

Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België

KCE reports 148A

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

Voorstelling: Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is een parastatale, opgericht door de programma-wet van 24 december 2002 (artikelen 262 tot 266) die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Het Centrum is belast met het realiseren van beleidsondersteunende studies binnen de sector van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering.

Raad van Bestuur

Effectieve leden: Pierre Gillet (Voorzitter), Dirk Cuypers (Ondervoorzitter), Jo De Cock (Ondervoorzitter), Frank Van Massenhove (Ondervoorzitter), Yolande Avondtroodt, Jean-Pierre Baeyens, Ri de Ridder, Olivier De Stexhe, Johan Pauwels, Daniel Devos, Jean-Noël Godin, Floris Goyens, Jef Maes, Pascal Mertens, Marc Moens, Marco Schetgen, Patrick Verertbruggen, Michel Foulon, Myriam Hubinon, Michael Callens, Bernard Lange, Jean-Claude Praet.

Plaatsvervangers: Rita Cuypers, Christiaan De Coster, Benoît Collin, Lambert Stamatakis, Karel Vermeyen, Katrien Kesteloot, Bart Ooghe, Frederic Lernoux, Anne Vanderstappen, Paul Palsterman, Geert Messiaen, Anne Remacle, Roland Lemeye, Annick Poncé, Pierre Smiets, Jan Bertels, Catherine Lucet, Ludo Meyers, Olivier Thonon, François Perl.

Regeringscommissaris: Yves Roger

Directie

Algemeen Directeur: Raf Mertens

Adjunct Algemeen Directeur: Jean-Pierre Closon

Contact

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
B-1000 Brussel
Belgium

Tel: +32 [0]2 287 33 88

Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email: info@kce.fgov.be

Web: <http://www.kce.fgov.be>

Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België

KCE rapporten 148A

TOM DE GENDT, ANJA DESOMER, MIEKE GOOSSENS, GERMAINE HANQUET,
CHRISTIAN LEONARD, FRANÇOIS MELARD, RAF MERTENS,
JULIEN PIERART, JO ROBAYS, OLIVIER SCHMITZ,
IMGARD VINCK, LAURENCE KOHN

KCE reports I48A

- Titel :** Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België
- Auteurs :** Tom De Gendt (De Gendt Advocaten), Anja Desomer (KCE), Mieke Goossens (De Gendt Advocaten), Germaine Hanquet (KCE), Christian Léonard (KCE), François Mélard (Ulg), Raf Mertens (KCE), Julien Piérart (KCE), Jo Robays (KCE), Olivier Schmitz (KCE) , Imgard Vinck (KCE), Laurence Kohn (KCE)
- Reviewers :** Pascale Jonckheer (KCE)
- Externe experten :** Luc Ailliet (UBC-BVC), Axel Beernaert (Ugent), Barbara Cagnie (Ugent), Tim Daelemans (FICO), Simon D’Hooghe (Axxon), Eric Dobbelaere (SBO-BVO), Thyl Duhaméeuw (UBC-BVC), Herman Nys (KUL), Paul Klein (ULB), Grégoire Lason (IAO), Jory Pauwels (FICO), Luc Peeters (IAO), Walid Salem (ULB), Emmanuel Simons (CEBAM), Patrick van Dun (GRNPO), Bart Vanthillo (Ugent).
- Acknowledgements :** Carine Algoet (Socialistische Mutualiteiten), Alex Boon (UVO), Michiel Callens (Christelijke Mutualiteit), Philippe Cheval (ROB), Luc Detavernier (Onafhankelijke Ziekenfondsen), Jacques De Witte (BELSO), Christian Gérard (SBO-BVO), Yves Lepers (ULB), Jo Parmentier (ROB), Jürgen Quaghebeur (UVO), Dominique Roberfroid (KCE), Karin Rondia, Maurits Roothoof (ABOC-BAKO), Bruno Ruebens (Socialistische Mutualiteiten), Jean Ruwet (UBO et GNRPO), Dirk Segers (ABOC-BAKO), Ismail Tejedine (UKO), Michel van den Abeele (UKO), Ann Van den Bruel (KCE), Thibault Voglaire (Onafhankelijke Ziekenfondsen), Yves Warrinnier (ROB), Ghislain Weets (Socialistische Mutualiteiten).
- Externe validatoren :** Norbert Fraeyman (Ugent), Raymond Massé (Université Laval-Québec), Henri Nielens (UCL)
- Conflict of interest :** Luc Ailliet (UBC-BVC) ontving een beurs die gedeeltelijk werd gefinancierd door de Belgische Vereniging voor Chiropractors. Norbert Fraeyman (Ugent) geeft regelmatig colleges over “kritische reflecties over alternatieve geneeswijzen” en heeft een syllabus in boekvorm gepubliceerd.
- Disclaimer :**
- De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijk rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.
 - Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijk rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.
 - Tot slot werd dit rapport met meerderheid van stemmen goedgekeurd door de Raad van Bestuur.
 - Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.

Layout: Ine Verhulst

Brussel, 31 maart 2011 (3th print; 2nd print: 13 januari 2011; 1st print: 13 januari 2011)

Studie nr 2009-50

Domein: Health Services Research (HSR)

MeSH: Chiropractic (education , legislation and jurisprudence , organization and administration , utilization) ; Manipulation, Osteopathic (education , legislation and jurisprudence , organization and administration , utilization) ; Treatment Outcome ; Qualitative Research ; Belgium

NLM classificatie: WB 890

Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2010/10.273/91

Dit document is beschikbaar van op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » (http://kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5261&CREF=15977).

Hoe refereren naar dit document?

De Gendt T, Desomer A, Goossens M, Hanquet G, Léonard C, Mélard F, Mertens R, Piérart J, Robays J, Schmitz O, Vinck I, Kohn L. Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports 148A. D/2010/10.273/91



VOORWOORD

Wanneer de Minister van Volksgezondheid het KCE de vraag stelde om een stand van zaken op te maken van de alternatieve geneeswijzen, leek het er eerst op alsof we deze klus in één rapport zouden klaren. Al snel bleek elk van de onderwerpen een stuk complexer dan oorspronkelijk gedacht.

Uiteraard valt er meer rond alternatieve geneeswijzen te zeggen dan de evaluatie van hun werkzaamheid (of niet) volgens de voor het KCE vertrouwde evidence-based medicine standaarden, zoveel was wel duidelijk. Want, werkzaam of niet, je kan er niet omheen dat deze geneeswijzen populair zijn. Vanwaar hun onbetwistbaar succes bij de bevolking? Welke verklaringskaders hanteren de beoefenaars zelf? En welke juridische kaders hoort men hier best omheen te plaatsen zodat de coherentie met de rest van het gezondheidssysteem niet zoek raakt?

Dit eerste rapport over alternatieve geneeswijzen gaat over osteopathie en chiropraxie. Om dit onderwerp in zijn vele dimensies te vatten, moesten we beroep doen op zowat alle disciplines die in het KCE aan de slag zijn. De samenwerking tussen arts, kinesist, socioloog, antropoloog, epidemioloog, econoom, data-analyst, jurist... was ongemeen boeiend en uitdagend. Er kwam zelfs een vleugje geschiedschrijving en filosofie bij kijken. Zelfs de manier om ons studiewerk te rapporteren moesten we voor een stuk opnieuw uitvinden.

Het resultaat ligt hier voor u. Het zou niet tot stand zijn gekomen moesten ook een paar duizend gebruikers en beoefenaars van de osteopathie en chiropraxie niet constructief aan onze enquêtes en vergaderingen deelgenomen hebben, en wij danken hen voor hun gewaardeerde inbreng.

Jean Pierre CLOSON
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Adjunct Algemeen Directeur

Samenvatting

KADER VAN HET ONDERZOEK

Op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken heeft het KCE een stand van zaken opgemaakt voor de vier niet-conventionele behandelingen die sinds 1999 in België omkaderd worden door de “wet Colla”, nl. acupunctuur, homeopathie, chiropraxie en osteopathie. Deze geneeswijzen worden gedefinieerd als een “groep van diverse medische en gezondheidszorgsystemen, praktijken en producten die momenteel niet worden beschouwd als deel uitmakend van de conventionele geneeskunde”¹. Deze therapieën worden betiteld als ‘aanvullend’ wanneer ze samen met conventionele behandelingen worden gebruikt en als ‘alternatief’ wanneer ze in de plaats van een conventionele behandeling worden gebruikt.

Dit rapport heeft betrekking op de osteopathie en de chiropraxie.

DOELSTELLINGEN

Dit rapport heeft tot doel een antwoord te geven op volgende vragen:

1. Hoe doeltreffend zijn de osteopathie en de chiropraxie? Wat zijn de voor- en nadelen?
2. Welke definitie hanteren deze geneeswijzen zelf en hoe worden deze geneeswijzen gebruikt door de Belgische bevolking?
3. Wat is het wettelijk statuut van deze geneeswijzen en hoe zijn ze in België georganiseerd?
4. Hoe worden de therapeuten opgeleid?

METHODOLOGIE

Om deze geneeswijzen in hun complexiteit te kunnen bevatten, opteerde het KCE voor een multidimensionale benadering, die tegelijkertijd medisch, sociologisch, antropologisch, juridisch en organisatorisch is. Voor elk van deze dimensies deed het KCE een beroep op aangepaste methoden:

- een systematisch overzicht van de wetenschappelijke literatuur bedoeld om de klinische doeltreffendheid en veiligheid van de onderzochte therapieën te evalueren,
- een telefonische enquête bij een representatieve steekproef van de algemene populatie (n=2000), bedoeld om na te gaan in welke mate van deze therapieën gebruik wordt gemaakt,
- een enquête aan de hand van sociaal-antropologische interviews bedoeld om de perceptie van de regelmatige gebruikers (n=17) en van de therapeuten (n=21) te begrijpen,
- een online enquête bij de therapeuten met de vraag om hun profiel en praktijk te beschrijven (n=475/949 osteopaten en n=73/101 chiropractors),
- een gedetailleerde analyse van het juridisch en organisatorisch kader en van de uitdagingen, en tenslotte,
- het raadplegen van de beroepsverenigingen en van experts terzake om te kunnen beschrijven hoe deze beroepen georganiseerd zijn en hoe de therapeuten worden opgeleid.

RESULTATEN

Osteopathie en chiropraxie zijn twee manuele therapieën die verschillende punten met elkaar gemeen hebben, waaronder hun oorsprong, de Verenigde Staten, en het type mechanismen waarop zij een beroep doen en die niet wetenschappelijk bewezen kunnen worden.

Wij geven hier de definities weer die door de beroepsmensen zelf worden gehanteerd via hun « competentieprofiel »^{2,3}.

De “Groepering, Nationaal en Representatief voor de Professionele Osteopaten”. (GNPRO) definieert het doel van een **osteopathische behandeling**² als het herstel van het normaal functioneren van een weefsel. De klinische praktijk beperkt zich tot het gebruik van de handen om een diagnose te stellen en om de klachten of pijnen met betrekking tot het bewegingsapparaat te behandelen. Er kan dus geen beroep worden gedaan op medicamenteuze behandelingen of invasieve technieken. Voor andere klachten, zoals problemen met de spijsvertering of de bloedsomloop, wordt onze huidige kennis als onvolledig beschouwd en is het nodig om verder diepgaand onderzoek uit te voeren.

Tussen osteopaten onderling bestaan er grote verschillen wat betreft het belang dat wordt gehecht aan de filosofie die aan de basis van de osteopathie ligt en de plaats die het gebruik van viscerale en craniale technieken in de behandeling inneemt.

Chiropraxie wordt door de European Chiropractors' Union gedefinieerd als een zorg die zowel diagnose als behandeling omvat³. De aandacht is vooral gericht op de relatie tussen de structuur van het lichaam van de patiënt, voornamelijk de wervelkolom, en de functie van de verschillende lichaamsdelen. Deze relatie wordt voornamelijk gerealiseerd via het zenuwstelsel en hangt samen met een zekere gezondheidstoestand, en de houding en de prestaties van het lichaam.

Deze geneeswijzen kanten zich tegen de klassieke of conventionele geneeskunde in de zin dat zij zich baseren op een vorm van ‘vitalisme’ die niet door wetenschappelijk onderzoek kan geverifieerd worden. Dit geldt ook voor de diagnostische concepten van de osteopaten (osteopathisch letsel) en van de chiropractors (subluxatie) die niet worden ondersteund door de huidige wetenschappelijke kennis.

Beide disciplines doen voornamelijk een beroep op manipulaties, met inbegrip van manipulaties van het type *high velocity, low amplitude* (“kraken”). Sommige van deze manipulaties maken ook deel uit van het therapeutische arsenaal van de manuele therapieën of van de kinesitherapie. Osteopaten kunnen ook gebruik maken van craniaal-sacrale en viscerale manipulaties.

KLINISCHE DOELTREFFENDHEID EN RISICO'S

Er bestaan slechts een beperkt aantal studies van goede kwaliteit over de doeltreffendheid van bepaalde van deze manipulaties die worden gebruikt bij de osteopathische en chiropractische behandeling, zelfs wanneer deze studies ook andere vormen van manuele therapie behandelden.

Weinig bewijzen voor de doeltreffendheid van de gebruikte manipulaties

Op dit moment zijn de enige manipulaties waarvan de klinische doeltreffendheid werd aangetoond die met als doel pijn te verlichten in geval van lagerug- of nekpijn.

Voor **lagerugpijn** bevinden de meeste effecten op de gemelde pijn zich onder de drempelwaarde voor klinische relevantie zoals opgesteld door de Cochrane Back Review Group (referentie van evidence-based medicine).

Wetenschappelijk bewijsmateriaal van goede kwaliteit wijst erop dat een multimodale aanpak, waarvan de manipulaties en mobilisatie deel uitmaken (gecombineerd met lichaams oefeningen), in geval van **subacute en chronische nekpijn** met of zonder radicaire uitstraling doeltreffender is dan alleen lichaams oefeningen voor de verlichting van de pijn op korte termijn.

Voor andere indicaties is er geen bewijs van doeltreffendheid.

Weinig gedocumenteerde risico's door gebrek aan gegevens

Uit studies blijkt dat in 30 tot 60% van de gevallen milde ongewenste neveneffecten optreden. Dit vertaalt zich voornamelijk door een tijdelijke verergering van de pijn en door hoofdpijn.

Ernstige complicaties die een negatieve invloed kunnen hebben op de prognose, werden gedocumenteerd. De gegevens laten echter niet toe om een kwantitatieve schatting van de risico's te maken.

Door een niet-conventionele therapeut te raadplegen, bestaat altijd het risico dat het stellen van de medische diagnose vertraging oploopt. En indien hij hiervoor niet opgeleid is, loopt de geconsulteerde therapeut het risico niet in staat te zijn risicogeveallen of contra-indicaties voor de behandeling te identificeren.

TOESTAND IN BELGIE

Wettelijk kader

Het stellen van een diagnose en het instellen van een behandeling van een fysische of psychische toestand zijn wettelijk voorbehouden aan de houders van het diploma van arts. Osteopaten en chiropractici die beroepsmatig diagnoses stellen en behandelingen instellen en die geen arts zijn werken dus in de illegaliteit, tenzij zij een medische handeling stellen die binnen hun specifieke wettelijke bevoegdheid valt, zoals bijv. de handelingen die wettelijk mogen worden gesteld door kinesitherapeuten, zij het wel op medisch voorschrift. Deze laatste situatie niet te na gesproken, kunnen patiënten die een beroep doen op osteopaten en chiropractici die geen arts zijn vandaag vanwege de overheid geen garanties krijgen op het vlak van kwaliteit van de verstrekte zorg en veiligheid. De uitvoering van de wet "Colla" zou daarin meer duidelijkheid kunnen brengen.

Op 29 april 1999 werd deze wet « Colla » afgekondigd. Om te garanderen dat patiënten kwaliteitsvolle zorgen krijgen, wordt onder andere een dubbel registratiesysteem voorgesteld: registratie van de niet-conventionele praktijken (disciplines) en registratie van elke beroepsbeoefenaar van deze praktijken.

Hiervoor moet een paritaire commissie worden samengesteld om, onder andere, advies te geven over de algemene voorwaarden die van toepassing moeten zijn op de uitoefening van alle niet-conventionele praktijken en de voorwaarden waaraan de beroepsbeoefenaars van een erkende niet-conventionele praktijk moeten voldoen om individueel geregistreerd te kunnen worden, zoals bijvoorbeeld het feit dat ze al dan niet lid moeten zijn van een erkende beroepsvereniging en de opleidingscriteria.

De wet voorziet dat de paritaire commissie voor de helft moet bestaan uit leden die worden voorgedragen door de medische faculteiten, en de andere helft uit beoefenaars van een niet-conventionele praktijk, voorgedragen door kamers waarvan er voor elk van de in de Wet Colla vernoemde niet-conventionele praktijken één moet worden opgericht. Er staat niet in art. 5 dat de leden-beoefenaars van de paritaire commissie individueel geregistreerd moeten zijn, en de wet geeft ook geen definitie van het begrip "beoefenaar van een niet-conventionele praktijk".

De wet bepaalt wel in art. 8 § 1 dat niemand een niet-conventionele praktijk mag uitvoeren zonder daarvoor individueel te zijn geregistreerd. Deze onduidelijke situatie zou moeten worden uitgeklaard.

