aerobe reconditionering, krachtwinst, spierhypertrofie, snelkracht en explosieve kracht.

Vanwege zijn specifieke kennis en vaardigheden in diagnostiek en therapie bij neuromusculoskeletale disfuncties van het bewegingsapparaat [algemene en wervelkolomgerelateerde in het bijzonder] zal de manueel therapeut vooral participeren binnen dit domein. Binnen een multidisciplinaire setting kan de verbijzonderde kinesitherapeut de gezondheidshulpvragen analyseren, interpreteren en interveniëren.

Componenten

De volgende kennis en inzichtelementen zijn essentiële bouwstenen:

- Klinisch redeneerproces
- Indicaties en contra-indicaties voor manuele therapie
- Internationale protocollen, richtlijnen en standaarden relevant voor manuele therapie
- De complexiteit en de totaliteit van de patiënt

Vaardigheden

De volgende vaardigheden worden hierbij vooral gebruikt:

- Methodisch en systematisch handelen
- Nauwkeurig en correct uitvoeren van de verschillende passieve manueel therapeutische technieken m.b.t. de wervelkolom waaronder de weke delen technieken, de mobiliserende technieken, de manipulatietechnieken [high velocity thrust], de vergrendeltechnieken, de neurogene technieken, de myotensieve technieken
- Passieve mobilisatietechnieken ter hoogte van de wervelkolom vanuit de actuele ruststand en vanuit de 'close packed position'
- Passieve mobilisatietechnieken van de perifere gewrichten vanuit de actuele ruststand en vanuit de 'close packed position'
- Manipulatietechnieken van de perifere gewrichten
- Actieve oefentherapie
- Technische vaardigheden bij diverse patiëntensituaties
- Nieuwe oplossingsstrategieën ontwikkelen, toepassen en beoordelen
- Coördineren
- Multidisciplinair samenwerken

Houdingen

De volgende houdingen worden vooral aangewend:

- Methodisch en systematisch handelen
- Breed georiënteerd
- Zelfstandig handelen
- Innovatief en creatief
- Reflectief en kritisch
- Ethisch en psychologisch

Beheersingscriteria

Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut:

- aan de hand van een casus met ondersteuning van het reflectiedocument een manueel therapeutisch behandelplan kan opstellen
- aan de hand van een casus een manueel therapeutische behandeling kan uitvoeren
- in welke mate hij/zij kan interveniëren bij de hulpvraag van het gezondheidsprobleem van de patiënt
- kan behandelen volgens manueel therapeutische inzichten
- kan behandelen volgens 'best available evidence'
- kan behandelen volgens manueel therapeutische technieken
- keuze kan maken in manueel therapeutische technieken bij de indicatiestelling
- de frequentie van behandelen kan bepalen
- de behandelresultaten van de manueel therapeutische interventie kan evalueren
- de behandeling kan bijsturen
- de behandeling kan afronden

Competentie 3: Communicatie met de patiënt

Beschrijving

De manueel therapeut is in staat om efficiënt en duidelijk te communiceren met de patiënt tijdens het onderzoek en de behandeling i.v.m. neuromusculoskeletale klacht. Het geven van voorlichting en advies aan de patiënt gebeurt op een bevattelijke en motiverende manier zodat dit resulteert in een betere preventieve of therapeutische output.

Toelichting

[detail cfr. bijlage2] - De manueel therapeut communiceert met de patiënt over de bevindingen uit het klinisch onderzoek en biedt antwoorden op eventuele vragen. Hij kan daarbij gebruik maken van didactisch materiaal.

Bij chronische klachten is communicatie over pijnfysiologie en psychosociale factoren van groot belang. Aansluitend worden de therapeutische mogelijkheden en de prognose besproken met aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt hierin.

De manueel therapeut communiceert eveneens over thuisoefeningen. Hieronder vallen mobiliserende oefeningen, circulatiebevorderende oefeningen, aërobe training, spierversterkende oefeningen, neurogene sliders en tensioners, functionele stabiliserende oefeningen, myofasciale rekkingen, oefeningen ter verbetering van de motorische controle en oefeningen uit aanvullende concepten, zoals McKenzie en Mulligan.

Ook curatief advies, waaronder warmte-/koudeapplicatie en relatieve rust, wordt naar de patiënt gecommuniceerd.

De manueel therapeut biedt ten slotte ook preventief advies aan onder de vorm van ergonomische en sport-specifieke raadgevingen, thuisoefeningen en dergelijke.

In het geval van een psychosociale betrokkenheid communiceert de manueel therapeut empathisch over de betrokken onderwerpen. Deze competentie is essentieel in het kader van het bevorderen van de zelfredzaamheid van de patiënt.

Componenten

De volgende kennis en inzichtelementen zijn essentiële bouwstenen:

- Vakkennis
- Pijnfysiologie
- Relevante psychosociale componenten bij musculoskeletale problemen
- Ergonomie
- Kinesiologie van sportspecifieke handelingen
- Efficiënte communicatie, gedrachtsverandering

Vaardigheden

De volgende vaardigheden worden hierbij vooral gebruikt:

- Analysevermogen van relevant klachtenonderhoudend gedrag
- Motivatievaardigheid
- Didactische en communicatieve vaardigheden
- Empathisch vermogen

Houdingen

De volgende houdingen worden vooral aangewend:

- Creatief – innovatief
- Oplossend, zoekend
- Breeddenkend
- Sociaal – communicatief
- Relativerend
- Inlevend
- Overlegend

Beheersingscriteria

Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut

- Bevattelijke informatie kan geven over de verschillende componenten van het denkkader
- Feedback kan geven na analyse en synthese van de onderzoeksresultaten
- Specifieke relevante ergonomische factoren kan distilleren en omzetten in doelgericht advies
- Specifieke relevante sportspecifieke factoren kan distilleren en gebruiken voor sportadvies
- In staat is om een goede patiëntenmedewerking te verkrijgen

Dit blijkt uit het feit dat de patiënt

- Inzicht heeft in zijn musculoskeletale problematiek
- Bepaalde oefeningen kan herhalen
- Gemotiveerd is om het gegeven advies op te volgen

Rol 2: de manueel therapeut als communicator voor MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Beschrijving

Communicatie voor multidisciplinaire samenwerking houdt in dat er overleg plaatsvindt tussen alle hulpverleners die rechtstreeks of onrechtstreeks in contact komen met de patiënt.

Het onderwerp van dit overleg heeft betrekking op de pathologie, diagnose, mogelijke behandelstrategie en andere patiëntgerelateerde gegevens, zodoende een optimale hulpverlening te kunnen bieden.

Competentie 4: Communicatie met collega's

Beschrijving

De manueel therapeut is, in het belang van een kwalitatieve zorgverlening, in staat om op een collegiale manier samen te werken en te communiceren met collega's kinesitherapeuten en dit met aandacht voor de eigen sterktes en zwaktes.

Toelichting

Een goede samenwerking met collega's kinesitherapeuten zowel binnen als buiten de praktijksetting is in het belang van de patiënt. Kennis van de eigen grenzen en mogelijkheden binnen de manuele therapie maar ook van de andere bijzondere bekwaamheden in het beroep kan een efficiënte doorverwijzing of samenwerking bevorderen.