Gebruik: vooral voor klachten met betrekking tot het spier- en skeletstelsel

In 2009 had 7% van de ondervraagde personen (telefonische enquête) een osteopaat geraadpleegd in de loop van de laatste 12 maanden, en 2% een chiropractor. Ze verwerpen meestal de conventionele geneeskunde niet, maar doen eerder een beroep op deze twee praktijktypes in het kader van een aanvullende behandeling, voornamelijk op basis van mond-tot-mond reclame

Naast volwassenen, die meestal een beroep doen op de osteopaat of de chiropractor voor klachten van het spier- en skeletstelsel, behandelen de osteopaten, volgens de praktijkbeoefenaars die online werden ondervraagd, ook baby's voor problemen met gastro-oesofageale reflux of huilbaby's.

De telefonisch geraadpleegde gebruikers hebben vertrouwen in hun niet-conventionele therapeut (89%) en zijn tevreden over de verstrekte zorgen (88%).

Uit gesprekken met de gebruikers blijkt dat het onderscheid tussen beide disciplines eerder vaag is. Bovendien blijkt dat de patiënten slecht op de hoogte zijn van de opleiding die de door hen geraadpleegde therapeut gekregen heeft. Volgens de telefonische enquête vermeldt 44% van de gebruikers van de osteopathie dat ze een arts geraadpleegd hebben, terwijl volgens de online enquête bij de beroepsbeoefenaars slechts 1% van de therapeuten een dergelijk diploma bezit.

Wie zijn de therapeuten?

In 2010 oefende in België een duizendtal osteopaten en een honderdtal chiropractors die aangesloten zijn bij een beroepsvereniging, hun beroep uit.

Volgens de online enquête bij de beroepsbeoefenaars, is het merendeel van de osteopaten opgeleid als kinesitherapeut (83%), terwijl meer dan de helft van de chiropractors onmiddellijk een opleiding in de chiropraxie gevolgd heeft (56%). Een zeer klein percentage is eerst opgeleid als arts (respectievelijk 1% en 3%).

In België bestaan verschillende opleidingsmogelijkheden voor osteopathie, waaronder sinds kort ook een universitaire opleiding. Deze laatste opleiding houdt zich niet bezig met de viscerale en craniale technieken. Chiropractors daarentegen worden uitsluitend opgeleid in het buitenland. Geen enkele opleiding wordt gecontroleerd door een officiële Belgische organisatie. Ze verlenen de titel van «Gediplomeerde in de Osteopathie» (D.O.) of "Doctor in chiropractic" (D.C.), zonder dat hiervoor een equivalent bestaat in het erkende hoger onderwijs.

Vanuit organisatorisch oogpunt zijn de chiropractors verenigd in één enkele beroepsorganisatie terwijl de osteopaten verenigd zijn in 6 organisaties, waarvan 5 gegroepeerd in het GNRPO die een exclusieve uitoefening van de osteopathie voorstaat, in tegenstelling tot de zesde organisatie, de Unie voor gediplomeerden in de kinesitherapie en osteopathie (UKO). Deze verschillende verenigingen sluiten aan bij de verschillende overeenkomstige opleidingsmogelijkheden die in België worden geboden.

Over het algemeen eisen de osteopaten en de chiropractors het recht op om tussen te komen in de eerstelijnszorg, zonder medisch voorschrift, hetgeen ze momenteel ook doen bij gebrek aan wetgeving. Bovendien vragen de chiropractors ook het recht om medisch beeldvormend onderzoek en ziekteverlof te kunnen voorschrijven.

De consultaties

Volgens de gegevens van de online enquête bij de beroepsbeoefenaars, worden de osteopathie en de chiropraxie meer beoefend in Vlaanderen (respectievelijk 58% en 79% van de beoefenaars) dan in Wallonië (29% en 12%) of in Brussel (13% en 9%).

Wat de praktijk betreft, zijn de consultaties minder lang, worden er minder verschillende technieken gebruikt en maakt men gebruik van materiaal (gelede tafel, bijvoorbeeld) bij de chiropraxie in vergelijking met de osteopathie.

Financiële aspecten

Uit onze verschillende enquêtes blijkt dat de osteopathische en chiropractische consultaties tot 50 euro kunnen kosten. Er is geen enkele terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering voorzien. De ziekenfondsen komen echter onder bepaalde voorwaarden tussenbeide in het kader van hun aanvullende verzekering en dit geldt ook voor sommige privé verzekeringen.

CONCLUSIE

Samengevat kunnen we stellen dat de osteopathie en de chiropraxie twee erg gelijkende niet-conventionele geneeswijzen zijn met toch een duidelijk onderscheid, waarbij de eerste discipline meer opvalt door heterogeniteit (op vlak van benadering en technieken) dan de tweede.

Hoewel alleen wetenschappelijke bewijzen voorhanden zijn op gebied van de verlichting van chronische nekpijn en, in mindere mate, voor lagerugpijn, doet toch een groot deel van de bevolking een beroep op de osteopathie en de chiropraxie en is daar meestal tevreden over.

De praktijkbeoefenaars die geen arts zijn, oefenen hun beroep momenteel in de illegaliteit uit (tenzij zij bepaalde medische handelingen uitvoeren die tevens wettelijk toegestaan zijn voor bepaalde beroepsgroepen, zoals de kinesitherapeuten) en de patiënten hebben geen enkele garantie van overheidswege op gebied van veiligheid of kwaliteit. De uitvoering van de wet "Colla" zou daarin duidelijkheid kunnen brengen.

AANBEVELINGEN^a

Gezien de illegaliteit waarin de beoefenaars van de osteopathie en chiropraxie die geen arts zijn hun praktijk uitoefenen zolang de wet Colla niet is uitgevoerd, moeten er dringend maatregelen getroffen worden om de situatie te regulariseren de veiligheid te garanderen, rekening houdend met de volgende aanbevelingen:

Diagnose en voorschrift

- Er zijn geen wetenschappelijke argumenten om aan de beoefenaars van de osteopathie en chiropraxie die geen arts zijn meer bevoegdheden te geven op het vlak van diagnose en werken zonder voorschrift dan aan kinesitherapeuten.

De samenstelling van de paritaire commissie en de kamers

- De vertegenwoordigers van de medische faculteiten moeten worden aangeduid in functie van hun competentie op gebied van pathologieën van het voortbewegingsstelsel. Aangezien manuele therapie ook wordt beoefend door kinesitherapeuten lijkt het bovendien ook aangewezen om de academische vertegenwoordiging uit te breiden tot de faculteiten van motoriek en revalidatie.
- Bovendien moet er over worden gewaakt dat de representativiteit ook rekening houdt met de weerspiegeling van de verschillende bestaande oriënteringen in de betrokken discipline.

Opleiding, erkenning en verleende titel

- In de opleidingen die officieel zouden worden erkend, zou extra aandacht moeten worden besteed aan de aspecten die toelaten om over de veiligheid van de patiënten te waken (met name kennis van de symptomatologie).
- De registratie van de beoefenaars zou ondermeer afhankelijk moeten worden gemaakt van het slagen voor een erkende vorming en moeten leiden tot het bekomen van de titel van osteopaat of chiropracticus, in het kader van het KB nr 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, in uitvoering van het artikel 10 §2 van de wet Colla.
- De registratie van een praktijkbeoefenaar zou niet moeten gekoppeld zijn aan het lidmaatschap van een beroepsvereniging.
- De verleende titel zou elke verwarring met de titel van dokter in de geneeskunde moeten vermijden.

Ongevallen registreren:

- Het is nodig om een controlesysteem in te stellen voor ongewenste neveneffecten en ongevallen, zoals eerder door het KCE reeds werd aanbevolen.

^a Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen aan de overheid.

De patiënten informeren:

- **Zodra de wet Colla toegepast wordt, zal – naast de informatieverplichting die in de wet Colla vervat is - ook de wet met betrekking tot de rechten van de patiënt van toepassing zijn en een juridisch kader bieden wat betreft de informatie waarover de patiënten moeten beschikken. Het is nodig om alle nieuw erkende praktijkbeoefenaars te informeren over deze wet en de verplichtingen die ze inhoudt.**

Terugbetaling

- **Gezien de beperkte effectief aangetoonde klinische doeltreffendheid, wordt een terugbetaling van osteopathie of chiropraxie door de verplichte ziekteverzekering niet aanbevolen.**

Scientific Summary

Table of contents

AFKORTINGEN	3
I INLEIDING	5
1.1 KADER VAN HET PROJECT	5
1.1 DOELSTELLINGEN EN METHODEN	6
1.2 HISTORISCH KADER	6
1.2.1 In de Verenigde Staten	6
1.2.2 In België	9
2 KLINISCHE EFFECTIVITEIT EN NEVENEFFECTEN	11
2.1 OVERZICHT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR	11
2.1.1 Inleiding	11
2.1.2 Review van de effectiviteit	14
2.1.3 Veiligheid en Risico's	24
2.1.4 Conclusie & Algemene Discussie	26
2.1.5 Eindopmerking	28
2.2 CONTROVERSE	28
2.2.1 Inleiding	28
2.2.2 Methode	28
2.2.3 Resultaten	29
2.2.4 Discussie	29
3 GEBRUIK IN BELGIË	30
3.1 ENQUETE BIJ DE BEVOLKING	30
3.1.1 Gebruik van alternatieve geneeswijzen in het algemeen	30
3.1.2 Gebruik van de osteopathie	31
3.1.3 Gebruik van de chiropraxie	31
3.2 VERZEKERINGSMATIGE DEKKING	32
3.2.1 Binnen het kader van de verzekering voor ambulante kosten	32
3.2.2 Binnen het kader van verzekering voor ziekenhuiskosten	32
3.2.3 Specificiteiten voor de osteopathie	33
3.2.4 Specificiteiten voor de chiropraxie	33
3.3 SOCIOLOGISCHE ASPECTEN	34
3.3.1 Inleiding	34
3.3.2 Doelstellingen	34
3.3.3 Ervaring van de gebruikers	35
3.3.4 Het standpunt van de beoefenaars	50
4 DE PRAKTIJK	62
4.1 DE PRAKTIJK VAN DE OSTEOPATHIE	62
4.1.1 Kenmerken van de steekproef	62
4.1.2 Resultaten	62
4.2 DE PRAKTIJK VAN DE CHIROPRAxie	64
4.2.1 Kenmerken van de steekproef	64
4.2.2 Resultaten	64
5 ORGANISATORISCHE EN WETTELIJK ASPECTEN	67
5.1 BELGISCH EN EUROPEES WETTELIJK KADER	67
5.1.1 Inleiding	67
5.1.2 De beoefening van de conventionele gezondheidszorg in België in de zin van het koninklijk besluit nr. 78	67
5.1.3 De beoefening van de niet-conventionele geneeskunde in België	69
5.1.4 De verhouding tussen de wet Colla en het koninklijk besluit nr. 78	77
5.1.5 De gevolgen van de (niet) conventionele beoefening van de gezondheidszorg	79
5.1.6 De beoefening van de niet-conventionele geneeskunde in Europese context	85
5.1.7 Besluit over het Belgische en Europees wettelijk kader	86

5.2	DE SITUATIE IN NEDERLAND, FRANKRIJK EN HET VERENIGD KONINKRIJK	88
5.2.1	Structuur van het hoofdstuk.....	88
5.2.2	Nederland.....	88
5.2.3	Frankrijk.....	90
5.2.4	Verenigd Koninkrijk.....	92
5.2.5	Besluit over de situatie in Frankrijk, Nederland en het Verenigd Koninkrijk.....	94
5.3	ORGANISATIE VAN DE OPLEIDING	95
5.3.1	Osteopathie.....	95
5.3.2	Chiropraxie	99
5.4	ORGANISATIE VAN HET BEROEP.....	101
5.4.1	Osteopathie.....	101
5.4.2	Chiropraxie	106
6	WAT BETEKENT HOLISME EN GLOBALITEIT IN HET GEVAL VAN CHIROPRACTIE EN OSTEOPATHIE?	109
6.1	HOLISME EN GLOBALITEIT	109
6.2	HOLISME IN DE OSTEOPATHIE EN DE CHIROPRACTIE	110
6.3	CONCLUSIE.....	111
7	ALGEMENE DISCUSSIE EN CONCLUSIES.....	112
7.1	INLEIDING.....	112
7.2	OSTEOPATHIE EN CHIROPRACTIE IN BELGIE: DE GEBRUIKERS, DE BEOEFENAARS, DE PRAKTIJKEN.....	113
7.2.1	Een toenemend gebruik.....	113
7.2.2	Wie zijn de patiënten?.....	113
7.2.3	Wie zijn de beoefenaars?.....	114
7.2.4	Typisch traject van een patient	115
7.2.5	Financiële aspecten	116
7.2.6	Beoordeling door de patiënten	117
7.3	OORSPRONG EN CONCEPTUEEL KADER VAN DE OSTEOPATHIE EN DE CHIROPRACTIE	119
7.3.1	De geschiedenis van de osteopathie	119
7.3.2	Geschiedenis van de chiropraxie	122
7.3.3	Definitie van de discipline via competentieprofielen.....	123
7.4	ZIJN ER BEWIJZEN VOOR EFFECTIVITEIT?	125
7.4.1	Wetenschappelijke literatuur: onvoldoende bewijzen	125
7.4.2	Het standpunt van de patiënten	127
7.4.3	Wat zijn de risico's?	127
7.5	HOE WORDT MEN OSTEOPAAT OF CHIROPRACTOR?	128
7.5.1	De osteopaten: meestal oorspronkelijk kinesitherapeuten?.....	128
7.5.2	De chiropraxie: een keuze vanaf het begin.....	130
7.6	WETGEVEND KADER.....	130
7.6.1	Geschiedenis	130
7.6.2	De “wet Colla”	131
7.6.3	Gevolgen van de gedeeltelijke uitvoering van de “wet colla”	132
7.7	TOT SLOT, WELKE ZIJN DE UITDAGINGEN VAN DE TOEKOMST?	133
7.7.1	De wetenschappelijke bewijzen voor de klinische effectiviteit zijn niet talrijk	133
7.7.2	“Holistisch” of “niet holistisch”?	133
7.7.3	De wet Colla uitvoeren	133
7.7.4	Waarborgen van de veiligheid van patiënten.....	133
7.7.5	Moet men de financiële toegankelijkheid verhogen?.....	134
7.7.6	Al dan niet op voorschrift werken?.....	135
7.7.7	De gevolgen van de academisering van de opleiding van de osteopaten	135
7.7.8	Aanbevelingen	136
8	REFERENTIES.....	137

AFKORTINGEN

ABOC/BAKO	Association Belge des Ostéopathes Classique / Belgische Associatie van Klassieke Osteopaten
ACA	America Chiropractic Association
AECC	Anglo-European College of Chiropractic
AMED	Allied and Complementary Medicine
KB	Koninklijk Besluit
BCA	Association des Chiropracticiens Belges
BELSO	Belgian School of Osteopathy
BIG (loi)	(Wet) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BMA	British Medical Association
BS	Belgisch Staatsblad
CAM	Complementary and Alternative Medicine
CBO	Collège Belge d'Ostéopathie
CCE	Council of Chiropractic Education
CEN	Comité Européen de Normalisation/ European committee for Standardization
CINHAL	Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
DB	Debategraph
DC	Doctor in chiropractic
DO	Diplomed in osteopathy (USA: Doctor in osteopathy)
EBM	Evidence Based Medicine
ECCE	European Council on Chiropractic Education
ESO	European School of Osteopathy
FICO	Flanders International College of Osteopathy
FWO	Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek
FPR	Facilitated Positional Release
GEP	Graduate Education Program
GNRPO	Groupement National Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie/ Groepering, Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HVLA	High Velocity Low Amplitude
IAO	International Academy of Osteopathy
IC	Intervalle de confiance/betrouwbaarheidsintervallen
ICA	International Chiropractors Association
IWGS	Institut William Gardner Sutherland
MET	Muscle Energy Techniques
MWD	Mean Weighted Difference
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NRO	Nederlands Register voor Osteopathie
NSAID	Non Steroidal Anti-inflammatory Drug
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie
WHO	World Health Organisation
BCP	Beroepscompetentieprofiel
PEDro	Physiotherapy Evidence Database
PNF	Proprioceptive Neuromuscular Facilitation

RCT	Randomised Controlled Trial
RMDQ	Roland Morris Disability Questionnaire
ROB-ABRO	Registre des Ostéopathes de Belgique/ Register voor de osteopaten van België
SBO/BVO	Société Belge d'Ostéopathie/ Belgische Vereniging voor Osteopathie
SCOM	Sutherland College of Osteopathic Medicine
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SMD	Standardised Mean Difference
SMT	Spinal manipulation therapy
SPF	Service Public Fédéral
TENS	Transcutaneous Electric Nerve Stimulation
UBC/BVC	Union Belge des Chiropractors/ Belgische Vereniging van Chiropractors Belgian Chiropractors' Union
UBO/BUO	Union Belge des Osteopathes / Belgische Unie van Osteopaten
UKO	Union des diplômés en kinésithérapie et ostéopathie / Unie voor gediplomeerden in de kinesitherapie en de osteopathie
ULB	Université Libre de Bruxelles
UPMO/BVOG	Union Professionnelle de Médecine Ostéopathique/ Beroepsvereniging Voor Osteopathische Geneeskunde
UVO	Unie van Osteopaten
VAS	Visual Analog Scale
WAD	Whiplash Associated Disorder
WUG	Wet op de Uitoefening der Geneeskunst

I INLEIDING

I.1 KADER VAN HET PROJECT

Accupunctuur, chiropraxie, osteopathie en homeopathie zijn verschillende behandelingen die behoren tot de aanvullende, alternatieve geneeskunde. Het National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) van het National Institute of Health (US) definieert in 2007 deze geneeswijzen als een «groep van verschillende medische systemen en gezondheidszorgen, praktijken en producten die momenteel niet worden beschouwd als deel uitmakende van de conventionele geneeskunde»¹. De therapieën worden gekwalificeerd als 'complementair' wanneer ze samen met conventionele behandelingen worden gebruikt en als 'alternatief' wanneer ze in de plaats van een conventionele behandeling worden gebruikt.

In 1993 definieerde de British Medical Association⁴ de niet-conventionele geneeswijzen als « deze vormen van behandeling die niet veel worden gebruikt door de beoefenaars van de orthodoxe gezondheidszorg, en waarvan de competenties niet worden onderwezen als deel van het curriculum van de cursussen in de gezondheidszorg (medisch en paramedisch) ». ^b

De Wereldgezondheidszorg definieert als volgt : « een grote waarier aan praktijken binnen de gezondheidszorg die geen deel uitmaken van de traditie van het land, of die niet zijn geïntegreerd binnen het overheersende gezondheidszorgsysteem. » ^{c5}

In België is het stellen van een diagnose en het instellen van een behandeling van een fysische of psychische toestand voorbehouden aan de houders van het diploma van arts dat geïntegreerd werd bij de bevoegde geneeskundige commissie. (KB nr 78)⁶. Enkel zij mogen in principe een CAM (Complementary and Alternative Medicine) behandeling gebruiken om hun patiënten te behandelen. Er zijn wel een aantal medische handelingen die wettelijk mogen worden uitgevoerd – weliswaar op medisch voorschrift - door kinesitherapeuten en die mogelijk overlappen met een CAM behandeling.

In 1999 werd er een wet mbt niet-conventionele geneeskunde gestemd. De wet omkadert homeopathie, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur en voorziet de mogelijkheid om ook andere alternatieve therapieën te erkennen.

De bedoeling van de wet is dat de beoefenaars van deze praktijken zich daarvoor kunnen registreren en op een wettige manier de betreffende niet-conventionele praktijk beoefenen. Daarvoor moeten de niet-conventionele praktijken zelf ook geregistreerd worden. De wet voorziet de oprichting van een paritaire commissie (één voor alle 4 praktijken) en 4 kamers (één per niet-conventionele praktijk), die de Minister van Volksgezondheid moeten adviseren over de praktijk van de alternatieve en complementaire geneeskunde. Het gaat ondermeer over de registratievoorwaarden van de beoefenaars van niet-conventionele praktijken en van de praktijken zelf, de niet-toegestane handelingen voor beoefenaars die geen arts zijn, het lidmaatschap van een erkende beroepsvereniging, enz.

Sinds 1999 is de wet-Colla echter slechts beperkt uitgevoerd. Zo werden een KB en een MB gepubliceerd waarin de erkenningsprocedure en de erkenningsvoorwaarden beschreven werden voor beroepsorganisaties inzake de niet-conventionele praktijken. Verder werden bij KB een aantal beroepsorganisaties erkend.

Tien jaar later is de wet van 1999 nog altijd maar gedeeltelijk uitgevoerd want de commissies en de kamers werden nog niet opgericht. Vandaag (eind 2010) zijn er echter een aantal initiatieven aan de gang om de wet uit te voeren.

De minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken vroeg ondertussen aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg om een stand van zaken op te maken, om dan de wet van 1999 te herzien of verder uit te voeren.

bb Vertaald uit het Engels

c Vertaald uit het Engels

Het KCE project alternatieve geneeskunde bestaat uit de publicatie van 3 rapporten, waarbij het eerste over osteopathie en chiropraxie gaat. De 2 therapieën werden samengevoegd omdat ze ‘manuele therapieën’ zijn, en omdat we vaststelden dat het grote publiek ze gemakkelijk met elkaar verwart en de verschillen tussen beide niet kent. We vonden het daarom belangrijk om de verschillen en raakpunten uit te leggen.

1.1 DOELSTELLINGEN EN METHODEN

Elk van de rapporten probeert een antwoord op de volgende vragen te geven:

1. Wat is de doeltreffendheid van elke alternatieve geneeswijze? Wat zijn de voordelen en de schadelijke bijwerkingen?
2. Hoe definiëren deze geneeswijzen zichzelf en hoe worden ze gebruikt door de Belgische bevolking?
3. Wat is het wettelijk statuut van deze geneeswijzen en hoe worden ze in België georganiseerd?
4. Welke opleiding volgen de therapeuten?

Voor ons onderzoek hebben wij verschillende methodologieën gebruikt die gedetailleerd worden omschreven in de bijlagen: een systematische review van de wetenschappelijke literatuur om de klinische effectiviteit en de veiligheid van deze therapieën te evalueren, een telefonische enquête bij de algemene bevolking om de omvang van consumptie van deze therapieën door de algemene populatie te meten, een enquête, via een gesprek van socio-antropologische type om de perceptie te begrijpen, bij regelmatige gebruikers en therapeuten, een online enquête bij de beoefenaars om de beoefenaars en hun praktijk te beschrijven, een gedetailleerde analyse van het juridische en organisatorische kader als hulp om de wet Colla en zijn inzet beter te begrijpen en tenslotte de consultatie van beroepsverenigingen en van deskundigen, dat toelaat om de manier waarop deze beroepen zich organiseren en hoe de therapeuten zijn opgeleid te beschrijven.

Het huidige rapport heeft betrekking op osteopathie en chiropraxie, twee therapieën waarbij het lichaam wordt gemanipuleerd.

1.2 HISTORISCH KADER

Om te begrijpen hoe de twee therapieën zich hebben ontwikkeld en nu in België worden gebruikt moeten we teruggaan naar hun oorsprong, naar de onderliggende concepten waarnaar ze verwijzen en naar de manier waarop ze deze in de loop van de tijd werden ingevoerd en georganiseerd.

1.2.1 In de Verenigde Staten

1.2.1.1 *Geschiedenis van de Osteopathie*

Osteopathie gaat terug op AT Still (1828-1917), een plattelandsarts geboren uit een methodistische predikantenfamilie in het midwesten van de Verenigde Staten. Na de dood van drie van zijn kinderen, vermoedelijk door meningitis, waarvoor de toenmalige geneeskunde geen genezing kon brengen, ging A.T. Still op zoek naar een nieuwe vorm van geneeskunde en keerde zich vooral tegen de zeer toxische geneesmiddelen en ingrepen zoals aderlatingenmethodes die toen gebruikt werden. Hij werd sterk beïnvloed door de ideeën van J. Wesley, de stichter van het methodisme, die benadrukte dat een geneeskunde voor de armen moest teruggrijpen op natuurgeneeswijzen van ‘primitieve’ volkeren en dieren en zich richtte tegen alle vormen van geneesmiddelen. Sterk door Wesley beïnvloed waren ook zijn ideeën over het door God perfect geschapen lichaam en het zelfhelend vermogen van de mens.

Hij nam verder manipulatietechnieken over van een groep genezers, bonesetters genaamd en bepaalde technieken gebruikt door Shawnee indianen⁷. Van de Oostenrijks arts FA Mesmer, nam hij dan weer het concept “magnetisme” over.

Hij kwam naar eigen zeggen tot het inzicht dat hem leidde tot het ontwikkelen van de principes van wat hij 'osteopathie' doopte toen hij in 1874 een patiënt behandelde voor dysenterie door middel van rugmanipulaties. Hij noemde zichzelf ook de 'enlightened bonesetter'.

Still beschouwde standsafwijkingen van de wervelkolom, die een goede bloed- en lymfestroom belemmeren, als de oorzaak van de meeste ziekten (wat in de osteopathie bekend staat als de 'law of the artery'). Die bloed- en lymfestromen moeten echter eerder als dragers van een 'levenskracht' gezien worden, kaderend in de opvatting gangbaar in de XVIII^e en XIX^e eeuw dat alle levensvormen een speciale 'vitale kracht' bezitten die leven uniek maakt, 'vitalisme' genoemd. Die ideeën stuiten op felle weerstand in geneeskundige middens maar vonden veel weerklank bij de bevolking⁸.

In 1892 richtte Still de eerste Amerikaanse school voor osteopathie op in Kirksville. In navolging van deze school werden nog talrijke scholen opgericht.

In 1905 maakte het Flexner rapport, waarin de voorwaarden voor het medisch onderwijs in de Verenigde Staten waren opgesteld (en wat ook aan de basis ligt van het moderne geneeskundige onderwijs) een kritische evaluatie van het osteopatisch onderwijs. Als gevolg hiervan werden hervormingen doorgevoerd in het osteopathisch onderwijs, met onder meer een grotere nadruk op biomedische vakken zoals fysiologie en scheikunde. Die hervormingen legden de basis voor een erkenning van de osteopathie als een vorm van geneeskunde in de Verenigde Staten. Steeds meer gingen osteopaten functioneren als een eerstelijnsarts, geïntegreerd in het gezondheidszorgsysteem maar ondertussen ook een deel van de identiteit van de osteopathie verloren.

De vraag naar de ware identiteit van de osteopathie en de relatie tot de wetenschap vormt nog steeds het voorwerp van verhitte discussies resulterend in verschillende stromingen binnen de osteopathie.

WG Sutherland, een leerling van AT Still, legde meer de nadruk op de beweeglijkheid van de schedelbotten, maar die opvattingen worden ook binnen de osteopathie niet algemeen aanvaard⁸.

John Martin Littlejohn, een schotse arts die in 1892 naar de VS emigreerde en ook doceerde in Still's school, speelde een belangrijke rol in de proces van modernisatie van de osteopathie. Later keerde hij naar het Verenigd Koninkrijk terug, vermoedelijk na een conflict met Still over de 'ware' osteopathie, waar hij een belangrijke rol speelde in het introduceren van een andere vorm van osteopathie.⁸

1.2.1.2 *Geschiedenis van de chiropraxie.*

Chiropraxie gaat terug op DD Palmer (1845-1913), een Amerikaanse magnetische genezer die het principe van de chiropraxie voor het eerst toepaste op een huisbewaarder om zijn al 17 jaar aanslepde doofheid te genezen door middel van spinale manipulatie. Over de vraag of dit succesvol was bestaat onenigheid. Volgens de theorie van D.D. Palmer ontstaan ziektes omdat de ruggegraat op de zenuwen drukt, waardoor de flow blokkeert van wat hij de 'Innate Intelligence' heette, een kracht die alle levensvormen organiseert, in stand houdt en heelt. Die afwijkingen noemde hij subluxaties, en volgens hem zouden de meeste ziektes hierdoor kunnen verklaard worden⁸.

De dominante rol van het zenuwstelsel contrasteert met de theorieën van Still en wordt soms 'the law of the nerve' genoemd⁸. Hij stichtte de Palmer School of Chiropractic, later overgenomen door zijn zoon BJ Palmer.

Chiropraxie is 20 jaar jonger dan osteopathie, en hoewel beiden teruggaan op een vitalistische grondintuïtie, ontstond er al vroeg in de geschiedenis competitie en strijd tussen de 2 geneeswijzen, waarbij osteopaten Palmer ervan beschuldigden hun osteopathie te hebben 'gestolen en herverpakt'⁹.

Omstreeks het begin van de XX^e eeuw heeft de American Medical Association in de VS in een wet laten vastleggen, dat iedereen die beweerde dat hij de geneeskunde beoefende in het bezit moest zijn van een artsdiploma. Op basis hiervan werd D.D. Palmer in 1906 veroordeeld vanwege het onwettig uitoefenen van de geneeskunde en osteopathie.

Rond de 15 000 aanklachten veroordelingen zouden volgen, maar later werd het beroep gelegaliseerd in de US en chiropraxie groeide tegen 1930 uit tot de grootste vorm van alternatieve geneeskunde. Hoewel aanvankelijk het gebruik van instrumenten werd afgewezen, zowel door vader als zoon Palmer, werd rond 1910 de radiografie ingevoerd en later, door de zoon, een zeer controversieel instrument, de neuro-calometer. Dit is een soort van thermometer van eigen vinding om subluxaties op te sporen, waarop hij het patent en monopolie had⁹ en die ook door veel chiropractoren als oplichterij en geldklopperij werd beschouwd omdat hij poogde de chiropractoren te dwingen om het instrument te huren aan exorbitante prijzen. B.J. Palmer is gestorven als een rijk man.

Interne disputen resulteerden in het ontstaan van twee grote stromingen, door henzelf de 'straights' en de 'mixers' genoemd, tengevolge van een tegenstelling waarvan de oorsprong reeds teruggaat tot de begindagen van chiropraxie. De (denigrerende) term 'mixer' is van DD Palmer zelf.

De tegenstelling is complex en gaat voornamelijk over de graad waarin chiropraxie als leer 'zuiver' wordt gehouden. In een proces dat in vele opzichten vergelijkbaar is met de osteopathie, zien we een verschillende graad van aanvaarding van elementen en opvattingen uit de moderne geneeskunde en wetenschap. In de chiropraxie zijn de discussiepunten onder andere de exclusieve rol van manipulaties als geneeswijze, de rol van micro-organismen in het ziekteproces (inclusief de rol van vaccinatie) en de aanvaarding van wetenschappelijke methodes zoals Randomized Control Trials als manier om de behandelingen te evalueren⁹.

De 'straights' vertegenwoordigen de stroming die meer teruggrijpt en de nadruk legt op de oorspronkelijke concepten van Palmer & zoon zoals subluxatie als (enige) oorzaak van ziekte, en manipulaties als enige aanvaardbare geneeswijze. Momenteel zouden ze een minderheid vormen, en zijn in de Verenigde Staten verenigd in de International Chiropractors Association (ICA).

De 'mixers' mengen spinale manipulaties met andere therapeutische modaliteiten, zowel uit de conventionele als de alternatieve geneeskunde en zouden meer geneigd toenadering te zoeken tot de conventionele geneeskunde en veel van de oorspronkelijke 'vitalistische' concepten te verwerpen. In de Verenigde Staten zijn ze verenigd onder de American Chiropractic Association (ACA), opgericht in de jaren twintig als reactie op BJ Palmers campagnes om het beroep te 'zuiveren' van 'mixers'. Momenteel vertegenwoordigen ze het merendeel van de chiropractici aldaar⁹.

1.2.2 In België

De chiropraxie en de osteopathie zijn vanuit de Verenigde Staten overgewaaid naar België. Hun implementatie in het Belgische medisch landschap waarvan we de belangrijkste mijlpalen zullen aanhalen is op zijn minst gezegd apart.

1.2.2.1 Korte geschiedenis van de chiropraxie in België

Het begin van de geschiedenis van de chiropraxie in België situeert zich rond de jaren '20. In 1923 begon Jules Gillet zijn praktijk in Brussel, nadat hij een opleiding had gevolgd aan de *Palmer School of Chiropractic*. Enkele jaren later vestigden twee andere beroepsbeoefenaars, E. D'Arras en H. Poeck, zich op hun beurt in Antwerpen. Sindsdien kwamen er in België regelmatig nieuwe beoefenaars bij, niet meer echter dan een tiental (in 1939 tellen we er 11). Deze hebben in 1932 een eerste beroepsvereniging opgericht, de Belgische Vereniging voor Chiropractors (BVC)¹⁰, die officieel werd erkend als beroepsvereniging in 1946 en waarvan Henri Gillet, zoon van Jules Gillet, als eerste voorzitter was.

De implementatie van de chiropraxie in België is niet zonder enig probleem verlopen, meer bepaald door de nationale reglementering van *de uitoefening van de geneeskunde*, die het recht om voor te schrijven, een diagnose te stellen en zieken te behandelen voorbehoudt aan artsen. Er zijn doorheen de Belgische geschiedenis verschillende processen geweest betreffende de onwettige uitoefening van de geneeskunde, met als hoogtepunt op het einde van de jaren '70. In 1977 maakten 28 praktijken in Brussel en omgeving het voorwerp uit van vervolgingen door de nationale politie die materieel bewijs zocht van illegale praktijk. België telde toen een zeventigtal beoefenaars geregistreerd bij de BVC.

Paradoxaal genoeg kwam er tijdens dezelfde periode een beweging op gang voor erkenning van de chiropraxie in België, georganiseerd door Frank Van Eeckhoven en Michel Fossé, die opeenvolgend voorzitter waren van de BVC. Dit heeft uiteindelijk geleid tot de welbekende "wet Colla" van 1999 (Cf. *infra*).

Hoewel het klimaat tot op vandaag weinig is veranderd, blijven de negatieve ervaringen van destijds hangen, vooral in een reeks van artikels en uitzendingen op televisie die de risico's van chiropraxie aan de kaak stellen.

1.2.2.2 Parallele geschiedenis van de osteopathie in België

In Europa bleef de osteopathie grotendeels buiten de conventionele geneeskunde en ontwikkelde zich op een andere manier dan in de VS, onder meer door een grotere nadruk op manipulaties. Osteopathie in Europa blijft zeer divers en pogingen om tot een consensus te komen over wat osteopathie eigenlijk is blijven moeilijk, als voorbeeld hiervan is het verwerpen van het 'scope of practice' document van de Britse General Osteopathic Council door een groot deel van de Britse osteopaten.

Het introduceren van de osteopathie dateert van een 50 tal jaar later dan de chiropraxie. In de loop van de jaren '60 zijn een aantal Belgische kinesitherapeuten naar Maidstone in Kent getrokken, een groot opleidingsinstituut van Europese osteopathie.