Er kan ook communicatie plaatsvinden tussen manueel therapeuten onderling. Therapeuten die eenzelfde patiënt behandelen moeten een document voorzien dat de nodige anamnese en onderzoeksgegevens bevat. Verder moeten in dit document de belangrijkste behandelgegevens worden vermeld, zodat er een goede opvolging kan verzekerd worden. Intern overleg over patiënten is eveneens nuttig om te komen tot de best mogelijke behandelstrategie zeker indien het gaat over complexe patiënten.

Therapeuten die niet in een groepspraktijk werken, kunnen – in geval van twijfel over de beste behandelstrategie – andere manueel therapeuten contacteren. Hierbij wordt het beroepsgeheim gerespecteerd. Verwijzing naar kinesitherapeuten met een andere specialisatie of bijzondere bekwaamheid is van belang indien het probleem buiten ons domein valt of indien aanvullende kinesitherapeutisch zorg noodzakelijk is die minder tot de competenties van de manueel therapeut behoort. De therapeut moet eveneens bereid zijn om de dossiergegevens te communiceren aan een collega kinesitherapeut indien de patiënt zelf van therapeut verandert.

De manueel therapeut moet eveneens in staat zijn om een efficiënte begeleiding/coaching, kennisoverdracht en vaardigheidstraining te geven naar manueel therapeuten in opleiding. Veel manueel therapeuten staan mee in voor de opleiding van toekomstige collega's onder de vorm van stagebegeleiding. De bestaande "clinical guidelines", "clinical prediction rules" en de "best evidence" zouden hierbij richtsnoeren moeten zijn.

Componenten

De volgende kennis en inzichtelementen zijn essentiële bouwstenen:

- Indicatieleer in de manuele therapie
- Methodologie en klinisch redeneren in de manuele therapie
- Softwarekennis van de specifieke beroepssoftware
- Efficiënte dossieropmaak [al dan niet elektronisch]
- Kennis van indicaties en behandelstrategieën binnen alle takken van de kinesitherapie
- Clinical guidelines, clinical prediction rules en best evidence in het kader van de indicaties voor manuele therapie
- Efficiënte schriftelijke en verbale communicatie

Vaardigheden

De volgende vaardigheden worden hierbij vooral gebruikt:

- Synthese- en observatievermogen
- Communicatieve vaardigheden
- Didactische vaardigheden en coaching

Houdingen

De volgende houdingen worden vooral aangewend:

- Oplossend, zoekend
- Zelfreflectief en kritisch
- Breeddenkend
- Communicatief en overleggend
- Ethisch en deontologisch handelen
- Inzicht in eigen sterktes en zwaktes
- Hulpvaardig

Beheersingscriteria

Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut:

- Een dossier kan opmaken met daarin alle noodzakelijke patiëntengegevens voor collega's manueel therapeuten;
- Volledig, interactief en bevattelijk kan communiceren en overleggen met collega's over patiënten;
- Met collega's therapeutische inzichten en visies kan delen en bespreken met een open geest;
- Op een collegiale deontologische manier kan samenwerken met andere kinesitherapeuten binnen, maar ook buiten, een groepspraktijksetting;
- Een manueel therapeut in opleiding kan coachen en opleiden tot een vaardige manueel therapeut met inzicht in klinisch redeneren.

Competentie 5: Communicatie op multidisciplinair niveau

Beschrijving

Een goede communicatie en overleg van de manueel therapeut met de verwijzende - behandelende arts[en] is essentieel in een efficiënte multidisciplinaire opvolging van de patiënt.

Verwijzing naar en communicatie met andere disciplines is eveneens van belang om de patiënt optimale zorg te kunnen verlenen, voornamelijk ten aanzien van arts-specialisten, psychologen, podologen, ergotherapeuten, verpleegkundigen, osteopaten, chiropractors, acupuncturisten e.a.

Toelichting

Ten eerste is er de communicatie tussen de behandelende manueel therapeut en de behandelende of verwijzende arts. Dit overleg kan handelen over de pathologie/klacht waarmee de patiënt zich aanmeldt, de medische diagnose, de vooropgestelde behandeling, het medicatiebeleid, pijnmanagement of wijzigingen in de presentatie van de patiënt. De manueel therapeut neemt hiervoor tijdig contact op met de arts. Bij dit overleg wordt het welzijn van de patiënt voorop gesteld. Indien nodig schrijft de manueel therapeut een verslag naar de arts met daarin de relevante gegevens.

Verwijzing naar andere hulpverleners kan eveneens van belang zijn. Dit gebeurt best in samenspraak met de behandelende huisarts. Een psychologische opvolging kan van belang zijn in het geval van chronische pijn en psychosomatiek. Verwijzing naar een podoloog die de klachten kan onderhouden in geval van een gestoorde biomechanica [statiekafwijking, een gestoord gangpatroon, ...]. Verwijzing naar een arts-specialist kan van belang zijn indien er een vermoeden is van een onderliggende ernstige pathologie bv.: tumoren, spondylodiscitis, neuropathie, reumatologische ziekten, interne pathologie, e.a.. Het kan eveneens van belang zijn indien de gegeven behandeling ontoereikend is en een specialistische medische aanpak nuttig lijkt, bijvoorbeeld indien een specialistisch pijnbeleid, operatie of infiltratie noodzakelijk lijken. In het domein van de manuele therapie is er vnl. een goede samenwerking met orthopedisten, fysisch geneesheren en reumatologen noodzakelijk.

Ook in de thuissituatie komt men met andere hulpverleners [o.a. sociaal assistenten, verpleegkundigen, ergotherapeuten] in contact. Een nuttig document hierbij is het zorgdossier. Overleg en een goede coördinatie met de andere hulpverleners leidt ook hier tot een betere zorg.

Componenten

De volgende kennis en inzichtelementen zijn essentiële bouwstenen:

- Een goede medische achtergrond en vakkennis
- Kennis van indicaties en behandelstrategieën van alle takken in de gezondheidszorg
- Kennis van het vakjargon van diverse disciplines vnl. van de traditionele medische en paramedische beroepen.
- Efficiënte schriftelijke en verbale communicatie

Vaardigheden

De volgende vaardigheden worden hierbij vooral gebruikt:

- Synthesevermogen
- Communicatieve vaardigheden
- Vakoverschrijdend denken [$><$ vakspecifiek]
- Verslaggeving in medisch vakjargon

De volgende houdingen worden vooral aangewend:

- Oplossend, zoekend
- Breeddenkend - multidisciplinair
- Communicatief
- Reflectief - kritisch
- Ethisch en deontologisch
- Overlegend
- Inzicht in eigen sterktes en zwaktes

Beheersingscriteria

Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut

- Een verslag kan opmaken in medisch vakjargon met daarin alle noodzakelijke patiëntengegevens en conclusies met o.a. de visie en suggesties voor het verder beleid.
- Volledig, interactief en bevattelijk verbaal kan communiceren en overleggen met andere zorgverstrekkers rond een patiënt.
- Op een deontologische manier kan samenwerken met andere zorgverstrekkers.
- De eigen beperkingen en mogelijkheden kent en open staat voor een inbreng van andere zorgverstrekkers als aanvulling of alternatief voor de eigen behandeling.
- Een zicht heeft op de mogelijkheden en beperkingen van andere zorgverstrekkers en bijgevolg zinvol kan verwijzen ten gunste van de patiënt.

Rol 3: de manueel therapeut als PROFESSIONEEL LEIDER

Competentie 6: Praktijkmanagement

Beschrijving

De manueel therapeut profileert zich binnen de werksituatie als professioneel leider of ondersteuner waarbij, naast de essentiële managervaardigheden, ook een inzicht in markttendensen, de actuele beroepsevolutie en maatschappelijke noden van belang zijn om flexibel te kunnen inspelen op veranderingen op het vlak van vraag en aanbod en veranderingen in de gezondheidszorg.

Toelichting

De manueel therapeut kan een zelfstandige onderneming binnen de gezondheidszorg opstarten en beheren binnen het bestaand maatschappelijk stelsel.

Een manueel therapeut komt de wettelijke administratieve en boekhoudkundige verplichtingen na en is op de hoogte van de laatste ontwikkelingen op juridisch, economisch en deontologisch vlak die invloed kunnen hebben op het beheren van zijn kabinet, en voert dan ook een correct beleid op deze vlakken.

De manueel therapeut treedt desgewenst op als leider of lid van een team van collega's en personeelsleden en is hierbij een goede initiatiefnemer, motivator, communicator, ... met als doel een maximale kwaliteit van de zorgverlening.

De manueel therapeut beheert goed zijn patiëntengegevens en dossiergegevens; richt een ordelijk en hygiënisch kabinet in; stuurt zichzelf en/of collega's tot een goed tijdsmanagement; voorziet degelijk onderzoeks-, behandel- en didactisch materiaal en reflecteert over en innoveert vaak in zijn kabinet, in overleg met collega's.

De manueel therapeut neemt initiatieven om de marktpositie van de instelling, het centrum, de dienst of de praktijk te bestendigen of te verbeteren. Er wordt hierbij rekening gehouden met een veranderende situatie van vraag en aanbod, actuele tendensen in het beroep en de maatschappelijke noden binnen de gezondheidszorg in brede zin. Initiatieven in het kader van de preventieve gezondheidszorg kunnen hier een onderdeel van uitmaken.

Componenten

De volgende kennis en inzichtelementen zijn essentiële bouwstenen:

- Kennis en inzicht in actuele tendensen in de manuele therapie
- Beroepsorganisatie, wettelijke regelgeving binnen de kinesithérapie en manuele therapie
- Kennis van de organisatie en het beleid in de gezondheidszorg
- Kennis over management, boekhouding en economie
- Kennis van een SWOT³-analyse

³ SWOT: Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

Vaardigheden

De volgende vaardigheden worden hierbij vooral gebruikt:

- Organisatorische vaardigheden
- Communicatieve vaardigheden
- Vaardigheden in management [personeel, promotie, PR, ...]

Houdingen

De volgende houdingen worden vooral aangewend:

- Flexibel
- Communicatief
- Leidinggevend
- Overlegend
- Initiatiefnemend
- Creatief – innovatief
- Analyserend
- Verantwoordelijk
- Zin voor perfectie

Beheersingscriteria

Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut:

- Een praktijk of dienst kan leiden;
- In staat is om een SWOT-analyse van de werksituatie op te stellen en ingeval dit nodig is te remediëren of bij te sturen;
- Initiatieven kunnen nemen om te voldoen aan de maatschappelijke noden en de evolutie op het gebied van vraag en aanbod.

Competentie 7: de beroepsorganisator

Beschrijving

Als verbijzonderd kinesitherapeut kan de manueel therapeut zich engageren in verschillende werkgroepen, commissies, raden en beroepsorganisaties wegens zijn specifieke deskundigheid in het musculoskeletaal vakgebied.

De manueel therapeut heeft contact met [inter]nationale beroepsorganisaties en neemt actief deel aan de ontwikkelingen van externe en interne werkzaamheden binnen het specifieke interessegebied.

Tevens is de manueel therapeut actief binnen de opleiding door op een methodische wijze zijn vakinhoudelijke kennis over te brengen op stagiairs en hen te begeleiden in hun professionele ontwikkeling.

Toelichting

Binnen deze competentie bestaat een continuüm binnen het te verwachten beheersingsniveau.

Een minimum vereiste is het lidmaatschap van de beroepsorganisatie[s] die de belangen van de manueel therapeut verdedigt.

Een maximaal beheersingsniveau behelst een engagement om actief deel te nemen als verbijzonderd kinesitherapeut in verschillende werkgroepen, commissies, raden en beroepsorganisaties ten einde de verbijzonderde manuele therapie optimaal te verdedigen en te verbeteren. De verbijzonderde kinesitherapeut is actief binnen beroepsverenigingen waarbij hij streeft naar een goede vertegenwoordiging van collega manueel therapeuten en draagt hierdoor bij tot de inburgering van de manuele therapie bij de bevolking en de medische wereld.

De manueel therapeut participeert en draagt bij op een constructieve wijze aan nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen door middel van [inter]nationale netwerken binnen het interessegebied. Hij levert een bijdrage aan de ordening en de regularisatie van bijzondere bekwaamheden en bijzondere beroepstitels in verschillende deelgebieden van de kinesitherapie. De ordening en regularisatie gebeurt op diverse overheidsorganen zoals Onderwijsinstanties en Volksgezondheid.

De manueel therapeut is actief in afvaardigingen van Wereldorganisaties en participeert in de nieuwe maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen van het interessegebied.

De manueel therapeut participeert in het continu optimaliseren van de meerwaarde van de verbijzondering en engageert zich in het bijsturen van het opleidingscurriculum aan de hand van de laatste ontwikkelingen. De kinesitherapeut met een verbijzondering in de manuele therapie informeert en adviseert diverse overheidsinstanties m.b.t. het opstellen van richtlijnen voor de bijzondere bekwaamheid.

Componenten

De volgende kennis en inzichtelementen zijn essentiële bouwstenen

- Inhoudelijke vakkennis
- Communicatiekennis

- Kennis in het veld van gezondheidszorg
- Kennis van organisatie
- Onderwijskundige kennis

Vaardigheden

De volgende vaardigheden worden hierbij vooral gebruikt

- Communicatieve vaardigheden
- Vaardigheden in leiderschap
- Taalkundige vaardigheden
- Didactische vaardigheden
- Groepsdiscussies

Houdingen

De volgende houdingen worden vooral aangewend

- Open communicatie
- Enthousiast optreden en handelen
- Delegerend
- Ondernemend

Beheersingscriteria

Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut

- Zich actief [maximum] of passief [minimaal] engageert binnen de beroepsverdediging van de manueel therapeut
- Onderwerpen m.b.t. inhoudelijke vakkennis kan presenteren en toelichten
- [inter]nationale congressen kan organiseren
- Kennis kan uitdragen en delen
- Discussies kan leiden in verschillende settings
- Ideeën kan uitwisselen binnen de gezondheidszorg

Rol 4: de manueel therapeut als BEROEPSONTWIKKELAAR

Competentie 8: wetenschappelijk onderzoek

Beschrijving

De kinesitherapeut met een verbijzondering in de manuele therapie neemt deel aan wetenschappelijk onderzoek met als doel [inter]nationaal klinisch of experimenteel wetenschappelijk onderzoek te ontwikkelen.

Toelichting

Evidentie voor manuele therapie bij neuromusculoskeletale disfuncties is onvolledig en moet verder onderzocht worden.