De eerste Belgische osteopaten meldden zich begin jaren '70 en zijn afgestudeerd in het VK of in Frankrijk. In de loop van de tijd werden een aantal scholen met meestal bijbehorende beroepsorganisaties opgericht, die ook gedeeltelijk verschillende opvattingen en stromingen binnen de osteopathie vertegenwoordigen, al is het niet altijd duidelijk wat de respectievelijke rol van persoonlijke conflicten en ideologische verschillen zijn. De meesten daarvan werden onder een gemeenschappelijke koepel ondergebracht, de Groepering, Nationaal en Representatief voor de Professionele Osteopaten (GNRPO). Eén organisatie bleef hierbuiten, Unie voor gediplomeerden in de Kinesitherapie en Osteopathie(UKO). Het voornaamste twistpunt zou zijn dat zij vasthouden aan de gecombineerde uitoefening van kinesitherapie en osteopathie, daar waar de leden van de GNRPO op een exclusieve uitoefening van de osteopathie aandringen.

De osteopaten die in de jaren '70 net hun praktijk waren gestart, werden onmiddellijk geconfronteerd met processen betreffende de onwettige uitoefening van de geneeskunde (KB nr. 78) De titel van osteopaat « D.O. » (“gediplomeerd in de osteopathie”) die diegene kwalificeert die zijn opleiding heeft vervolledigd door het voorstellen van een eindwerk, dateert van hetzelfde tijdperk. Het juridisch getouwtrek tussen de osteopaten en de artsen betreffende de erkenning van de beroepsverenigingen hebben nog een 15 tal jaren aangehouden. De beroepsverenigingen werden ook geconfronteerd met de rapporten van de wetenschappelijke comités (Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, FWO, enz.) die regelmatig de mogelijke problemen met betrekking tot de veiligheid voor de patiënten in vraag stelden. Deze problemen zouden vooral te wijten zijn aan het gebrek aan regulering betreffende de vereiste competenties. Met betrekking tot de erkenning van het beroep door de ziekenfondsen, speelde het debat zich eerder op Europees niveau af. De Belgische parlementarier P. Lannoye eiste in 1994 de tegemoetkoming van de niet-conventionele medische handelingen door de verplichte ziekteverzekering.

De aanvaarding van de osteopathie door de medische wereld evolueerde evenwel. De gemoederen zijn ondertussen bedaard. Getuige daarvan was het ontstaan van de beroepsvereniging voor de Osteopatische Geneeskunde (BVOG), een Europese vereniging van artsen en osteopaten. Maar meer dan 10 jaar later is de wet Colla nog steeds niet uitgevoerd door de voorziene uitvoeringsbesluiten. Tot op vandaag zijn enkel de besluiten betreffende de erkenning van de beroepsgroepen gepubliceerd. Een proces tegen de Belgische Staat ingesteld in 2010 door een school (International Academy of Osteopathy-IAO) en een beroepsvereniging (Register Osteopaten België-ROB) tonen aan de beroepsgroep een einde wil maken aan het juridische vacuüm.

2 KLINISCHE EFFECTIVITEIT EN NEVENEFFECTEN

2.1 OVERZICHT VAN DE WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR

2.1.1 Inleiding

Het objectief van deze review is een antwoord te bieden op een vraag van het kabinet van de minister van Sociale zaken en Volksgezondheid naar de effectiviteit en veiligheid van osteopathie en chiropraxie door het verzamelen van de voornaamste literatuur hieromtrent. De problematiek is complex. Enerzijds zijn osteopathie en chiropraxie weinig gedefinieerd, waarbij de beoefenaars zich in wisselende mate beroepen op de leer, filosofie of principes van de grondleggers. Anderzijds bestaan er geen centraal coördinerende organen, zowel op nationaal als op internationaal niveau met voldoende autoriteit om de praktijk van osteopathie en chiropraxie te definiëren. Het bestaan van verschillende stromingen en tradities maakt dat hierop slechts bij benadering een antwoord kan gegeven worden.

2.1.1.1 Methodes

De methodes staan in detail beschreven in bijlagen, we geven hier enkel een korte samenvatting. We gebruikten een iteratieve zoekstrategie, waarbij men zich beperkte tot systematic reviews en HTA rapporten. Volgende databases werden gebruikt: Medline, Embase: Cochrane Database of Systematic Reviews; CRD; CINAHL; PEDRO en the database voor alternatieve geneeskunde AMED. Er werden zowel tekst als mesh termen gebruikt. Ook de HTA sites werden systematisch bezocht. In een eerste fase werd gezocht op de termen osteopath*, Osteopathic Medicine Manipulation, Osteopathic. Omdat het moeilijk is in de literatuur osteopathische manipulaties te onderscheiden van andere vormen van manipulatie en we ons realiseerden dat reviews over andere vormen ook de studies naar osteopatische manipulaties en behandelwijzen bevatte, werd die later uitgebreid met Manipulation, Orthopedic/ or exp Manipulation, Chiropractic/ or exp Manipulation, Spinal/ or exp Manipulation, Osteopathic/ en de term chiropract*. Deze keuze wordt verder in het document verantwoord. Als interventie werden dus alle vormen van manuele therapie genomen, bij patiënten met alle indicaties waarover we informatie vonden. Alle types controlepopulaties werden opgenomen en alle patiënt gerelateerde uitkomsten, voornamelijk pijn, functieverbetering en patiëntentevredenheid. Taalrestricties waren publicaties in het Nederlands, Engels, Duits, Frans, Spaans en Portugees. Details over de zoekstrategie en de resultaten staan in bijlage. Inclusiecriteria waren systematische review van RCT's en controlled trials, behalve voor het gedeelte over veiligheid en risico's, waar alle reviews werden genomen, aangezien het hier niet mogelijk is om op basis van RCT's de risico's in te schatten. De reviews werden geëvalueerd op basis van het formulier Va: beoordeling van systematisch review van RCT's van de Dutch Cochrane Centre^{de}, behalve voor het gedeelte betreffende veiligheid en risico's, die niet op RCT's en controlled trials zijn gebaseerd. De elektronische search genereerde 1551 publicaties die werden gescreend op titel en abstract, hieraan werden 13 met de hand gezochte publicaties aan toegevoegd, van 132 werd de volledige tekst geëvalueerd, uiteindelijk werden 66 publicaties weerhouden (zie flow-chart in de bijlage rond methodologie). De resultaten werden gepresenteerd per indicatie. Eerst worden per indicatie de bevindingen van de voornaamste review gepresenteerd, vervolgens worden de resultaten vergeleken met alle reviews die aan de criteria voldeden en eventuele verschillen becommentarieerd.

^d <https://www.cebp.nl/media/m242.pdf>

2.1.1.2 *Wat is osteopathie?*

Deze op het eerste zicht triviale vraag is essentieel om te kunnen uitmaken wat we nu precies willen evalueren. GNRPO, de voornaamste overkoepelende beroepsorganisatie hanteert een definitie van de osteopathie die algemeen aanvaard wordt door de leden van de beroepsgroep :

« De osteopathie is een manuele, diagnostische en therapeutische benadering voor het behandelen van functiestoornissen in de mobiliteit van gewrichten en weefsels in het algemeen, en voor het vaststellen van het aandeel ervan in het ontstaan van ziekteverschijnselen.»

Die definitie laat echter niet toe uit te maken wat die benadering is en waar ze zich onderscheidt van andere vormen van manuele therapie. Osteopathie ziet zichzelf in de eerste plaats als een filosofie en een denkwijze, teruggaande op hun stichter, A.T Still (1828–1917). Zijn therapeutisch concept is vooreerst gebaseerd op de principes van Hippocrates en later ook op de overtuiging dat een inadequate bloedvoorziening en een inefficiënte bezenuwing de normale fysiologie aantast (volgens van Dun, *Reflecties over CAMs: Osteopathie 2008*). Er wordt in de osteopathie dan ook een sterke nadruk gelegd op wat het holistische aspect van hun behandeling wordt genoemd die niet gereduceerd kan worden tot een aantal technieken. In welke mate de filosofie nog steeds relevant is voor de osteopathische praktijk is het voorwerp van intense debatten in de verschillende osteopathische tijdschriften, waarvan er 5 Medline geïndexeerd zijn. Het is moeilijk om het wetenschappelijke gehalte van die onderliggende filosofie te beoordelen, daar die constant in evolutie is en door verschillende osteopathische scholen en stromingen anders ingevuld wordt, gaande van een zeer traditionele interpretatie dicht bij Still's oorspronkelijke concept tot een vrijwel volledig verwerpen van alle onderliggende filosofie waarbij alleen nog het holistische principe overeind blijft.

Wat betreft de technieken in de osteopathie, selecteerde Still op basis van studie en ervaring een aantal technieken. Feitelijk was hij een eclecticus die geleidelijk aan systeem aanbracht in door hem bewezen geachte diagnose- en behandeltechnieken. Hij baseerde zich bij zijn keus uitsluitend op de empirie¹¹.

Het gebruik van manuele technieken door osteopaten is in de loop van de jaren geëvolueerd door intense uitwisselingen met kinesitherapeuten en hun subspecialisatie manueel therapeuten, chiropractici en andere vormen van manuele therapie, waardoor er zeer sterke overlap is tussen de verschillende types zorgverleners.

2.1.1.3 *Wat is chiropraxie.*

De WGO hanteert volgende definitie van chiropraxie¹²: 'A health care profession concerned with the diagnosis, treatment and prevention of disorders of the neuromusculoskeletal system and the effects of these disorders on general health. There is an emphasis on manual techniques, including joint adjustment and/or manipulation, with a particular focus on subluxations'.

Centraal in de chiropractische filosofie zijn de begrippen 'subluxatie' en 'innate intelligence'. Onder subluxatie wordt een 'functionele' afwijking in de wervelkolom verstaan, die de oorzaak is van diverse ziektebeelden. Die subluxaties zijn echter verschillend van wat in de conventionele geneeskunde als subluxatie beschouwd wordt, en gaan niet altijd gepaard met een zichtbare tekens. Innate intelligence is het zelfhelend vermogen van het lichaam dat zou vrijgemaakt worden door manipulaties. Voor die principes bestaat geen wetenschappelijk bewijs en het belang van die concepten is het voorwerp van intense debatten onder chiropractici.

2.1.1.4 *Implicaties voor de review*

Vrijwel alle reviewers maken dan ook geen onderscheid tussen de verschillende zorgverleners van manuele therapieën, en ook een aantal primaire studies mengen verschillende zorgverleners, waarbij men soms uitvoering door de osteopaten, chiropractici en manueel therapeuten probeert te standaardiseren. De voornaamste hiervan is de BEAM studie, een grote pragmatische trial naar de effectiviteit van spinale manipulaties¹³⁻¹⁵.

We hadden dan ook geen andere keus dan te proberen om het effect van de verschillende vormen van manuele therapieën in de studies gezamenlijk te beoordelen.

2.1.1.5 *Manuele therapieën.*

Hoewel osteopaten en chiropractici er de nadruk opleggen dat hun disciplines niet kunnen gereduceerd worden tot een aantal technieken, werden toch vooral de diverse vormen van manipulaties en mobilisaties in de studies geëvalueerd.

Onder spinale manipulaties wordt meestal verstaan een gelokaliseerde kracht van lage amplitude en hoge frequentie/snelheid (HVLA, High Velocity Low Amplitude), aangewend op een specifiek spinaal segment. Onder mobilisaties wordt dan meestal een passieve bewegingstechniek verstaan, aangewend met een lage frequentie/snelheid, met een kleine of grote amplitude of neuromusculaire technieken die binnen de normale bewegingsreikwijdte van de patiënt en binnen zijn controle vallen¹⁶. Onder die termen gaat echter een veelheid van technieken schuil die niet altijd even goed afgelijnd zijn en bijvoorbeeld de Wereldgezondheidsorganisatie neemt een veel ruimere definitie aan van spinale manipulatie, waaronder zij vrijwel alle vormen van manuele therapie rekenen, massage inclus¹².

2.1.1.6 *Klinische uitkomsten en klinische relevantie.*

Elk type uitkomst die in de geselecteerde reviews werd naar voor gebracht zijn opgenomen. De voornaamsten worden hier kort besproken.

Voor pijn gebruiken de meeste studies een of ander vorm van de VAS schaal (Visual Analog Scale) waarbij aan de patiënt gevraagd wordt om de graad van pijn visueel aan te geven op een schaal¹⁷. De verschillende VAS schalen werden in de meeste gevallen teruggebracht tot een 100 mm schaal.

De Roland Morris Disability Questionnaire is de meest gebruikte vragenlijst die peilt naar het functioneren van de patiënt met rugpijn. Slechts enkele primaire studies keken naar patiëntentevredenheid of naar geneesmiddelengebruik. Voor meta-analyses werden meestal Weighted Mean Differences gebruikt wanneer de uitkomsten tot één schaal konden teruggebracht worden of met Standardised Mean Differences (SMD), waarbij in de Cohens d of een aanverwante variant hiervan werd gebruikt, om studies te kunnen vergelijken die verschillende pijnschalen of functionaliteitsschalen gebruiken te kunnen vergelijken of te poolen. SMD is dimensieloos, een SMD van 0.2 word als klein beschouwd, 0.5 als matig en 0.8 als groot¹⁷.

Voor lage rugpijn bestaan er criteria voor klinische relevantie die het gevolg zijn van een consensusmeeting uitgaande van de Cochrane back pain working group. Voor nekpijn en hoofdpijn werden criteria voor klinische relevantie door de auteurs zelf naar voren gebracht. Daar waar geen statistisch significante effecten werden gevonden werd klinische relevantie ook niet besproken.

2.1.2 Review van de effectiviteit

2.1.2.1 Lage rugpijn.

Kernboodschappen

- Voor acute aspecifieke lage rugpijn hebben spinale manipulaties en mobilisaties op korte termijn een klein effect in vergelijking met geen behandeling of behandelingen die niet als effectief beschouwd worden (tractie, bedrust) wat betreft pijnverlichting en functieverbetering.
- Voor chronische aspecifieke lage rugpijn hebben spinale manipulaties en mobilisaties op de korte en lange termijn een klein tot matig effect vergeleken met geen behandeling of behandelingen die niet als effectief beschouwd worden (tractie, bedrust), zowel voor wat betreft pijnverlichting als voor functieverbetering.
- Voor discushernia zijn er onvoldoende studies om uitspraken te doen.
- De gemiddelde grootte van de meeste gerapporteerde effecten liggen onder de drempelwaarden voor klinische relevantie bij lage rugpijn zoals die vastgelegd waren door de Cochrane Back Review Group.
- Er is geen bewijs dat spinale manipulaties of mobilisaties beter of slechter zijn dan andere behandelingsmethoden, die eveneens een lage effectiviteit hebben, voor chronische en acute lage rugpijn.
- Er is geen bewijs dat de ene vorm van manuele therapie beter is dan de andere.

Bewijsvoering

De meeste reviews evalueerden manipulaties en mobilisaties zonder een onderscheid te maken tussen chiropractici, osteopaten en manueel therapeuten. Voor acute en chronische lage rugpijn presenteren we eerst de cochrane review door Assendelft et al.¹⁸, een review van hoge kwaliteit waar vrijwel alle andere reviews en guidelines naar verwijzen. Daarna bespreken we voor de volledigheid de andere reviews die in essentie tot dezelfde conclusie komen.

Bevindingen van Assendelft et al.¹⁸

ACUTE ASPECIFIEKE LAGE RUGPIJN

Spinale manipulaties brengen bij patiënten met acute lage rugpijn een verbetering op korte termijn teweeg vergeleken met sham^f therapie wat betreft pijn (10-mm [95% CI, 2 tot 17 mm] verschil voor pijn op de 100 mm VAS schaal^g (Visual Analog Scale) Het verschil dat kon worden waargenomen voor functieverbetering was niet statistisch significant (2,8 (CI, -0,1 tot 5,6) punten verschil op RMDQ (Roland Morris Disability Questionaire)^h).

Vergeleken met andere therapieën deden spinale manipulaties het alleen beter dan therapieën waarvan men oordeelt dat ze ineffectief zijn (de auteur deed een pooling van studies die een dergelijke controle-interventie gebruikten zoals topische zalf, bedrust of tractie) maar dat verschil was niet klinisch relevant (2,1 punten verschil op RMDQ [CI, -0,2 tot 4,4]).

^f Sham therapie: een gesimuleerde (valse) therapie waarvan aangenomen wordt dat ze geen effect heeft, dit op placebo effect uit te sluiten of te verminderen.

^g VAS schaal (Visual Analog Scale) pijnschaal waarbij aan de patient gevraagd word om de graad van pijn visueel aan te geven op een schaal (reeds eerder uitgelegd).¹⁷

^h (Roland Morris Disability Questionaire) veel gebruikte questionnaire die peilt naar het functioneren van de patiënt met rugpijn.

CHRONISCHE ASPECIFIEKE RUGPIJN

Voor chronische rugpijn waren de conclusies van Assendelft et al.¹⁸ gelijkaardig: een verbetering vergeleken met sham therapie wat betreft pijn op korte termijn (10-mm verschil voor pijn op de 100 mm VAS schaal [95% CI, 3 tot 17 mm]); verbetering van de pijn op de lange termijn van (19-mm verschil voor pijn op de 100 mm VAS schaal [95% CI, 3 tot 35 mm]); en een functieverbetereing op de korte termijn van 3,3 punten verschil op RMDQ [CI, -0,6 tot 6,0]. Vergeleken met andere (niet sham) therapieën deden spinale manipulaties het alleen beter dan therapieën waarvan men oordeelt dat ze ineffectief of zelfs schadelijk zijn (de auteur deed een pooling van studies die dit type controle-interventie gebruikten zoals topische zalf, bedrust of tractie) (4-mm verschil voor pijn op de 100 mm VAS schaal [95% CI, 0 tot 8 mm]) (2,6 punten verschil op RMDQ [CI, -0,5 tot 4,8]). De auteurs oordeelden dat de kwaliteit van de studies laag was en de effectiviteit matig maar vergelijkbaar met andere interventies die eveneens maar matig effectief zijn.