De effectiviteit van manueel therapeutische behandeltechnieken moet verder aangetoond worden voor de onderbouwing van de manueel therapeutische interventie bij neuromusculoskeletale stoornissen. Vanwege de grote complexiteit van de manuele therapie zijn wetenschappelijke studies noodzakelijk om de evidentie van het manueel therapeutisch handelen aan te tonen.

De manueel therapeut moet kritisch kunnen omgaan met de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, de resultaten kritisch wetenschappelijk kunnen analyseren en interpreteren en de relevantie ervan kunnen toetsen aan de praktijk.

De manueel therapeut moet zijn medewerking verlenen aan wetenschappelijk onderzoek of zelf het initiatief nemen deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek.

Componenten

De volgende kennis- en inzichtelementen zijn essentiële bouwstenen

- Wetenschappelijk vakliteratuur kritisch analyseren en interpreteren
- Bijhouden van een database
- Bijhouden van relevante gegevens in een patiëntendossier zodat deze kunnen gebruikt worden bij wetenschappelijk onderzoek
- De meest courante gebruikte methodieken en statistieken
- Deelname aan [inter]nationale projecten
- Zich openstellen tot medewerking aan wetenschappelijk onderzoek
- Bijdrage leveren aan wetenschappelijke activiteiten

Vaardigheden

De volgende vaardigheden worden hierbij vooral gebruikt

- Kritisch literatuur doornemen
- Kritisch omgaan met resultaten van wetenschappelijk onderzoek
- Relevantie van onderzoeksresultaten toetsen aan de praktijk

- Participeren aan [inter]nationale lezingen en congressen
- Publiceren
- Gegevens systematisch analyseren en interpreteren

Houdingen

De volgende houdingen worden vooral aangewend:

- Kritische wetenschappelijk
- Academisch
- Levenslang leren

Beheersingscriteria

Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut:

- Wetenschappelijk vakliteratuur kritisch kan analyseren, interpreteren en evalueren
- Een onderzoeksvorstel kan schrijven
- Een onderzoeksvorstel kan ontwikkelen
- Een actieve bijdrage kan leveren aan de wetenschappelijke uitbouw en fundering van het beroep
- Onderzoekresultaten kan publiceren
- Kan deelnemen aan [inter]nationale projecten

Competentie 9: Innovatie

Beschrijving

De kinesitherapeut met een verbijzondering in de manuele therapie draagt bij aan de [inter]nationale wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen in het beroepsveld.

Toelichting

Het verbeteren en vernieuwen van de huidige zorgverlening in de praktijk is noodzakelijk en betekenen nieuwe uitdagingen en mogelijkheden voor de manueel therapeut. Nieuwe inzichten, wetgevingen en ontwikkelingen in het beroep vragen om een optimalisering van het professioneel handelen. De manueel therapeut kan actief bijdragen aan nieuwe beroepsstrategieën, nieuwe wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen.

Componenten

De volgende kennis en inzichtelementen zijn essentiële bouwstenen:

- Kennis met betrekking tot [inter]nationale ontwikkelingen in de manuele therapie
- Kennis van en inzicht in recente wetenschappelijke en klinische innovatie
- Kennis van en inzicht in beroepsorganisatie en beroepsverdediging
- Kennis van actuele criteria met betrekking tot beroepsinhoud
- Kennis van opstarten en uitvoeren van projecten

Vaardigheden

De volgende vaardigheden worden hierbij vooral gebruikt:

- Relevante gegevens uit wetenschappelijk onderzoek toetsen aan de praktijk
- Analyseren en interpreteren van wetenschappelijke innovaties
- Implementeren van gegevens uit wetenschappelijke innovaties
- Multidisciplinair samenwerken
- Coördineren

Houdingen

De volgende houdingen worden vooral aangewend:

- Breed georiënteerd
- Innovatief en creatief
- Zelfstandig
- Reflectief en kritisch

Beheersingscriteria

Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut:

- Maatschappelijke en wetenschappelijke beroepsontwikkelingen kan integreren
- Inzichten kan integreren van theorieën en concepten uit aangrenzende vakgebieden
- Nieuwe ontwikkelingen binnen het beroep kan integreren
- Een actieve bijdrage kan leveren aan de wetenschappelijke uitbouw en fundering van het beroep
- Aansluiting kan zoeken bij de nieuwe ontwikkelingen binnen het vakgebied
- Actie kan deelnemen aan [inter]nationale wetenschappelijke projecten
- Kan reflecteren rond maatschappelijke verantwoordelijkheden m.b.t. de toepassing van manuele therapie

XI. **BIJLAGE 1: Gedetailleerde inhoud voor competentie 1**

De manueel therapeut als diagnosticus

Toelichting

De manueel therapeut voert een standaard klinisch onderzoek uit, aangevuld met toegevoegde testen om tot een diagnose te komen.

Het standaard klinisch onderzoek start steeds met een uitgebreide anamnese van de pijnklacht. Vervolgens worden toegevoegde testen uitgevoerd, afhankelijk van de aard van de klacht en het klinisch redeneren van de manueel therapeut. Zo kunnen toegevoegde testen articulair, neurologisch, myofasciaal, vasculair, ... georiënteerd zijn.

Verder bouwend op het klinisch onderzoek bepaalt de manueel therapeut de structuurstoornis, het dominante weefselmechanisme en het dominante pijnmechanisme. Het inschatten van psychosociale factoren is van groot belang om deze componenten alsook de prognose te bepalen.

Alle informatie bekomen uit de anamnese, het klinisch onderzoek en het klinisch redeneerproces wordt genoteerd in het patiëntendossier.

Inhoud

a. Het afnemen van een anamnese

De manueel therapeut kan een uitgebreide en gedetailleerde anamnese afnemen waarbij er gepeild wordt naar de klachten waarmee de patiënt zich aanbiedt. Het gebruik van een bodychart kan daarbij aangewend worden.

Er wordt informatie verworven over de geschiedenis van de klacht, over het circadiaan verloop, over pijnprovocerende en –reducerende activiteiten, bewegingsbeperkingen en dergelijke.

Daarnaast wordt er gepeild naar de weerslag van de klacht op de activiteiten en het participatieniveau van de patiënt, alsook naar de psychologische weerslag.

Er wordt een beeld verkregen van de algemene gezondheidstoestand van de patiënt en van zijn musculo-skeletale voorgeschiedenis. Bijkomstig worden specifieke vragen gesteld in het kader van systeemaandoeningen en de familiale anamnese.

De manueel therapeut krijgt door vraagstelling ook een beeld van de ideeën, de bezorgdheden en de verwachtingen van de patiënt met betrekking tot zijn klacht.

Indien voorhanden kan de manueel therapeut de medische beeldvorming interpreteren aan de hand van de begeleidende protocols.

b. Het uitvoeren van een klinisch onderzoek

In het klinisch onderzoek start de manueel therapeut met een globale inspectie van de patiënt; dit zowel vanuit de actuele ruststand als van de activiteiten die de klacht uitlokken.

Vervolgens gaat de manueel therapeut over tot het uitvoeren van een grondig klinisch onderzoek van de betrokken musculoskeletale regio en de relevante aangrenzende regio's. Dit onderzoek start met een globaal actief en passief driedimensionaal bewegingsonderzoek.