Andere systematische reviews

Chou et al, een review uitgevoerd voor de American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline, baseert zich grotendeels op het werk van Assendelft, aangevuld met twee extra RCT's, en komt tot dezelfde conclusie: een zwakke aanbeveling met matige evidentie voor de effectiviteit van diverse vormen van manipulatie bij acute en chronische rugpijn.

Ferreira et al^{19, 20} brachten gelijkaardige conclusies naar voor voor acute en chronische rugpijn. Net zoals Assendelft deden zij een meta-analyse waarbij studies werden samengebracht indien er geen heterogeniteit was.

Rubinstein et al²¹ deed een review voor chronische rugpijn met meta-analyse, de bewijskracht werd geëvalueerd met de GRADE schaal. Bij spinale manipulatie vergeleken met sham, placebo of passieve behandelingsmodaliteiten vonden zij alleen zeer beperkt bewijs voor pijn (Mean Weighted Difference MWD 1,81, 95% CI -7,13 tot 10,75) en zeer beperkt bewijs voor functieverbetereing (Standardised Mean Difference SMD -0,36, 95% CI -0,66 tot -0,06). Voor spinale manipulatie in combinatie met een andere interventie, vergeleken met die interventie alleen, vonden zij bewijs van lage kwaliteit (statistisch significant maar lage kwaliteit studies, hier gedefinieerd als < 6 punten op de Cochrane Back Review Group check list¹⁷) voor een pijnstillend effect (MWD -14,20, 95% CI -26,89 tot -1,51) en geen bewijs voor een functieverbetereing. In vergelijking met om het even welke andere interventie werd een klein statistisch significant maar klinisch niet significant effect gevonden op pijn na 1 maand (MWD -3,28 [-5,73, -0,82]). Voor functioneren werd geen verschil gevonden na 1 maand. Na 3 en 6 maanden werd noch voor pijn noch voor functioneren een verschil gevonden. Hier werden striktere definitie voor chronische lage rugpijn gebruikt dan voor de voorgaande reviews, waarvande belangrijkste hiervan de UK BEAM studie is, een grote effectiviteitsstudie in Britse huisartspraktijken^{14, 22}. Bronfort et al²³ hadden een iets andere aanpak en deden geen pooling met het argument dat de interventies in de verschillende studies en hun design te verschillend van aard zijn. Zij maken onderscheid tussen chronisch rugpijn en rugpijn met een gemengde maar predominant chronische duur.

Zij concludeerden dat wat betreft chronische rugpijn, er bewijs is van matige kwaliteit dat spinale manipulaties een gelijkaardig effect hebben als niet-steroidale anti-inflammatoire medicijnen gecombineerd met oefeningen, zowel op de korte als op de lange termijn. Zij concluderen ook dat flexie-distractie mobilisaties superieur zijn aan oefeningen op de korte termijn en gelijkwaardig tot superieur op de lange termijn. Volgens Bronfort et al. zijn hoog-intensieve manipulaties superieur aan manipulaties met lage intensiviteit, op de zeer korte termijn.

Er is ook beperkt tot matig bewijs dat manipulaties beter zijn dan fysiotherapie op zowel lange als korte termijn. Er is ook beperkt bewijs dat spinale manipulaties even goed werken als chemonucleolyse voor discus hernia en dat mobilisaties minder goed werken dan oefeningen voor de rug na chirurgie voor discushernia.

Voor de gemengde vormen met predominant chroniciteit, concludeerden zij dat er sterk bewijs was dat spinale manipulaties gelijkwaardig zijn aan medische verzorging. Omdat Bronfort geen betrouwbaarheidsintervallen geeft, konden we niet nagaan of de conclusie gebaseerd was op equivalentie of op het feit dat de studies geen verschil vonden. Hij geeft ook niet aan hoe hij tot die conclusie komt.

Daarom lijkt de conclusie van de andere reviewers dat er geen bewijs is dat spinale manipulaties en mobilisaties beter zijn betrouwbaarder. Er is matig bewijs dat spinale manipulaties superieur zijn aan routine verzorging door een huisarts en gelijkaardig aan fysiotherapie op zowel de korte als de lange termijn. Er is beperkt bewijs dat spinale manipulaties superieur zijn aan ambulante behandeling in een hospitaal op de korte en lange termijn en aan medicatie en acupunctuur, eveneens op de korte en lange termijn.

Liccardione et al.²⁴ deed een review van spinale manipulaties, enkel uitgevoerd door osteopaten, voor lage rugpijn in het algemeen, met een pooling van 8 studies. Hij vond vergelijkbare resultaten, met een pooled SMD (Standardised Mean difference) van 0.3 (95% CI: 0.13 – 0.43).

Walker²⁵ deed een cochrane review met meta-analyse van uitsluitend chiropractische interventies. Voor acute en subacute lage rugpijn vond hij op de korte en middellange termijn een statistisch maar klinisch niet significant effect (gebruikmakend van de Cochrane Back Group criteria¹⁷) voor pijn (SMD -0.25 (95% CI -0.46 tot -0.04) Mean Difference (10 cm VAS Scale) -0.89 (95%CI -1.60 tot -0.18)). Op de lange termijn werd geen statistisch significant effect op pijn gevonden. Voor functieverlies vond hij op de korte termijn een statistisch significant maar klinisch niet significant effect (SMD -0.36 (95% CI: -0.70 tot - 0.02)). Ook voor chronische patiënten en in studies met een gemengde (chronisch en acuut) populatie werd geen significant effect gevonden.

De guideline van de european COST B13^{26, 27} en de KCE guideline over chronische rugpijn²⁸ zijn, wat betreft spinale manipulaties, volledig gebaseerd op de review van Assendelft. De NICE guideline over lage rugpijn 2009 beveelt aan manipulatie te overwegen, waarbij zij stellen dat er enig bewijs is voor een matig effect. Die conclusie is gebaseerd op de BEAM studie²² die zij als de enige relevante studie beschouwen met een laag risico op bias. De BEAM studie toont een klein (statistisch significant maar klinisch niet) effect aan op RMDQ score van 1,6 (95% IC: 0,8 tot 2,3) punten op 3 maand en 1,0 (95%IC: 0,2 tot 1,8) op 12 maanden.

Eén systematische review van matige kwaliteit²⁹ keek specifiek naar discushernia, identificeerde 4 RCT's van lage kwaliteit en concludeerde dat er geen voldoende bewijs was om uitspraken te doen over de effectiviteit van spinale manipulaties bij discushernia.

Klinische relevantie

De Cochrane Back review Group publiceerde in 2009 methodologische richtlijnen specifiek voor lage rugpijn¹⁷. Daarin werden normen naar voorgebracht voor welke het minimaal verschil in uitkomst (MIC, Minimally Important Change) moet zijn om klinisch relevant te zijn. Deze normen zijn gebaseerd op een consensus onder experts na een literatuuronderzoek van studies, die de MIC voor pijn en functionele status voor patiënten met lage rugpijn schatten³⁰. Voor pijn werd een absoluut verschil in VAS van 15 mm op een 100 mm schaal of een relatief verschil van 30% startende van de baseline als klinisch relevant beschouwd. Voor RMDQ wordt een absoluut verschil van 2 to 3 punten (8 tot 12%) nog als klinisch relevant beschouwd. Voor SMD ("d" score) werd een effect kleiner dan 0,5 als klein beschouwd. In het licht van die normen kan vrijwel geen enkel effect gemiddeld genomen als klinisch significant beschouwd worden, uitgezonderd voor chronische rugpijn waar er een matig effect op lange termijn was voor pijn (VAS) 19 mm (95%CI: 3 tot 35) en een RMDQ van 3,3 (95%CI: 0,6 tot 6) punten, maar ook hier blijven de effecten klein en de betrouwbaarheidsintervallen wijd. Dit sluit echter niet uit dat op individueel niveau voor een aantal patiënten er een klinisch significant effect is, maar hier is ook geen bewijs voor.

Type manipulatie/mobilisatie

De meerderheid van de reviewers maakt geen onderscheid tussen de verschillende soorten manipulaties en uitvoerders. Bronfort vermeldt wel per studie of de manipulaties/mobilisaties uitgevoerd worden door een osteopaat, manueel therapeut of chiropractici. Ook primaire studies mengden verschillende vormen, voornamelijk de BEAM studie, waar in een workshop de verschillende vormen werden gestandaardiseerd^{13, 15, 22}. Er zijn niet voldoende gegevens om uit te maken of de ene vorm beter is dan de andere. Licciardone (een osteopaat) deed een review met alleen studies waar de manipulaties werden gedaan door een osteopaat maar het effect is niet groter dan in de andere reviews. Door het geringe aantal studies kan dit echter ook niet worden uitgesloten²⁴. Walker²⁵, die alleen keek naar chiropractische interventies, vond ook gelijkaardige effecten.

2.1.2.2 Nekpijn

Kernboodschappen

- **Er bewijs is van hoge kwaliteit dat een multimodale aanpak, waarvan manipulaties of mobilisaties een onderdeel zijn (gecombineerd met oefeningen), effectiever zijn dan enkel oefeningen voor chronische of subacute pijn al dan niet met radicaire uitstraling, wat betreft pijnverlichting op korte termijn. In tegenstelling tot het effect op chronische pijn, functieverbetering, globaal effect, patiënttevredenheid en levenskwaliteit, is er geen bewijs voor. Men kan echter niet uitmaken wat de specifieke bijdrage van manipulaties of mobilisaties in de multimodale aanpak is.**
- **Er is bewijs van matige kwaliteit dat zowel manipulaties als mobilisaties van de nek een gelijkaardig effect hebben op pijn, functionaliteit en patiënttevredenheid voor chronische en subchronische patiënten. Er is bewijs van lage kwaliteit dat spinale manipulaties alleen een pijnverzachting op korte termijn teweegbrengen vergeleken met een controlegroep.**
- **Er is bewijs van lage tot zeer lage kwaliteit dat manipulaties van de thorax als adjuvante therapie een effect hebben op pijn en functionaliteit voor zowel chronische, acute, subacute nekpijn en Whiplash.**
- **Er is bewijs van hoge kwaliteit dat een multimodale aanpak, waarvan de manipulaties en mobilisaties een deel van uit maken (samen met oefentherapie), effectief is. In een dergelijke aanpak is het echter niet mogelijk de specifieke bijdrage is van manipulaties of mobilisaties.**
- **Het blijft een open vraag welke technieken beter zijn dan de andere en in welke omstandigheden.**

Bewijsvoering

De recente Cochrane review van Gross et al.¹⁶ is de meest recente review en van zeer hoge kwaliteit. Hun conclusies gebruikten de aangepaste GRADE methodologie zoals beschreven in Furlan et al.¹⁷. De review is een update van vorige reviews van de zelfde auteur/groep uit 1996 en 2004, maar behandelt mobilisaties en manipulaties alleen als een unimodale (d.w.z op zichzelf staand, niet geassocieerd met andere behandelingsmethode) interventie. Dit wordt aangevuld met de review door Miller et al. van dezelfde onderzoeksgroep, gepubliceerd in hetzelfde tijdschrift met dezelfde methodologie die naar combinatietherapieën keek²¹. De resultaten en conclusies werden vergeleken met andere reviews en met het KCE rapport over nekpijn²⁸.

In de 2 reviews werd een verschil 10 mm VAS voor nekpijn, 5/50 op de 'neck disability index' en SMD van 0.5 als klinisch relevant beschouwd, zich baserend op de criteria van de Back Review Group guidelines.

Bevindingen van Gross et al.¹⁶ en Miller et al.³¹

MANIPULATIE ALLEEN VAN DE NEKSTREEK (GROSS ET AL.¹⁶)

Er is bewijs van matige kwaliteit (2 studies met een totale steekproefgrootte van 369) dat manipulaties en mobilisaties een gelijkaardig effect hebben op de uitkomsten pijn, functie en patiëntentevredenheid op de korte en de lange termijn bij chronische en subchronische patiënten.

Acute of chronische nekpijn

Er is bewijs van lage kwaliteit (3 studies, 130 deelnemers) dat manipulaties alleen, vergeleken met een controlegroep op de korte en zeer korte termijn een pijnverzachting kan teweegbrengen bij mensen met acute of chronische nekpijn (SMD – 0,90 (95% CI: -1,78 tot -0,02)).

Chronisch cervicogene hoofdpijn

Er is bewijs van lage kwaliteit komende van 1 kleine studie die suggereert dat 9 of 11 sessies van spinale manipulatie superieur zijn aan 3 sessies wat betreft pijnverzachting onmiddellijk na de behandeling en nekpijn gerelateerd functieverlies.

Er is bewijs van zeer lage kwaliteit dat op de korte termijn:

- Er niet een manipulatietechniek is die superieur is aan een andere (3 studies, 88 deelnemers).
- manipulatie equivalent zou zijn aan
 - bepaalde medicaties (2 studies, 69 deelnemers)
 - acupunctuur (2 studies, 81 deelnemers)
 - sommige behandelingen van de zachte weefsels (1 studie, 53 deelnemers)
- manipulatie superieur zou kunnen zijn aan TENS (Transcutaneous Electric Nerve Stimulation).

MANIPULATIE ALLEEN VAN HET THORAXSTREEK(GROSS ET AL.¹⁶)

Acute nekpijn

Er is bewijs van lage kwaliteit (1 studie, 45 deelnemers) voorthoraxmanipulatie als adjuvante therapie bij electrothermische stimulatie, zowel voor pijn als voor functie bij acute nekpijn.

Acute of subacute WAD (Whiplash Associated Disease)

Er is bewijs van zeer lage kwaliteit (1 studie, 88 deelnemers) ter ondersteuning van thoraxmanipulatie als adjuvante therapie bij geïndividualiseerde fysiotherapie voor acute of subacute WAD (Whiplash Associated Disease).

Chronische nekpijn

Er is ook bewijs van lage kwaliteit te ondersteuning van thoraxmanipulatie (1 sessie) voor onmiddellijke pijnreductie vergeleken met placebo voor chronische nekpijn.

Nekpijn van onbepaalde duur

Er is bewijs van zeer lage kwaliteit dat er geen verschil is wanneer thoraxmanipulatie vergeleken wordt met geen behandeling (1 studie, 30 deelnemers) voor nekpijn van onbepaalde duur.

MOBILISATIE ALLEEN VAN DE NEKSTREEK (GROSS ET AL.¹⁶)

Subacute en chronische nekpijn

Er is bewijs van matige tot lage kwaliteit dat er geen verschil tussen mobilisaties en manipulaties en andere behandelingen voor pijn, functie en patiëntentevredenheid voor subacute en chronische nekpijn (1 studie factorial design met 133 deelnemers en 1 vergelijkende studie met 100 deelnemers). Er was bewijs van lage kwaliteit (1 studie met 50 deelnemers) dat een combinatie van Maitland mobilisatietechnieken even effectief zou zijn als acupunctuur in de behandeling van subacute en chronische nekpijn wat betreft pijn, functie en patiententevredenheid. Er is bewijs van lage tot zeer lage kwaliteit dat sommige specifieke mobilisatietechnieken beter zouden zijn dan andere.

MULTIMODALE AANPAK WAARVAN MANIPULATIES OF MOBILISATIES EEN ONDERDEEL ZIJN.

Miller et al³¹ is een review die door dezelfde groep als Gross et al met dezelfde methode werd uitgevoerd, maar die zich op combinatie therapieën focust.

Chronische of subacute nekpijn al dan niet met radiculare uitstraling

Dit rapport voegt er aan toe dat er bewijs is van hoge kwaliteit (3 gepoolde studies) dat een multimodale aanpak, waarvan manipulaties of mobilisaties een onderdeel zijn (gecombineerd met oefeningen), effectiever is dan oefeningen alleen op de korte termijn voor chronische of subacute nekpijn al dan niet met radiculare uitstraling wat betreft pijn (VAS) (pooled SMD -0.50;95% CI: -0.76 tot -0.24) maar gelijkwaardig is wat betreft pijn op de lange termijn, functieverbetering, globaal effect, patiëntentevredenheid en levenskwaliteit.

Chronische en subacute/chronische nekpijn samen met cervicogene hoofdpijn

Er is bewijs van lage kwaliteit (2 gepoolde studies) dat op de lange termijn voor pijn (VAS) (pooled SMD -0,87;95% CI: -1,69 tot -0,06) voor chronische en subacute/chronische nekpijn samen met cervicogene hoofdpijn. Bewijs van lage kwaliteit suggereert eveneens een effect voor dezelfde indicaties op functieverbetering en globaal waargenomen effect. Men kan echter niet uitmaken wat de specifieke bijdrage van manipulaties of mobilisaties hierin is. Bewijs van matige kwaliteit (2 gepoolde studies) toont omgekeerd ook aan dat manipulaties/mobilisaties gecombineerd met oefeningen beter zijn dan oefeningen alleen.

Vergelijking met andere reviews

Gemmel et al³² vond geen verschillen tussen manipulaties en mobilisaties, de review focust op het vergelijken van manipulatie en mobilisatie, niet op hun absoluut effect.