Volgens noodzaak wordt het klinisch onderzoek toegespitst op een articulaire onderzoek, een neurologisch onderzoek, een myofasciaal onderzoek, een onderzoek van de motorische controle, een vasculair onderzoek en/of een onderzoek van het alignment.

Op basis van de anamnese en het klinisch onderzoek bepaalt de manueel therapeut of er al dan niet absolute/relatieve contra-indicaties voor manuele therapie aanwezig zijn.

Het articulaire onderzoek behelst provocatietesten, jointplaytesten en het segmentaal bewegingsonderzoek.

Het neurologisch onderzoek omvat een functieonderzoek naar sensibiliteit, kracht en reflexiviteit, aangevuld met neurogene provocatietesten naar druk en lengte.

Testen voor het opsporen van sympathische stoornissen, upper motor neuron lesions, cerebellaire betrokkenheid en vestibulaire aandoeningen vervolledigen het neurologisch onderzoek.

Het myofasciaal onderzoek bestaat uit myofasciale lengtetesten, spierkrachttesten, palpatie naar tonus en drukprovocatie van myofasciale triggerpunten.

Vasculaire testen kunnen een meerwaarde bieden voor de manueel therapeut als diagnosticus. Onder andere TOS, VBI en vasculaire claudicatio gerelateerde klachten komen hiervoor in aanmerking.

In het onderzoek van het alignment verkrijgt de manueel therapeut vooreerst een beeld van de voetstatiek en de bekkenstand van de patiënt in stand. Dit wordt aangevuld met de test van het variabele beenlengteverschil en sacroiliacale functie- en provocatietesten.

Aanvullend aan het onderzoek van het alignment van de onderste ledematen en het bekken wordt het alignment van de ganse wervelzuil geëvalueerd.

c. Het bepalen van de structuurstoornis

Na de anamnese, de inspectie en het klinisch onderzoek is de manueel therapeut in staat de structuurstoornis te bepalen. Deze structuurstoornis kan een articulaire, discogene, neurogene of myofasciale disfunctie zijn, een vascularisatiedisfunctie en/of een disfunctie in alignment zijn. Ook worden red flags uitgesloten.

Het bepalen van het dominante weefselmechanisme: Indien er sprake is van weefselschade is de manueel therapeut in staat om de actualiteit, de chroniciteit, de mate van inflammatie, de belastbaarheid en het stadium van het weefselherstel te bepalen.

d. Het bepalen van de functiestoornis

Bij een articulaire disfunctie wordt vooreerst een onderscheid gemaakt tussen een stijf, een gefixeerd, een gecompriemd of een instabiel gewricht. Verder wordt er nagegaan of het rekpijn of compressiepijn betreft en wordt de richting van de bewegingsbeperking nagegaan. Het classificatiesysteem volgens Cyriax wordt gebruikt voor het bepalen van kapsulaire patronen.

Ook discale pathologieën [strain, bulging, hernia, discitis, ...] kunnen tot segmentale articulaire disfuncties leiden.

Neurogene disfuncties worden opgedeeld in conductiestoornissen, mechanosensitiviteit, proximaal/distaal slijdingsdisfuncties, tensiedisfuncties, neurogene claudicatio, sympathische stoornissen en neuropathieën.

Bij een myofasciale disfunctie differentieert de manueel therapeut naar te korte of te lange myofasciale structuren, naar te zwakke of te sterke spieren, naar hypertone of hypotone myofasciale structuren en tenslotte naar myofasciale triggerpunten. Ook hier kan het classificatiesysteem volgens Cyriax aangewend worden voor de interpretatie van spier- en peesletsels.

Er kan tevens een disfunctie in motorische controle aan de basis van de klacht liggen. Tijdens het basisfunctieonderzoek gaat de therapeut de kwaliteit en kwantiteit van de beweging na. Het onderzoek kan worden aangevuld met dissociatietests, waarbij de patiënt moet trachten om de give te stabiliseren. De “give”, of de zone van relatieve flexibiliteit, wordt in een andere zone gecompenseerd door restrictie, of de zone van relatieve stijfheid.

Wanneer de patiënt niet in staat is de neutrale zone te bewaren, kan dit te wijten zijn aan een in het centraal zenuwstelsel foutief ingeprent bewegingspatroon. Echter, ook een te zwakke of een verkorte spier kan hiertoe aanleiding geven. Naast het testen van de bewegingscontrole aan de hand van de dissociatietests, test de therapeut indien nodig ook de spiercontrole, spierlengte en spierkracht.

Voor spiercontrole kijkt men na of de patiënt in staat is de betreffende spier correct aan te spannen, zonder substitutiestrategieën, en evalueert men de uithoudingscapaciteit (Vb.: lower quadrant: Transversus abdominis & Multifidus; Upper quadrant: de diepe nekflexoren aan de hand van de craniocervicale flexietest met de stabiliser, en scapulasetting voor de scapulothoracale spieren).

De spierkracht van het globaal stabiliserend systeem test men volgens een vast stramien. Men gaat na of er een goede inner range control is van de geteste spier door middel van een concentrische contractie. Dit moet de patiënt isometrisch kunnen aanhouden in de inner range (2X15” of 10X10”) en tenslotte moet er een goede excentrische controle zijn van de geteste spier.

Spierlengtetesten voert men uit wanneer men vermoedt dat verkorte globaal mobiliserende musculatuur aan de basis ligt van het motorisch controle deficit. Een vascularisatiedisfunctie kan TOS, VBI, vasculaire claudicatio, veneuze stuwning, oedeem en dergelijke omvatten.

Bij een disfunctie in alignment differentieert de manueel therapeut verder naar een afwijkende voetstatiek, naar een reëel beenlengteverschil en naar een bekkendisfunctie.

e. Het bepalen van het dominante pijnmechanisme

De manueel therapeut bepaalt of het dominante pijnmechanisme eerder input, processing of output betreft.

Input bepaalt hij specifiek als nociceptief mechanisch, nociceptief ischaemisch, nociceptief inflammatoir, perifere neurogeen en perifere sensitivatie [primaire hyperalgesie].

In processing maakt hij een onderscheid tussen centrale sensitivatie en centrale neuroplastische veranderingen.

Output bepaalt hij specifiek als motorisch, auto-immuun, neurovegetatief en neuro-endocrien.

f. Het inschatten van psychosociale factoren

De manueel therapeut gebruikt concepten uit de wetenschappelijke literatuur om eventuele psychosociale factoren in te schatten. Dit zijn onder andere de gele, oranje, blauwe, zwarte en roze vlaggen, het ABCDEFW model en de Waddell signs.

g. Het stellen van een prognose

De manueel therapeut stelt een prognose op korte en op lange termijn, rekening houdende met alle informatie verkregen uit de anamnese en het klinisch onderzoek en ondersteund door het klinisch redeneerproces.

h. Het opstellen van een patiëntendossier

De manueel therapeut stelt een patiëntendossier op waarin alle relevante gegevens uit de anamnese en het klinisch onderzoek vermeld worden.

Ondersteund door het klinisch redeneerproces stelt hij een diagnostische hypothese voorop.

Rekening houdende met eventuele contra-indicaties stelt hij een behandelplan op, zich baserend op de volgende subcompetentie: de manueel therapeut als practicus.

XII. **BIJLAGE 2: Gedetailleerde inhoud voor competentie 2**

De manueel therapeut als practicus

Toelichting

De manueel therapeut stelt een behandelplan op dat, afhankelijk van het klinisch redeneerproces, hoofdzakelijk articulaire, neurologisch, myofasciaal, vasculair, ... georiënteerd zal zijn.

Inhoud

i. Het opstellen van een behandelplan

Vooreerst legt de manueel therapeut, in samenspraak met de patiënt, doelen vast op korte en lange termijn. Het ICF model geldt hier als uitgangspunt.

De manueel therapeut selecteert therapeutische handelingen op basis van het klinisch redeneerproces volgend op de anamnese en het klinisch onderzoek. Deze therapeutische handelingen omvatten: articulaire behandeltechnieken, neurogene behandeltechnieken, myofasciale behandeltechnieken, correctie van disfuncties in motorische controle, vasculaire behandeltechnieken en correctie van alignementsdisfuncties.

Ten slotte stelt de manueel therapeut comparable signs op om de evolutie van het behandelplan op te volgen.

j. Het toepassen van articulaire behandeltechnieken

In het geval van een stijf gewricht – in het bijzonder bij kapsulaire patronen – kan de manueel therapeut osteokinematische en arthrokinematische passieve mobilisaties en tracties uitvoeren. Ook distractie- en translatiemanipulaties met korte hefboom behoren tot de mogelijkheden. Deze manipulaties worden ook aangewend bij gefixeerde gewrichten.

Stabiliserende oefentherapie wendt de manueel therapeut aan in het geval van instabiele gewrichten.

Gecomprimeerde gewrichten worden met myotensieve technieken behandeld.

Gewrichtsklachten waarbij pijn op de voorgrond staat kunnen met midrange oscillaties en mobilisaties behandeld worden.

Bij aanwezigheid van discalen letsels kan gedoseerde passieve compressie/decompressie aangeboden worden, aangevuld met passieve en actieve gedoseerde rotaties.

Ook in het geval van kraakbeenletsels biedt de manueel therapeut gedoseerde compressie/decompressie aan op een actieve en/of passieve manier.

Botfracturen vereisen gedoseerde oefentherapie ter stimulatie van botaanmaak. De manueel therapeut kan bijkomend voedingsadvies aanreiken.

Deze articulaire behandeltechnieken kunnen uitgebreid worden met aanvullende concepten zoals McKenzie, Mulligan en Harmonic Techniques.

Bij de techniekbepaling houdt de manueel therapeut rekening met eventuele rek- of compressiepijn en met de richting van de bewegingsbeperking.

k. Het toepassen van myofasciale behandeltechnieken

In het geval van verkorte myofasciale structuren zal de manueel therapeut myofasciale rekkingen en myotensieve technieken aanwenden, eventueel aangevuld met krachttraining in de distale ROM.

Verlengde myofasciale structuren vereisen op hun beurt krachttraining in de proximale ROM.

Hypertone myofasciale structuren kan de manueel therapeut inhiberen aan de hand van soft tissue technieken en myotensieve technieken. Hypotone myofasciale structuren en te zwakke spieren dienen met krachttraining aangepakt te worden.

Myofasciale triggerpunten kan de manueel therapeut behandelen aan de hand van manual pressure release [MPR], aangevuld met myofasciale rekkingen en warmte. Gedeeltelijke of volledige spier-/peesscheuren vragen om weefselherstel bevorderende passieve technieken en actieve oefeningen. Deze myofasciale behandeltechnieken kunnen eveneens uitgebreid worden met aanvullende concepten, waaronder Harmonic Techniques.

l. Het toepassen van neurogene behandeltechnieken

Patiënten met neurogene klachten behandelt de manueel therapeut onder meer met sliders en tensioners. Ook gedoseerde en symptoomvrije compressie is soms aangewezen. In het geval van mechanical interface disorders zal de manueel therapeut deze opheffen, al dan niet manipulatief.

Harmonic Techniques kunnen ook hier een aanvulling betekenen. Bij de techniekbepaling houdt de manueel therapeut rekening met eventuele neurogene rekpijn en/of een positieve test van Kemp/Spurling.

m. Het corrigeren van disfuncties in motorische controle

De behandeling van een disfunctie in motorische controle hangt af van de basis het probleem. Bij een foutief ingeprent bewegingspatroon moet de therapeut de patiënt sturen in de beweging door middel van feedback (verbaal, visueel, tactiel). Wanneer het lokaal stabiliserend systeem de give niet kan stabiliseren, moet men werken aan spiercontrole. Belangrijk hierbij is dat men volgende stappen doorloopt: perceptie, precisie, repetitie en integratie.

Bij onvoldoende kracht van het globaal stabiliserend systeem moet men de te zwakke spier optrainen. Deze moet sterker worden in de inner range, zodoende de disbalans van het krachtenkoppel niet te vergroten. De patiënt moet de beweging concentrisch kunnen uitvoeren over de volledige range of motion. Vervolgens moet de patiënt dit isometrisch kunnen aanhouden (10X10", of 2X15"), en moet er excentrische controle zijn bij het terugkeren van de inner naar de outer range van de beweging.

Verkorte spieren kunnen aan de hand van verschillende technieken gerekt worden. De therapeut kan onder andere gebruik maken van de AIR techniek.

Het is van belang eerst te werken aan spiercontrole en bewegingscontrole. Wanneer de patiënt controle heeft over de beweging, ontstaat er pijncontrole. Pas in een later stadium gaat men over naar het trainen van de uithoudingscapaciteit en de kracht.

n. Het toepassen van vasculaire behandeltechnieken

Bij bepaalde vascularisatiedisfuncties kan de manueel therapeut sympathisch inhiberende technieken uitvoeren van de relevante wervelzuilsegmenten.

Circulatoire oefentherapie en aërobe training behoren ook tot het therapeutisch arsenaal.

Mechanical interface disorders zullen ook hier, al dan niet manipulatief, aangepakt worden.

o. Het corrigeren van disfuncties in alignement

In het geval van een reëel beenlengteverschil zal de manueel therapeut multidisciplinair samenwerken met een specialist in de orthopedische geneeskunde. Een vals beenlengteverschil echter, op basis van een gefixeerd sacroiliacaal gewricht, kan de manueel therapeut manipulatief opheffen.