Hurwitz³³ komt tot zeer gelijklopende conclusies als die van Gross et al.. Gross et al vergeleken hun eigen conclusies met Vernon 2005 and Vernon 2008^{34, 35} die een groter effect van manipulaties en mobilisaties naar voren brachten. Maar wij hadden deze reviews uitgesloten omdat ze zich focussen op intra-groep vergelijkingen, voor en na de behandeling in plaats van een groep te vergelijken met een andere. Gezien het natuurlijk verloop van nekpijn, waar spontane genezing regelmatig voorkomt is, beschouwden we dit niet als een aanvaardbare procedure. De bevindingen zijn ook consistent met het KCE rapport "Aspecifieke nekpijn, diagnose en behandeling" (2009)²⁸.

2.1.2.3 Hoofdpijn

Kernboodschappen

- **Er is alleen preliminair, en in het geval van cervicogene hoofdpijn, bewijs van matige kwaliteit (gebaseerd op één enkele studie) dat verschillende vormen van manuele therapie, spinale manipulaties en mobilisaties een effect hebben op de verschillende vormen van hoofdpijn.**
- **Er is geen bewijs dat de ene vorm van manuele therapie beter is dan de andere.**

Bewijsvoering

De conclusies zijn gebaseerd op 3 reviews, de voornaamste is die van Bronfort et al,³⁶ aangevuld met Lenssinck³⁷, die alleen spanningshoofdpijn behandelt en Astin & Ernst³⁸. Alle 3 reviewers beschouwden de studies als te heterogeen voor een pooling. De studies mengden manuele therapieën door verschillende types uitvoerders. We presenteren eerst de bevindingen van Bronfort et al en vergelijken daarna met de andere reviews.

Bronfort baseerde zich voor het niveau van bewijs op de criteria van de US Agency for Health Care Policy and Research. Het systeem is vergelijkbaar met het GRADE systeem om het niveau van bewijs te bepalen en staat beschreven in de bijlage. Dit systeem maakt onderscheid tussen sterk, matig, beperkt en preliminair bewijs en onderscheid 3 grote klassen hoofdpijn: migraine, spanningshoofdpijn en cervicogene hoofdpijn. Een effect size (SMD) van 0.4 werd hier door Bronfort als klinisch significant beschouwd. De studies zijn van lage kwaliteit, effect werd in de studies gemeten met een of andere vorm van hoofdpijnindex, maar omwille van de heterogeniteit van de schalen werden effect sizes werden uitgedrukt als SMD, validiteitsscores van de studies en effect sizes staan in evidentietabellen in bijlage.

Hoofdpijn van het type “migraine” (Bronfort et al,³⁶)

Er is preliminair bewijs dat spinale manipulatetherapie (SMT) een gelijkaardig effect heeft als amytryptiline (een antidepressivum), alleen op de hoofdpijn index op 8 weken en bewijs van matige kwaliteit op 4 weken. Er is preliminair bewijs dat SMT en amytryptiline een gelijkaardig effect hebben op medicijngebruik, gebaseerd op één RCT.

Er is preliminair bewijs dat SMT met amytryptiline, in het beste geval, een gelijkaardig effect hebben op de hoofdpijn index en op medicijngebruik, gebaseerd op een RCT.

Er is preliminair bewijs dat SMT superieur is aan mobilisaties voor pijn en gelijkaardig voor frequentie, functieverlies en duur van de hoofdpijn, gebaseerd op 1 RCT.

Er is beperkt bewijs dat SMT, in het beste geval, gelijkaardig is aan sham therapie voor de intensiteit van de hoofdpijn en beperkt bewijs dat SMT superieur is aan sham therapy wat betreft frequentie, functieverlies en duur van de hoofdpijn, gebaseerd op 1 RCT.

Spanningshoofdpijn (Bronfort et al,³⁶)

Er is bewijs van matige kwaliteit dat SMT inferieur is aan amitryptiline voor de intensiteit van de hoofdpijn op 6 weken en preliminair bewijs dat beiden een gelijkaardig effect hebben op frequentie van de hoofdpijn en het medicijngebruik, gebaseerd op 1 RCT.

Er is beperkt bewijs dat SMT superieur is aan geen behandeling voor onmiddellijke pijnreductie, gebaseerd op 1 RCT.

Er is bewijs van matige kwaliteit dat SMT samen met massage, in het beste geval, een gelijkaardig effect hebben als placebo en massage voor intensiteit van de hoofdpijn in de periode van 1 tot 4 weken. Preliminair bewijs toont aan dat de combinatie SMT en massage inferieur is aan sham therapie samen met massage na 3 maanden. Ook voor duur en gebruik van medicijnen is er preliminair bewijs dat ze een gelijkaardig effect hebben.

Cervicogene hoofdpijn (Bronfort et al,³⁶)

Er is preliminair bewijs dat SMT superieur is aan mobilisatie en aan het staan op een wachtlijst (komt overeen met geen interventie in die periode) na 3 weken voor pijnreductie en gelijkwaardig na 3 maanden, gebaseerd op 1 RCT.

Er is preliminair bewijs dat SMT met NSAID superieur is aan NSAID alleen voor hoofdpijn na 1 week en gelijkwaardig na 3 weken, gebaseerd op 1 RCT.

Er is bewijs van matige kwaliteit dat SMT superieur is aan geen behandeling voor pijnreductie en pijnfrequentie 1 week en 1 jaar na een 6 weken durende behandeling, gebaseerd op 1 RCT.

Er is preliminair bewijs dat SMT ten hoogste gelijkwaardig is aan oefeningen voor intensiteit en frequentie van hoofdpijn en matig bewijs dat ze een gelijkwaardig effect hebben op de duur van de hoofdpijn.

Er is matig bewijs dat SMT superieur is aan massage plus sham therapie voor pijn en duur van pijn na 1 week die volgt op een 3 weken durende behandeling, gebaseerd op 1 RCT.

Er is bewijs van matige kwaliteit dat SMT superieur is aan placebo SMT, gebaseerd op 1 RCT.

Er is preliminair bewijs dat mobilisaties een gelijkwaardig effect hebben als het staan op een wachtlijst aan het eind van een 3 weken durende behandeling.

Er is preliminair bewijs dat SMT in combinatie met een andere behandeling of gelijkwaardig of superieur is aan de behandeling alleen.

Vergelijking met andere reviews

Bronfort et al komen tot de algemene conclusie dat er onvoldoende bewijs is om uitspraken te doen over de effectiviteit van spinale manipulaties en mobilisaties. De conclusies zijn gelijkwaardig aan die van Lenssinck³⁷ en Fernandez-de-Las-Penas³⁹, die alleen spanningshoofdpijn behandelen, en Astin & Ernst³⁸, die eveneens concluderen dat er niet voldoende studies zijn om gefundeerde uitspraken te doen. Voor cervicogene hoofdpijn zijn de conclusies gelijkwaardig met die van Gross et al, die hogerop bij nekpijn besproken werd.

2.1.2.4 Manuele therapieën bij zuigelingen.

Kernboodschap

- **Er is geen wetenschappelijk bewijs dat manuele therapieën een gunstig effect hebben op kolieken of aanverwante aandoeningen bij zuigelingen.**

Alle reviewers behandelen de manuele therapieën zonder onderscheid te maken tussen manueel therapeuten, chiropractici en osteopaten. Osteopathische manipulaties werden wel in de zoekstrategie opgenomen. Allen komen tot dezelfde conclusie.

Husereau et al. onderzoekidentificeerde 4 studies van lage kwaliteit (Jadadⁱ tussen de 1 en de 2) en concludeert dat er geen effect is van manuele therapieën op kolieken bij zuigelingen. Ernst et al⁴⁰ en Gotlib et al.⁴¹ komen tot gelijkwaardige conclusies.

Brand et al⁴² linkt het gebruik van manuele therapieën aan een klinisch beeld, het 'KISS-syndroom' genoemd, waarbij de afkorting staat voor 'kopgewrichteninvloed bij storingen in de symmetrie'. Hierbij gaat het om zuigelingen met een voorkeurshouding met een aan de achter- of zijkant afgeplatte schedel waarbij regelmatig ook nog andere afwijkingen gevonden worden, zoals torticollis, scoliose of een abductiebeperking van de heup.

ⁱ Jadad is een van de veelgebruikte methodes om een score te geven aan een RCT (maximale score is 5, minder dan 3 wordt als onvoldoende beschouwd).

Als dergelijke verschijnselen gepaard gaan met excessief huilen wordt tegenwoordig door verschillende hulpverleners een verband verondersteld met een 'functiestoornis in de bovenste nekgewrichten'. Dit syndroom is controversieel en het bestaan ervan wordt in de conventionele geneeskunde ernstig in twijfel getrokken. Brand concludeert dat er geen wetenschappelijk bewijs dat manueel-therapeutische of osteopathische behandeling van kinderen met verschijnselen van het zogenaamde KISS-syndroom een gunstig effect heeft op klachten en verschijnselen en dat er sterke aanwijzingen dat chiropractische behandeling niet zinvol is bij zuigelingen die excessief huilen.

Weng et al.⁴³ was de enige gevonden review, hoewel strict genomen geen systematische review en die geschreven is door een osteopaat. Hij baseert zich op de zelfde studies om tot dezelfde conclusies te komen.

2.1.2.5 *Fybromyalgia & Myofascial trigger point pain syndrome*

Kernboodschappen

- **Er is in de literatuur geen eensgezindheid over de definitie en zelfs over de vraag of beide syndromen als aparte entiteit bestaan.**
- **Er is dan ook weinig of geen wetenschappelijk bewijs dat toelaat uit te maken dat manuele therapieën een adequate behandeling zijn voor die syndromen.**

Fybromyalgia

Fybromyalgia is een moeilijk te definiëren syndroom met chronisch wijdverspreide pijn en functionele verstoringen zoals duizeligheid, palpitations, slaapproblemen, vermoeidheid, angststoornissen en verminderd geheugen. De oorzaak en pathofysiologie blijft onduidelijk maar er is een relatie met psycho-emotionele stress⁴⁴.

Osteopaten en chiropractici behandelen die conditie met manuele therapieën, maar soms ook met een arsenaal van andere middelen, die meestal als minder typisch beschouwd worden voor osteopathie. Wij beperken ons hier tot de evidentie voor manuele therapieën.

Ernst et al.⁴⁴ identificeerde 4 studies van lage kwaliteit (Jadad score 1 or 2) en concludeerde dat er geen wetenschappelijk bewijs was voor de effectiviteit van manuele therapieën. Schiltewolf⁴⁵ en Schneider⁴⁶ kwamen tot gelijkaardige conclusies.

Myofascial trigger point pain syndrome

Myofascial trigger point pain syndrome is een ander moeilijk te definiëren klinische entiteit met als voornaamste symptomen hyper-irriteerbare punten binnenin een spanningsgordel van skeletspieren of fascia, die als die gecompriëerd worden gerefereerde pijn veroorzaakt, lokale gevoeligheid en veranderingen in het autonome zenuwstelsel⁴⁷. Over diagnose en zelfs het bestaan van de klinische entiteit is er aanzienlijke controverse en het verschil met fybromyalgie is volgens sommige auteurs niet duidelijk⁴⁷. Een review van Vernon (DC) en Schneider (DC)⁴⁶ concludeert dat er bewijs van matige kwaliteit is dat manuele therapieën een korte termijn effect hebben op myofascial trigger point pain maar slechts preliminair bewijs voor een effect op de lange termijn. Een review van Rickard⁴⁸ (DO)ⁱ komt tot dezelfde conclusie, gebaseerd op grotendeels dezelfde studies. Deze auteur voegt er ook aan toe dat het effect moeilijk te onderscheiden is van placebo. Men dient echter voorzichtig te zijn gezien de onzekerheid rond het al dan niet bestaan van deze klinische entiteit.

ⁱ DC: doctor in chiropraxie; DO: doctor/gediplomeerde in osteopathie. Die titels zijn erkend in bepaalde landen maar niet in België.

2.1.2.6 *Asthma*

Een Cochrane review van Hondras et al⁴⁹, baseert zich op twee studies van lage kwaliteit en concludeerde dat er geen wetenschappelijk bewijs is dat manuele therapieën, zoals gebruikt door manueel therapeuten, chiropractici en osteopaten, een effect hebben op asthma.

De reviews door Ernst et al,⁵⁰ Balon et al,⁵¹ Gotlib et al⁴¹ komen tot dezelfde conclusie.

2.1.2.7 *Pneumonie*

Een Cochrane review van Yang et al⁵², baseert zich op twee studies met hoog risico op bias en concludeerde dat er geen wetenschappelijk bewijs is dat osteopatische manipulaties een effect hebben op longontsteking.

2.1.2.8 *Dysmenorhea*

Een Cochrane review van Proctor et al⁵³, baseert zich op drie studies en concludeerde dat er geen wetenschappelijk bewijs is dat spinale manipulatie een effect heeft op dysmenorhea.

2.1.2.9 *Enuresis*

Een Cochrane review van Glazener et al⁵⁴, baseert zich op 2 studies en concludeerde dat er geen wetenschappelijk bewijs is dat spinale manipulatie een effect heeft op enuresis.

2.1.2.10 *Chronische vermoeidheid*

Bagnal et al⁵⁵ baseerde zich op 1 studie van zeer lage kwaliteit en concludeerde dat er geen wetenschappelijk bewijs is dat spinale manipulatie een effect heeft op chronische vermoeidheid.

2.1.2.11 *Aandoeningen van de onderste en bovenste ledematen*

Brantingham et al⁵⁶ deden een review van manipulatieve behandeling voor een divers gamma van aandoeningen van de onderste ledematen. Ze gebruikten een gewijzigde versie van SIGN, om de primaire studies te evalueren, en een methode vergelijkbaar met GRADE om de bewijskracht in te schatten (zie bijlage voor meer details). Men vond matig bewijs voor een effect op osteo-arthritis van de knie, patellofemorale pijnsyndroom en inversieverstuiking van de enkel. Er is beperkt bewijs voor heup osteoarthritis, fasciitis van de voetzool, metatarsalgia en hallux limitus/rigidus. De grootte van de verbeteringen werd niet gegeven, er is ook geen consensus over wat een klinisch significante verbetering zou zijn.

Mc Hardy et al⁵⁷ identificeerde 7 RCT's die chiropractische interventies voor een aantal aandoeningen van de bovenste ledematen evalueerden, maar geen van de RCT's kon een effect aantonen.

2.1.3 Veiligheid en Risico's

Kernboodschappen.

- **Milde neveneffecten blijken zeer frequent te zijn, tussen de 30 en 60 %, en zijn voornamelijk een tijdelijke verergering van de pijnklachten en hoofdpijn.**
- **Er zijn zware en zelfs levensbedreigende complicaties gedocumenteerd. De gegevens laten echter niet toe om een valide kwantitatieve schatting te geven van de risico's.**
- **Er is nood aan een performanter surveillancesysteem om de risico's beter in te schatten.**

De publicaties over de risico's van manuele therapie maken geen onderscheid tussen de verschillende type zorgverleners. Men maakt echter wel een onderscheid tussen de lichaamstreek waar de handeling gebeurt (een aantal reviews behandelen meer bepaald de nekstreek, die als meer risicovol beschouwd wordt dan de thorax en lendenstreek), de indicatie en het type patiënt. Er wordt in enkele gevallen onderscheid gemaakt tussen HVLA manipulaties en mobilisaties.

2.1.3.1 *Spinale manipulaties in het algemeen.*

Gouveia et al.⁵⁸ deden een review van studies rond de veiligheid van spinale manipulatie in het algemeen. In tegenstelling tot wat de titel van hun publicatie doet vermoeden concentreerden ze zich op alle spinale manipulaties, waarvan een deel door fysiotherapeuten en osteopaten wordt uitgevoerd.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen milde en ernstige neveneffecten.

Milde neveneffecten (Gouveia et al.⁵⁸)

De schattingen voor milde neveneffecten zijn gebaseerd op 1 RCT en 6 prospectieve cohort studies.

Milde neveneffecten blijken zeer frequent te zijn, tussen de 30 en 60 %, voornamelijk een tijdelijke verergering van de pijnklachten en hoofdpijn. Een van de studies werd uitgevoerd in België bij 59 manueel therapeuten (fysiotherapeuten, osteopaten en chiropractici) en rapporteerde dat 60.9 % van de patiënten op zijn minst 1 aan spinale manipulatie gerelateerd neveneffect had, waarvan 64 % binnen de 24 uur verdween. Voornaamste neveneffecten waren hoofdpijn, stijfheid en lokale ongemakken. Hoog cervicale manipulaties, vrouw zijn en medicijngebruik waren de voornaamste risicofactoren na een multivariaat analyse⁵⁹.

Ernstige neveneffecten (Gouveia et al.⁵⁸)

Ernstige neveneffecten blijken moeilijker te meten.

Een case control studie uitgevoerd in Canada schatte dat het risico op een vertebrobasilair accident 5 keer (uitgedrukt als odds ratio OR: 5.03; 95% CI 1.32 tot 43.87) hoger was bij iemand die een spinale manipulatie onderging. Een nested case control studie schatte het risico op cervicale arteriële dissectie zes keer hoger bij mensen die een spinale manipulatie ondergingen in de laatste 30 dagen (OR: 6.62, 95% CI: 1.4 tot 30) na statistisch te hebben gecontroleerd voor nekpijn (dit omwille van het probleem van reverse causality). Het is alleen mogelijk het relatief risico te meten op basis van case control studies, niet het absoluut risico.

Het geschatte risico op basis van retrospectieve cohort studies variëren van 5 beroertes per 100 000 manipulaties tot 1.46 ernstige neurologische aandoeningen per 10 000 000 manipulaties en 2.68 doden per 10 000 000 manipulaties. Een schatting op basis van gerechtszaken en verzekeringsclaims komt tot een schatting van 1 op 1 tot 3 miljoen. Ze identificeerden 115 gepubliceerde case studies.