Een voetstatiekafwijking kan multidisciplinair besproken worden met een podoloog

XIII. Overzicht per rol en competentie

| Rol 1: HULPVERLENER | | Competentie 1: Diagnosticus | |
|------------------------------|--|--|---------------------------|
| Componenten | <ul style="list-style-type: none"> • Klinisch redeneerproces – breed klinisch denkkader • Indicaties en contra-indicaties voor manuele therapie • Internationale protocollen, richtlijnen en standaarden relevant voor manuele therapie • De complexiteit en de totaliteit van de patiënt | Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut: | Behersingscriteria |
| Vaardigheden | <ul style="list-style-type: none"> • Afnemen van een anamnese in een breed manueel therapeutisch denkkader • Methodisch en systematisch handelen in het klinisch onderzoek • Als onderdeel van de segmentale diagnostiek t.h.v. de wervelkolom, het uitvoeren van artrokinematische bewegingen vanuit de actuele ruststand en vanuit de 'close packed position' • M.b.t. de perifere gewrichten, het uitvoeren van artrokinematische bewegingen vanuit de actuele ruststand en vanuit de 'close packed position' • Uitvoeren van het toegevoegd neurologisch en neurodynamisch onderzoek, myofasciale testprocedures en motorische controle tests bij disfunctiepatronen • Technische vaardigheden bij diverse patiëntensituaties, flexibele keuze en aanpassing van onderzoekstechnieken in functie van de specifieke noden en beperkingen van de actuele toestand van de patiënt • Analyseren en interpreteren van deze gegevens • Een behandelstrategie uitwerken in functie van de onderzoeksgegevens • Nieuwe oplossingsstrategieën ontwikkelen, toepassen en beoordelen | <ul style="list-style-type: none"> • Aan de hand van een casus het reflectiedocument kan analyseren en interpreteren • Uit de verzamelde gegevens van de anamnese een werkhypothese kan opstellen • Inzicht heeft in de hulpvraag en het verwachtingspatroon van de patiënt • Uit de gegevens van de anamnese de weefsel- en pijnmechanismen kan verklaren • De relatie tussen de gegevens uit de anamnese en de klinische bevindingen uit het gericht manueel therapeutisch onderzoek kan analyseren en interpreteren. Inzicht in de ernst van de functiestoornissen, beperkingen in activiteit en participatie is noodzakelijk • Een manueel therapeutische diagnose kan opstellen • In het klinisch redeneerproces een screening van 'red flags/yellow flags' kan maken • Een patiëntenprofiel, een prognostisch profiel en een manueel therapeutische indicatiestelling kan samenstellen | |
| Houdingen | <ul style="list-style-type: none"> • Methodisch en analytisch handelen • Breed georiënteerd • Zelfstandig handelend • Innovatief en creatief • Reflectief en kritisch • Gericht zijn op ethisch en psychologisch handelen | | |
| Bijkomend (bijlage 1) | <ul style="list-style-type: none"> • Het afnemen van een anamnese • Het uitvoeren van een klinisch onderzoek • Het onderzoek van de motorische controle • Het bepalen van de structuurstoornis • Het bepalen van het dominante weefselmechanisme • Het bepalen van het dominante pijnmechanisme • Het inschatten van psychosociale factoren • Het stellen van een prognose • Het opstellen van een patiëntendossier | | |

| Rol 1: HULPVERLENER | | Competentie 2: Practicus | |
|------------------------------|---|---|---------------------------|
| Componenten | <ul style="list-style-type: none"> Klinisch redeneerproces Indicaties en contra-indicaties voor manuele therapie Internationale protocollen, richtlijnen en standaarden relevant voor manuele therapie De complexiteit en de totaliteit van de patiënt | Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut: <ul style="list-style-type: none"> aan de hand van een casus met ondersteuning van het reflectiedocument een manueel therapeutisch behandelplan kan opstellen aan de hand van een casus een manueel therapeutische behandeling kan uitvoeren in welke mate hij/zij kan interveniëren bij de hulpvraag van het gezondheidsprobleem van de patiënt kan behandelen volgens manueel therapeutische inzichten kan behandelen volgens 'best available evidence' kan behandelen volgens manueel therapeutische technieken keuze kan maken in manueel therapeutische technieken bij de indicatiestelling de frequentie van behandelen kan bepalen de behandelresultaten van de manueel therapeutische interventie kan evalueren de behandeling kan bijsturen de behandeling kan afronden | Behersingscriteria |
| Vaardigheden | <ul style="list-style-type: none"> Methodisch en systematisch handelen Uitvoeren van de verschillende passieve manueel therapeutische technieken m.b.t. de wervelkolom waaronder de weke delen technieken, de mobiliserende technieken, de manipulatietechnieken [high velocity thrust], de vergrendeltechnieken, de neurogene technieken, de myotensieve technieken Passieve mobilisatietechnieken ter hoogte van de wervelkolom vanuit de actuele ruststand en vanuit de 'close packed position' Passieve mobilisatietechnieken van de perifere gewrichten vanuit de actuele ruststand en vanuit de 'close packed position' Manipulatietechnieken van de perifere gewrichten Actieve oefentherapie Technische vaardigheden bij diverse patiëntensituaties Nieuwe oplossingsstrategieën ontwikkelen, toepassen en beoordelen Coördineren Multidisciplinair samenwerken | | |
| Houdingen | <ul style="list-style-type: none"> Methodisch en systematisch handelen Breed georiënteerd Zelfstandig handelen Innovatief en creatief Reflectief en kritisch Ethisch en psychologisch | | |
| Bijkomend (bijlage 2) | <ul style="list-style-type: none"> Het opstellen van een behandelplan Het toepassen van articulaire behandeltechnieken Het toepassen van myofasciale behandeltechnieken Het toepassen van neurogene behandeltechnieken Het corrigeren van disfuncties in motorische controle Het toepassen van vasculaire behandeltechnieken Het corrigeren van disfuncties in alignement | | |

**Rol 1:
HULPVERLENER**

Competentie 3: Communicatie met de patiënt

Componenten

- Vakkennis
- Pijnfysiologie
- Relevante psychosociale componenten bij musculoskeletale problemen
- Ergonomie
- Kinesiologie van sportspecifieke handelingen
- Efficiënte communicatie, gedrachtsverandering

Vaardigheden

- Analysevermogen van relevant klachtenonderhoudend gedrag
- Motivatievaardigheid
- Didactische en communicatieve vaardigheden
- Empathisch vermogen

Houdingen

- Creatief – innovatief
- Oplossend, Zoekend en Breeddenkend
- Sociaal – communicatief
- Relativerend
- Inlevend
- Overleggend

Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut:

- Bevattelijke informatie kan geven over de verschillende componenten van het denkkader
- Feedback kan geven na analyse en synthese van de onderzoeksresultaten
- Specifieke relevante ergonomische factoren kan distilleren en omzetten in doelgericht advies
- Specifieke relevante sportspecifieke factoren kan distilleren en gebruiken voor sportadvies
- In staat is om een goede patiëntenmedewerking te verkrijgen

Dit blijkt uit het feit dat de patiënt

- Inzicht heeft in zijn musculoskeletale problematiek
- Bepaalde oefeningen kan herhalen
- Gemotiveerd is om het gegeven advies op te volgen

Beheersingscriteria

**Rol 2:
communicator voor MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING**

Competentie 4: Communicatie met collega's

Componenten

- Indicatieleer in de manuele therapie
- Methodologie en klinisch redeneren in de manuele therapie
- Softwarekennis van de specifieke beroepssoftware
- Efficiënte dossieropmaak [al dan niet elektronisch]
- Kennis van indicaties en behandelstrategieën binnen alle takken van de kinesitherapie
- Clinical guidelines, clinical prediction rules en best evidence in het kader van de indicaties voor manuele therapie
- Efficiënte schriftelijke en verbale communicatie

Vaardigheden

- Synthese- en observatievermogen
- Communicatieve vaardigheden
- Didactische vaardigheden en coaching

Houdingen

- Oplossend, zoekend
- Zelfreflectief en kritisch
- Breeddenkend
- Communicatief en overlegend
- Ethisch en deontologisch handelen
- Inzicht in eigen sterktes en zwaktes
- Hulpvaardig

Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut:

- Een dossier kan opmaken met daarin alle noodzakelijke patiëntgegevens voor collega's manueel therapeuten;
- Volledig, interactief en bevattelijk kan communiceren en overleggen met collega's over patiënten;
- Met collega's therapeutische inzichten en visies kan delen en bespreken met een open geest;
- Op een collegiale deontologische manier kan samenwerken met andere kinesitherapeuten binnen, maar ook buiten, een groepspraktijksetting;
- Een manueel therapeut in opleiding kan coachen en opleiden tot een vaardige manueel therapeut met inzicht in klinisch redeneren.