Ernst et al.⁶⁰ die een update is van Stevenson et al.⁶¹ komt tot gelijkaardige conclusies maar waagt zich niet aan een schatting van de incidentie van zware complicaties. Men kan zich inderdaad afvragen of schattingen die met een factor 30 uiteenlopen wel zinvol zijn.

Beide reviewers erkennen dat er grote onzekerheid bestaat omtrent de risico's alsmede over het causaal verband tussen manipulaties en ernstige en levensbedreigende complicaties, maar stellen dat men ook rekening moet houden met het feit dat het behandelingen zijn van zelflimiterende aandoeningen waarvan er geen sluitend wetenschappelijk bewijs bestaat voor de werking.

Beide reviewers wijzen op de noodzaak van een verbeterd surveillance systeem om neveneffecten beter en betrouwbaarder te documenteren zodat een geloofwaardige schatting van het risico kan gegeven worden.

Shekelle et al.⁶² en Chou⁶² wijzen in een methodologische paper op de specifieke moeilijkheden die men kan verwachten bij het opzetten van een 'post marketing' surveillance voor alternatieve geneeswijzen, wijzende op het vaak informelere karakter vergeleken met 'allopathische geneeskunde'.

2.1.3.2 Specifieke situaties

Cervicale manipulaties

Een aantal auteurs concentreren zich specifiek op cervicale manipulaties, die als risicovoller worden beschouwd dan thoracale manipulaties. Bewijs hiervoor ontbreekt echter. Het risico op een dissectie van de vertebrale arterie met diverse ontstaansmechanismes werd verondersteld, maar voor geen van die mechanismen is een sluitend bewijs voorhanden⁶.

Gross et al.¹⁶ geven schattingen van het risico gaande van 1 in 3020 tot 1 in 1000000, maar de onzekerheid is zeer groot.

Er zijn geen bewezen risicofactoren bekend die zware complicaties zouden kunnen voorspellen^{63, 64}.

Ernst et al. reviewde 14 case reports van ophthalmologische complicaties geassocieerd met hoge spinale complicaties, met een divers klinisch beeld dat gezichtsverlies, ophthalmoplegia, diplopie en Horner's syndroom. Het verband in die gevallen werd door Ernst als zeer waarschijnlijk of zeker omschreven⁶⁵.

Complicaties bij Kinderen en zuigelingen.

Vohra et al.⁶⁶ keken specifiek naar de bijwerkingen en risico's geassocieerd met spinale manipulatie bij kinderen. Ze vonden 13 case studies, waaronder 9 die gepaard gingen met zware complicaties, zoals subarachnoidale bloedingen en paraplegie. Zij vonden ook 20 gevallen van complicaties die te wijten zijn aan uitgestelde diagnose zoals neuroblastoma's en diabetes en gevallen waar spinale manipulaties op een inadequate wijze gebruikt werd voor condities als meningitis en rhabdomyosarcoma. Ze concludeerden dat ernstige complicaties mogelijk maar zeldzaam waren en dat het niet mogelijk was een precieze schatting te geven. Husereau et al.⁶⁷, Ernst et al.⁴⁰, Gotlib et al.⁴¹ en Brand et al.⁴² wijzen in hun reviews ook op de potentiële gevaren zonder ze te kwantificeren.

Lumbale hernia en cauda equina syndroom

Oliphant⁶⁸ reviewed de risico's van spinale manipulatie bij patiënten met lumbale hernia. De voornaamste risico's blijken een verergering van de hernia en Cauda Equina syndroom te zijn. Cauda Equina syndroom bestaat uit neurogene stoornissen van blaas (meestal urineterentie) en ingewanden, zadelanesthetie, bilaterale verzwakking van de benen en sensorische veranderingen. Hij schat het risico in op minder dan 1 op 3,5 miljoen maar dit is gebaseerd op een klein aantal gepubliceerde gegevens. Andere auteurs stellen dat dit leidt tot een onderschatting^{62, 69}.

2.1.4 Conclusie & Algemene Discussie

2.1.4.1 Voornaamste bevindingen:

Er zijn maar een beperkt aantal studies naar de effectiviteit van osteopatische of chiropractische behandeling, en ook als studies naar andere vormen van manuele therapie worden uitgebreid blijft het beperkt. Er is niet een echte consensus wat osteopathie nu eigenlijk is, wat onder osteopatische praktijk valt en hoe die zich precies onderscheidt van andere vormen manuele therapie, noch op Belgisch noch op internationaal niveau. Het is evident dat dit het beoordelen van de effectiviteit aanzienlijk bemoeilijkt.

Spinale manipulaties en mobilisaties zijn op de korte termijn beter zijn dan geen behandeling of behandelingen die niet als effectief beschouwd worden voor chronische en acute lage rugpijn, wat betreft pijnverlichting en functieverbetering. De grootte van de gerapporteerde effecten liggen onder de drempelwaarden voor klinische relevantie bij lage rugpijn zoals die vastgelegd waren door de Cochrane Back Review Group. Er bewijst is van hoge kwaliteit dat een multimodale aanpak waarvan manipulaties of mobilisaties een onderdeel zijn (gecombineerd met oefeningen) effectief is. Men kan echter niet uitmaken wat de specifieke bijdrage van manipulaties of mobilisaties hierin is. Voor andere indicaties is het bewijs preliminair of onbestaande. Milde neveneffecten blijken zeer frequent te zijn, tussen de 30 en 60 %, voornamelijk een tijdelijke verergering van de pijnklachten en hoofdpijn. Er zijn zware en zelfs levensbedreigende complicaties gedocumenteerd. De gegevens laten echter niet toe om een valide kwantitatieve schatting te geven van de risico's.

2.1.4.2 Methodologische aspecten van de studies

De geselecteerde reviews waren van goede kwaliteit, in de zin dat de review methodologie goed uitgevoerd was volgens de Dutch Cochrane Criteria. Het probleem ligt meestal in de lage kwaliteit van de primaire studies, sommige auteurs menen dat er in de laatste jaren een verbetering merkbaar is¹⁶.

De interventies zijn vaak weinig specifiek en onder de naam manuele therapie gaan vaak een diversiteit aan technieken schuil. Een voorbeeld hiervan is de trial van Anderson et al.⁷⁰ waarbij in de studie aan de manueel therapeut aanzienlijke vrijheid gelaten wordt welke techniek hij precies zal toepassen. Die 'blackbox' aanpak heeft voordelen maar ook nadelen, gezien aan de ene kant dit de echte praktijk dichter benaderd en de interventie niet isoleert van zijn context (en zo op zijn minst gedeeltelijk tegemoetkomt aan het 'holistische aspect' van osteopathie) maar aan de andere kant het gevaar inhoudt dat een dilutie optreedt van het effect van een bepaalde techniek, waardoor zijn meerwaarde dus niet tot uiting komt.

De studies zijn door de band klein, wat gedeeltelijk verklaard wordt door de moeilijkheden om patiënten te recruter. Dit was een van de redenen waarom de BEAM studie, een van de grotere studies rond lage rugpijn en spinale manipulatie in het Verenigd Koninkrijk, zowel chiropractici, manueel therapeuten als osteopaten recruteerde. Financiële beperkingen worden ook vaak aangehaald als reden voor de kleine studies. Voor lage rugpijn is nu een grotere studie aan de gang maar de recrutering van patiënten is nog bezig⁷¹.

Door de aard van de interventies is blinding van zorgverlener en patiënt hier moeilijk en vaak in het beste geval maar gedeeltelijk mogelijk. Daardoor kan een niet specifiek (placebo) effect in de meeste gevallen moeilijk uitgesloten worden. Liccardione et al toonden bijvoorbeeld aan dat patiënten bij een gerandomiseerde trial de osteopatische manipulaties toch geloofwaardiger vonden dan het alternatief, ondanks de inspanningen om een blinding door te voeren⁷². Nochtans is blinding van patiënt en behandelaar maar 2 van de 10 elementen die de kwaliteit van een RCT bepalen volgens de Cochrane checklist voor RCT's. Het is zeker mogelijk aanzienlijke verbeteringen in de design van de studies aan te brengen wat betreft randomisering, blinding van de effectbeoordeling, intention to treat- analyse, het binnen de perken houden van loss to follow up en rapportering van de uitkomsten.

De kracht van placebo effecten, door sommige auteurs 'enhanced placebo' genoemd, werd ondermeer aangetoond voor spinale manipulaties⁷³. Er is in de medische literatuur een toenemende aandacht voor het belang en het nut van placebo effecten in de klinische praktijk, waarbij het vooral in pijnstilling een cruciale rol speelt, ook ter versterking van pijnstillende middelen waarvan een effect aangetoond werd onafhankelijk van het placebo effect.

Aan de andere kant kunnen er ethische problemen optreden wanneer de behandelaar zelf niet in het middel gelooft. Het is trouwens ook bewezen dat placebo effect uitgesprokener is als de behandelaar zelf denkt dat het middel werkzaam is, in vergelijking met situaties waar de behandelaar denkt het onwerkzaam middel of een middel die (in een RCT door de blinding) slechts 50 % kans heeft om werkzaam te zijn⁷⁴. Hróbjartsson A & Gøtzsche⁷⁵ deden een meta-analyse met meta-regressie om de grootte van het placebo effect te meten in verschillende omstandigheden en vonden dat placebo effecten weliswaar heterogeen waren maar dat dit afhangt van de indicatie en type placebo-interventie en meer uitgesproken was voor pijn en interventies die een of andere vorm van fysisch contact inhouden. De grootte van placebo effecten zijn echter niet eenvoudig te meten door problemen van grotere drop-out en zelfmedicatie in de controle groep en standardisering van de geloofwaardigheid van het placebo.

Sommige auteurs zoals het Science and Technology Committee in het Verenigd Koninkrijk stellen het gebruik van placebo's voor als onethisch, patiëntenbedrog en slechte geneeskunde door de wisselvalligheid van het effect^k. Dit is in het licht van wat nu bekend is over placebo's een wat voorbarig en extreem standpunt.

De meeste reviewers deden geen pooling, gezien de variatie in studiedesign en interventies is dit een verdedigbare optie. Een aantal reviews zijn uitgevoerd door chiropractici en osteopaten. Ernst et al stelden vast dat reviews gedaan door deze therapeuten over het algemeen meer geneigd zijn tot het trekken van positieve conclusies⁷⁶. We zien dat reviewers die zelf DO of DC zijn iets andere accenten leggen maar toch gelijkaardige effecten rapporteren. Het enige echte verschil dat we zien is het feit dat ze geen aandacht besteden aan de grootte van het effect maar de nadruk leggen op het feit dat effecten eventueel statistisch significant zijn. We namen alleen reviews in acht die zich concentreerden op RCT's of minstens met een controlegroep werken, een aantal reviews werden uitgesloten omdat ze focussen op voor na verschillen, wat geen valide methode is gezien het feit dat de meeste aandoeningen zelflimiterend zijn en een spontane genezing kennen.

We hebben ons in deze review geconcentreerd op studies naar het effect van osteopathie en chiropraxie, niet op het waarheidsgehalte van de onderliggende theorieën of de onderliggende pathofysiologie. Waar voor locomotorische aandoeningen, de werkingsmechanismes enigszins plausibel zijn, is er geen plausibel werkingmechanisme die de werking van viscerale en craniale therapieën zou kunnen verklaren.^{77, 78}

2.1.4.3 Veiligheid

Het was niet mogelijk het veiligheidsrisico, vooral het risico op ernstige complicaties, in te schatten op basis van RCT's, gezien deze te zeldzaam zijn. Er zijn gevallen gedocumenteerd van ernstige neurologische en vasculaire complicaties, vooral bij cervicale manipulaties, maar het is niet mogelijk momenteel hier een geloofwaardige kwantitatieve schatting van te geven. Omdat osteopatische manipulatie minder invasief zouden zijn, met een groter aandeel mobilisaties en met verschillende hefboomen zou die veiliger zijn, maar we konden dit niet objectiveren. Een goede vorming in het herkennen van risicopatiënten zou het aantal complicaties kunnen beperken, maar tot nu toe konden geen risicofactoren vooraf geïdentificeerd worden in studies. Sommige auteurs vinden de risico's echter groot genoeg om manipulaties als behandelingsmethode te verwerpen, zeker als het om zelflimiterende ziektes gaat en de effectiviteit niet afdoende is bewezen⁶⁰.

^k <http://www.parliament.uk/business/committees/committees-archive/science-technology/s-t-homeopathy-inquiry/>

Dit is nog meer het geval voor manipulaties bij zuigelingen, waar geen enkel bewijs voor bestaat noch een plausibel werkingsmechanisme kan naar voor gebracht worden.

Reviewers pleiten voor het opzetten van een performanter surveillancesysteem om de risico's beter in te schatten.

2.1.5 Eindopmerking

Er zijn weinig wetenschappelijke gegevens die de werking van osteopathische, chiropractische of ander vormen van manuele therapie bewijzen en de effecten zijn moeilijk te onderscheiden van placebo.

De enkele bewijzen voor effectiviteit slaan op mobilisatie-en manipulatietechnieken, die niet exclusief door osteopaten of chiropractoren worden gebruikt. Deze technieken zijn niet specifiek voor deze disciplines en worden ook gebruikt binnen de manuele geneeskunde en de manuele therapie.

Men moet er wel rekening mee houden dat voor indicaties als lage rugpijn en nekpijn er eigenlijk in de conventionele geneeskunde ook geen andere behandelingen voorhanden zijn waarvan de werking afdoende bewezen is, zodat de patiënt wel met zijn zorgvraag blijft zitten.

Ten slotte, geen enkel bewijs is gevonden door de viscerale en cranio-sacrale osteopathie en de sacro-iliacale manipulaties.

2.2 CONTROVERSE

2.2.1 Inleiding

Tijdens het opstellen van dit rapport werden verschillend onzekerheden aangetroffen, bijvoorbeeld:

- bij gebrek aan evidentie, welke doeltreffendheid moeten we aan deze of gene osteopathische praktijk toekennen?
- wat zijn de eraan gekoppelde risico's?
- welke vaardigheden worden van een osteopaat verwacht ?
- welke criteria voor slagen of falen van hun eigen praktijken hanteren zij?

Aangezien deze onzekerheden binnen het beroep onderwerp van discussie zijn, hebben wij ervoor gezorgd dat de grote lijnen van deze debatten afgebakend werden door ze op een zo transparant mogelijke manier en in aanwezigheid van alle partijen te organiseren.

2.2.2 Methode

Om volwaardige en duurzame debatten aan te moedigen ondanks de weinig gunstige perioden voor vergaderingen (de maanden juli en augustus 2010) hebben we gekozen voor een debatplatform op het internet dat op eender welk ogenblik toegankelijk was en vanaf eender elke computer met een netwerkverbinding: de Debategraph (DG)¹.

Deze DG was van 15 juni tot 15 augustus alleen toegankelijk voor de leden uitgenodigd en opgeleid voor het gebruik van dit platform door het KCE, nl. 18 deelnemers waarvan de meeste afkomstig waren uit de osteopathie (verenigingen en scholen), enkele vertegenwoordigers van de ziekenfondsen, van de chiropraxie en van de kinesitherapie in België.

¹ Meer details over de methodologie kunt u vinden in de bijlage "methode".

2.2.3 Resultaten

Uitgaande van de algemene vraag "Wat is osteopathie in België?" werd een hele reeks thema's^m ter discussie voorgelegd aan de deelnemers zelf tijdens de trainingssessies (voor het gebruik van DG). Ze hadden betrekking op:

- De toegang tot het beroep (al naargelang men een toekomstig osteopaat is, professioneel of niet professioneel);
- De veiligheid van de patiënten (professionele verantwoordelijkheid, de kwaliteitscontrole van de opleiding, maar ook van de osteopathische prestaties);
- Het opstellen van een competentieprofiel (welke handelingen, opleidingscriteria, deontologie...);
- De financiële regeling;
- De specificiteit van de osteopathische geneeskunde (welke osteopathische filosofieën, definities en onderzoeken?).

De effectieve bijdragen via de DG waren gering in aantal en erg teleurstellend wat betreft onze verwachtingen op het moment dat we dit debat lanceerden. Toch heeft de DG ertoe bijgedragen om het belang en de uitdagingen die samenhangen met het opstellen van een gemeenschappelijk competentieprofiel voor de verenigingen, die gegroepeerd zijn in de GNRPO, duidelijk te maken.

In tegenstelling tot onze hypothese zijn er in totaal drie competentieprofielen naar voren gekomen op het einde van de sessie van de DG: de eerste was afkomstig van de GNRPO, de tweede van de ROB (een beroepsvereniging van de GNRPO) en de derde van het FICO (een privé-school die verwijst naar het competentieprofiel in Nederland).

2.2.4 Discussie

De DG vormde een tijdelijk baken waarmee door het Belgische osteopathische milieu rekening moest worden gehouden voor de publicatie van een competentieprofiel. Van verschillende bronnen vernamen we dat het opstellen van dit competentieprofiel aanleiding heeft gegeven tot debatten binnen de beroepsgroepen. De bijzondere plaats die craniale osteopathie en viscerale osteopathie innamen binnen de vereiste competenties evenals de organisatie van de benodigde opleiding voor het verwerven van competenties, met het oog op de ontwikkeling van een beroep met een hoog niveau van beroepsverantwoordelijkheid, vormden de hoeksteen van deze debatten. Deze debatten zijn uitgemond in de publicatie van twee nieuwe competentieprofielen uitgaande van de beroepsorganisaties: dat van het ROB en dat van de GNRPOⁿ.