**Rol 2:
communicator voor MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING**

Competentie 5: Communicatie op multidisciplinair niveau

Componenten

- Een goede medische achtergrond en vakkennis
- Kennis van indicaties en behandelstrategieën van alle takken in de gezondheidszorg
- Kennis van het vakjargon van diverse disciplines vnl. van de traditionele medische en paramedische beroepen.
- Efficiënte schriftelijke en verbale communicatie

Vaardigheden

- Synthesevermogen
- Communicatieve vaardigheden
- Vakoverschrijdend denken [>< vakspecifiek]
- Verslaggeving in medisch vakjargon

Houdingen

- Oplossend, zoekend
- Breeddenkend - multidisciplinair
- Communicatief en Overlegend
- Reflectief - kritisch
- Ethisch en deontologisch
- Inzicht in eigen sterktes en zwaktes

Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut

- Een verslag kan opmaken in medisch vakjargon met daarin alle noodzakelijke patiëntgegevens en conclusies met o.a. de visie en suggesties voor het verder beleid.
- Volledig, interactief en bevattelijk verbaal kan communiceren en overleggen met andere zorgverstrekkers rond een patiënt.
- Op een deontologische manier kan samenwerken met andere zorgverstrekkers.
- De eigen beperkingen en mogelijkheden kent en open staat voor een inbreng van andere zorgverstrekkers als aanvulling of alternatief voor de eigen behandeling.
- Een zicht heeft op de mogelijkheden en beperkingen van andere zorgverstrekkers en bijgevolg zinvol kan verwijzen ten gunste van de patiënt.

**Rol 3:
PROFESSIONEEL LEIDER**

Competentie 6: Praktijkmanagement

Componenten

- Kennis en inzicht in actuele tendensen in de manuele therapie
- Beroepsorganisatie, wettelijke regelgeving binnen de kinesitherapie en manuele therapie
- Kennis van de organisatie en het beleid in de gezondheidszorg
- Kennis over management, boekhouding en economie
- Kennis van een SWOT-analyse

Vaardigheden

- Organisatorische vaardigheden
- Communicatieve vaardigheden
- Vaardigheden in management [personeel, promotie, PR, ...]

Houdingen

- Flexibel en Communicatief
- Leidinggevend, Overlegend en Initiatiefnemend
- Creatief – innovatief
- Analyserend
- Verantwoordelijk
- Zin voor perfectie

Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut:

- Een praktijk of dienst kan leiden;
- In staat is om een SWOT-analyse van de werksituatie op te stellen en ingeval dit nodig is te remediëren of bij te sturen;
- Initiatieven kunnen nemen om te voldoen aan de maatschappelijke noden en de evolutie op het gebied van vraag en aanbod.

Beheersingscriteria

| Rol 3: PROFESSIONEEL LEIDER | | Competentie 7: de beroepsorganisator | |
|--------------------------------|---|---|----------------------------|
| Componenten | <ul style="list-style-type: none"> • Inhoudelijke vakkennis • Communicatiekennis • Kennis in het veld van gezondheidszorg • Kennis van organisatie • Onderwijskundige kennis | <p>Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zich actief [maximum] of passief [minimaal] engageert binnen de beroepsverdediging van de manueel therapeut • Onderwerpen m.b.t. inhoudelijke vakkennis kan presenteren en toelichten • [inter]nationale congressen kan organiseren • Kennis kan uitdragen en delen • Discussies kan leiden in verschillende settings • Ideeën kan uitwisselen binnen de gezondheidszorg | Beheersingscriteria |
| Vaardigheden | <ul style="list-style-type: none"> • Communicatieve vaardigheden • Vaardigheden in leiderschap • Taalkundige vaardigheden • Didactische vaardigheden • Groepsdiscussies | | |
| Houdingen | <ul style="list-style-type: none"> • Open communicatie • Enthousiast optreden en handelen • Delegerend en Ondernemend | | |

**Rol 4:
BEROEPSONTWIKKELAAR**

Competentie 8: wetenschappelijk onderzoek

Componenten

- Wetenschappelijk vakliteratuur kritisch analyseren en interpreteren
- Bijhouden van een database
- Bijhouden van relevante gegevens in een patiëntendossier zodat deze kunnen gebruikt worden bij wetenschappelijk onderzoek
- De meest courante gebruikte methodieken en statistieken
- Deelname aan [inter]nationale projecten
- Zich openstellen tot medewerking aan wetenschappelijk onderzoek
- Bijdrage leveren aan wetenschappelijke activiteiten

Vaardigheden

- Kritisch literatuur doornemen
- Kritisch omgaan met resultaten van wetenschappelijk onderzoek
- Relevantie van onderzoeksresultaten toetsen aan de praktijk
- Participeren aan [inter]nationale lezingen en congressen
- Publiceren
- Gegevens systematisch analyseren en interpreteren

Houdingen

- Kritische wetenschappelijk
- Academisch en Levenslang lerend

Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut:

- Wetenschappelijk vakliteratuur kritisch kan analyseren, interpreteren en evalueren
- Een onderzoeksvoorstel kan schrijven
- Een onderzoeksvoorstel kan ontwikkelen
- Een actieve bijdrage kan leveren aan de wetenschappelijke uitbouw en fundering van het beroep
- Onderzoeksresultaten kan publiceren
- Kan deelnemen aan [inter]nationale projecten

Beheersingscriteria

**Rol 4:
BEROEPSONTWIKKELAAR**

Competentie 9: Innovatie

Componenten

- Kennis met betrekking tot [inter]nationale ontwikkelingen in de manuele therapie
- Kennis van en inzicht in recente wetenschappelijke en klinische innovatie
- Kennis van en inzicht in beroepsorganisatie en beroepsverdediging
- Kennis van actuele criteria met betrekking tot beroepsinhoud
- Kennis van opstarten en uitvoeren van projecten

Vaardigheden

- Relevante gegevens uit wetenschappelijk onderzoek toetsen aan de praktijk
- Analyseren en interpreteren van wetenschappelijke innovaties
- Implementeren van gegevens uit wetenschappelijke innovaties
- Multidisciplinair samenwerken
- Coördineren

Houdingen

- Breed georiënteerd
- Innovatief en creatief
- Zelfstandig
- Reflectief en kritisch

Er wordt verondersteld dat de manueel therapeut:

- Maatschappelijke en wetenschappelijke beroepsontwikkelingen kan integreren
- Inzichten kan integreren van theorieën en concepten uit aangrenzende vakgebieden
- Nieuwe ontwikkelingen binnen het beroep kan integreren
- Een actieve bijdrage kan leveren aan de wetenschappelijke uitbouw en fundering van het beroep
- Aansluiting kan zoeken bij de nieuwe ontwikkelingen binnen het vakgebied
- Actie kan deelnemen aan [inter]nationale wetenschappelijke projecten
- Kan reflecteren rond maatschappelijke verantwoordelijkheden m.b.t. de toepassing van manuele therapie