^m De hiërarchische structuur van de thema's kunt u aantreffen in de bijlage "resultaten".

ⁿ Meer details over deze competentieprofielen vindt u in het hoofdstuk dat hieraan wordt gewijd.

3 GEBRUIK IN BELGIË

3.1 ENQUETE BIJ DE BEVOLKING

Teneinde de prevalentie, de manier van gebruik en de redenen voor het gebruik van niet-conventionele geneeswijzen, en meer bepaald homeopathie, chiropraxie, acupunctuur en osteopathie, te meten, zijn we gestart met een telefonische enquête bij een representatieve steekproef van 1999 volwassenen in België in 2009. De details van de methodologie en de resultaten kunt u raadplegen in de bijlage.

3.1.1 Gebruik van alternatieve geneeswijzen in het algemeen:

In 2009 had 33,7% van de ondervraagde personen al een niet-conventionele geneesheer geraadpleegd tijdens hun leven (tabel 1). 14,9% van de 1622 respondenten die een medisch probleem meldden in de twaalf maanden voorafgaand aan de enquête had een alternatieve therapeut bezocht tijdens deze periode (tabel 2). Deze prevalentie lijkt coherent te zijn met de resultaten verkregen uit de gezondheidsenquêtes per interview uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid sinds 1997. Het laatste beschikbare rapport dat was gewijd aan de gezondheidsenquête per interview uitgevoerd in 2008⁷⁹ wees erop dat men in de loop van de tijd geen stijging vaststelde van het gebruik van niet-conventionele therapieën, behalve dan in Wallonië voor wat betreft de osteopathie.

Net zoals de gezondheidsenquête per interview stellen we in onze enquête vast dat subgroepen van de bevolking met een hoger opleidingsniveau vaker een niet-conventionele therapeut raadpleegden in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête (18,6%) dan de minder opgeleiden (10,6%) (tabel 3). Wij stellen ook vast dat deze therapieën het meest worden gebruikt door personen van middelbare leeftijd (14,9 % tot 18,5% van de personen is tussen 25 en 54 jaar) (tabel 4).

Daarentegen werd er geen enkel significant verschil vastgesteld volgens geslacht : 14,3% van de mannen en 15,5% van de vrouwen raadpleegden een niet-conventionele therapeut in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête (tabel 5).

Een derde van de respondenten uit onze steekproef (33,8%) zegt dat ze geen niet-conventionele geneeswijzen kennen, 25,7% zegt dat ze deze geneeswijzen niet vertrouwen terwijl 18,4% zegt dat ze er geen behoefte aan hebben. 12,2% vindt hen te duur (tabel 6).

De osteopaten en de homeopaten worden twee keer meer geconsulteerd dan de andere niet-conventionele therapeuten (tabel 3) : 6,7% van de respondenten bezocht een osteopaat in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête, 5,6% consulteerde een homeopaat, 2,7% een acupuncturist en 2,2% een chiropractor. Twee derde van deze patiënten deed meer dan een keer een beroep op hen in de voorbije 12 maanden (tabel 7).

3.1.1.1 *Medische redenen voor het gebruik van alternatieve geneeswijzen*

De vier medische redenen die het meest worden opgegeven door hen die een beroep deden op alternatieve geneeswijzen tijdens de voorbije 12 maanden zijn in volgorde van belangrijkheid: rugproblemen (46,7%), pijn aan de nek (25,8%), vermoeidheid (12,9%) en hoofdpijn (12,9%) (tabel 8).

Voor hen die slechts één enkele medische reden opgeven voor het raadplegen van een niet-conventionele therapeut (nl. 166 op 246 respondenten) zijn rugproblemen de voornaamste reden voor een consultatie. Deze personen maken alleen al 70,7% uit van het gebruik van chiropractors, 45,8% voor acupuncturisten, 47,4% voor osteopaten en 31,4% voor homeopaten (tabel 9).

3.1.1.2 *De relatie therapeut-patiënt*

De gebruikers van niet-conventionele geneeswijzen consulteren voor het grootste deel (87,4%) ook conventionele artsen (tabel 10) en dit meestal voor dezelfde medische redenen (tabel 11).

Bij hen die een beroep doen op niet-conventionele geneeswijzen heeft 85,2% volledig vertrouwen in hun therapeut, of dit nu een conventionele arts is of een niet-conventionele arts. Slechts 4,6% van hen die een beroep doen op niet-conventionele geneeswijzen verklaren dat ze geen vertrouwen hebben in hun conventionele arts, maar wel in hun niet-conventionele therapeut (tabel 6). 91,1% van hen bevestigt ook dat ze de antwoorden van hun therapeut op hun vragen goed begrijpen, of hij nu een allopaat is of een niet-conventionele therapeut, aangezien problemen bij het begrijpen niet echt gekoppeld zijn aan de ene of de andere geneeswijze (conventioneel of niet-conventioneel) (tabel 13).

Over het algemeen is er een grote tevredenheid met betrekking tot de ontvangen zorgen. Nog eens, een patiënt die niet tevreden is over zijn conventionele geneesheer zal geneigd zijn om ook ontevreden te zijn over zijn niet-conventionele therapeut (tabel 14).

3.1.1.3 *Prijs van een consultatie*

De laatste maal dat ze een niet-conventionele therapeut raadpleegden, betaalde 43,8% van de patiënten tussen 25 en 50 euro. Maar meer dan een vierde van de respondenten (27,7%) herinnerde zich niet meer hoeveel ze op dat moment betaalden (tabel 15). 35,9% genoot van een terugbetaling door een verzekering (tabel 16).

3.1.2 **Gebruik van de osteopathie:**

Volgens het laatste beschikbare rapport dat gewijd is aan de gezondheidsenquête per interview uitgevoerd in 2008⁷⁹ merkte men in de loop der jaren een toename in het gebruik van osteopathie van 3,9% in 2001 tot 6,4% in 2008. Onze enquête wijst erop dat in 2009 6,7% van de bevolking de laatste 12 maanden voorafgaand aan de enquête een beroep deed op osteopathie.

Bij de patiënten van de osteopaten die slechts één gezondheidsprobleem melden, heeft dit in 47,4 % van de gevallen betrekking op rugproblemen, en in 21,3% van de gevallen pijn aan de nek (tabel 9).

Het merendeel van de patiënten van een osteopaat (77,4%) ging meer dan een keer in het lopende jaar op consultatie (tabel 17).

Ongeveer de helft van de personen (47,3%) die een osteopaat raadpleegde, consulteerde geen andere niet-conventionele therapeut (tabel 18). Al deze patiënten verklaarden dat zij wisten welke opleiding hun osteopaat gevolgd had : kinesitherapeut (30,8%), gespecialiseerd arts (27%) of huisarts (17,7%) (tabel 19). De enquête die bij de beoefenaars werd gehouden wijst erop dat deze hypothesen die door de patiënten worden vooropgesteld wat betreft de opleiding van hun osteopaat, weinig geloofwaardig zijn wat betreft het percentage artsen in het beroep (zie hoofdstuk Opleiding).

3.1.3 **Gebruik van de chiropraxie:**

Volgens het laatste beschikbare rapport gewijd aan de gezondheidsenquête per interview uitgevoerd in 2008⁷⁹ stelt men in de loop der tijd geen significante stijging vast wat betreft het gebruik van de chiropraxie, dat van 1,6% in 2001 tot 1,8% in 2008 gaat.

Voor hen die slechts één enkel probleem vermelden tijdens de laatste 12 maanden, zijn rugproblemen de meest voorkomende reden voor het raadplegen van een chiropractor (70,7%) (tabel 9).

Het merendeel van de patiënten van een chiropractor (63%) ging meer dan een keer in het lopende jaar op consultatie (tabel 20).

De consultatie van een chiropractor gaat in 80,4% van de gevallen samen met de consultatie bij een of meerdere niet-conventionele therapeuten (tabel 21).

De geringe prevalentie van het gebruik van de chiropraxie laat ons niet toe om conclusies te trekken wat betreft het gebruik ervan.

3.2 VERZEKERINGSMATIGE DEKKING

Dit deel behelst een bondig overzicht van de terugbetalingssystemen voor de prestaties osteopathie en chiropraxie. Deze informatie is bekomen via de methodologie “consultatie van stakeholders” (beschreven in de bijlage). Uitgebreidere informatie over de totstandkoming van de terugbetaling en een overzicht van de terugbetalingmodaliteiten per mutualiteit zijn toegevoegd in de bijlage “resultaten” van dit rapport.

Wat hebben we geleerd uit de enquêtes

- De meerderheid van de patiënten die enkel een osteopaat hebben geconsulteerd (ongeveer 70%) hebben 25 tot 50euro betaald voor hun meest recente consultatie.
- Ongeveer 15% heeft meer betaald en ongeveer 8% heeft minder dan 25 euro betaald. Een minderheid van patiënten (7.7%) zegt niet meer te weten hoeveel te hebben betaald voor hun consultatie bij de osteopaat (tabel 22). Ongeveer 60% van de patiënten verklaarden een terugbetaling te hebben genoten voor die consultatie (tabel 23).
- Meer dan driekwart van de osteopaten vraagt tussen 35 en 50 euro voor een consultatie, zonder verschil te maken tussen eerste consultatie of een daaropvolgende consultatie (beiden hebben een equivalente duur).
- Door een klein aantal gebruikers van chiropraxie in de steekproef van de enquête bij de populatie, zijn enkel de resultaten van de enquête bij de therapeuten hier weergegeven.
- Meer dan 80% van de chiropractoren rekent aan de patiënt voor een eerste consultatie tussen 35 en 50 euro. Ongeveer 30% van de chiropractoren vraagt minder dan 35 euro voor de daaropvolgende consultaties. Deze consultaties kosten nooit meer dan 50euro.

3.2.1 Binnen het kader van de verzekering voor ambulante kosten

De verplichte ziekteverzekering voorziet geen terugbetaling van de prestaties alternatieve geneeswijzen, binnen de aanvullende ziekteverzekering van de mutualiteiten is er echter wel een terugbetaling voorzien van deze geneeswijzen. De terugbetaling is slechts gedeeltelijk (10-12.5€/sessie) en beperkt tot een maximum aantal sessies per kalenderjaar (maximum 5 sessies alternatieve geneeswijzen per kalenderjaar).

Gedetailleerde informatie over de terugbetalingssystemen per mutualiteit zijn beschreven in tabel in bijlage.

Naast de terugbetaling van de mutualiteiten, kan een patiënt ook aanspraak maken op een terugbetaling via een verzekering voor ambulante kosten. Deze verzekering dekt tot 80% van de ambulante medische kosten, waaronder ook de alternatieve geneeswijzen vallen. Enkel de consultaties bij een gediplomeerde therapeut worden terugbetaald.

3.2.2 Binnen het kader van verzekering voor ziekenhuiskosten

Sommige verzekeraars komen tussen voor 40 tot 50% van de honoraria binnen het kader van een hospitalisatieverzekering, als de zorgen een direct verband hebben met de reden voor hospitalisatie. Deze prestaties moeten in eerste instantie voorgeschreven zijn door een arts.

3.2.3 Specificiteiten voor de osteopathie

3.2.3.1 *Erkende therapeuten door de verzekeringsinstellingen*

Na overleg met de beroepsverenigingen zijn er criteria opgesteld waaraan een osteopaat moet voldoen voor terugbetaling van zijn behandeling. Meer informatie over de totstandkoming van die criteria is terug te vinden in de bijlage.

Volgende criteria zijn intermutualistisch opgesteld:

- Beschikken over een basisdiploma kinesitherapie (KB 78) (niet vereist voor osteopaten na voltijdse opleiding aan IAO en ULB)
- Beschikken over een diploma osteopathie (DO)
- Beschikken over verzekeringsattest burgerlijke aansprakelijkheid

De osteopaten zijn niet verplicht aangesloten te zijn bij een beroepsvereniging, wat voorheen wel een criterium was (eerst enkel de leden van GNRPO, nadien ook de leden van UKO eindigend met de verwerping van dit criterium).

De criteria voor terugbetaling van een consultatie voor de patiënt zijn:

- Consultatie bij een door de mutualiteiten erkende osteopaat (intermutualistische lijst)
- Afgifte van een intermutualistisch attest

3.2.4 Specificiteiten voor de chiropraxie

3.2.4.1 *Erkende therapeuten door de verzekeringsinstellingen*

In tegenstelling tot de osteopaten, komen enkel de consultaties bij chiropractoren, die erkend zijn door de Belgische beroepsvereniging voor de chiropraxie (UBC-BVC), in aanmerking voor een gedeeltelijke terugbetaling.

Kernboodschappen:

- **De (gedeeltelijke) terugbetaling van osteopathie en chiropraxie valt buiten de verplichte ziekteverzekering**
- **Er is een variabiliteit in terugbetaling afhankelijk van mutualiteit en verzekering**
- **Op basis van onderhandelingen tussen mutualiteiten en beroepsverenigingen zijn er duidelijke erkenningscriteria voor de therapeuten opgesteld waaraan zij moeten voldoen opdat hun patiënten van een terugbetaling kunnen genieten.**

3.3 SOCIOLOGISCHE ASPECTEN

3.3.1 Inleiding

Dit deel is gewijd aan de sociale en culturele aspecten die een rol spelen bij het gebruik en de beoefening van osteopathie en chiropraxie. We hebben ze tegenover elkaar geplaatst om zo een beter zicht te krijgen op de verschillen tussen beide disciplines, zowel wat betreft de redenen waarom op hen een beroep wordt gedaan, als wat betreft de professionele motivatie om deze technieken uit te oefenen. Tijdens het uitvoeren van dit onderzoek werd geleidelijk gekozen voor het behandelen en tegenover elkaar stellen van de bijzondere kenmerken van de osteopathie en de chiropraxie omdat er verschillende punten van overeenstemming tussen beide disciplines zijn, wat betreft hun respectievelijke geschiedenis, als het gebied waarop ze worden toegepast en hun plaats binnen het systeem van de gezondheidszorg.

3.3.2 Doelstellingen

De twee belangrijkste doelstellingen van dit deel zijn:

1. Op een synthetische manier de specifieke ervaringen van de gebruikers die regelmatig op een van deze beide disciplines een beroep doen, in een context plaatsen;
2. Een origineel gezichtspunt bieden dat gebaseerd is op empirisch materiaal met betrekking tot de osteopathische en chiropractische behandelingen zoals ze op dit moment in België worden beoefend.

Het gaat er dus om de praktijken die deze twee disciplines omvatten in een ruimer kader te analyseren via een benadering die toegespitst is op de sociale actoren die er enerzijds een beroep op doen en die ze anderzijds beoefenen. Tevens willen wij de eigen bijzondere kenmerken van deze twee disciplines die vaak moeilijk te onderscheiden zijn, verduidelijken.

Dit hoofdstuk is samengesteld uit twee verschillende delen, die echter wel aanvullend zijn:

- Het eerste deel heeft betrekking op de beschrijving en de analyse van de ervaringen die door gebruikers van de osteopathische en chiropractische behandelingen worden gegeven.
- Het tweede deel behandelt de opleiding en de beoefening van het beroep, evenals het standpunt dat de beoefenaars over hun respectieve disciplines innemen. We zullen het in dit deel ook hebben over het probleem van de integratie van osteopathie en chiropraxie in het systeem van de gezondheidszorg.

De gegevens die hier worden voorgelegd, zijn afkomstig uit een kwalitatief sociologisch onderzoek dat werd uitgevoerd via semi-directieve interviews^o bij een veertigtal onderzoekers en beoefenaars.

Dit empirisch onderzoek werd uitgevoerd met een niet-representatieve steekproef van gebruikers (n=17) en beoefenaars (n=21). Het wil bijkomende inzichten bieden inzake het gebruik en de beoefening van de osteopathie en de chiropraxie in België. De conclusies die we uit de analyse van deze interviews zullen halen, mogen dus niet worden beschouwd als conclusies die algemeen van toepassing zijn op deze twee geneeswijzen, maar wel als het resultaat van de analyse van gegevens die werden verzameld binnen het strikte kader van dit onderzoek.

^o De methodologische aspecten van dit onderzoek worden beschreven in de bijlage

3.3.3 Ervaring van de gebruikers

De gebruikers die we ondervroegen hebben als gemeenschappelijk element dat ze regelmatig (meer dan een keer per jaar) en sinds minimum vijf jaar een beroep doen op osteopathie of chiropraxie^p. Het doel van de gesprekken met de gebruikers was te verduidelijken waarom zij op een bepaald moment in hun leven of van hun therapeutisch traject^q, ervoor kozen een beroep te doen op de diensten van een osteopaat of een chiropractor en om beter de verschillende aspecten van hun ervaringen met deze geneeswijzen te leren kennen.

« De ervaring », zoals die door ons hier wordt bedoeld, zoals die door de gebruikers van de osteopathische en chiropractische behandelingen wordt beleefd, is per definitie een uiteenlopend en complex gegeven. Wij beschouwen dit als een individuele ervaring (omdat ze de ervaring is van een persoon met een eigen voorgeschiedenis en eigen kenmerken), maar die wel plaatsvindt binnen een sociaal en cultureel “kader”. Hoewel ze nauw samenhangt met bijzondere “stadia” (het optreden van “problemen” met de gezondheid) die een beperkte duur hebben, maakt ze toch deel uit van een “traject” waarbij talrijke personen betrokken zijn. Om te trachten deze « ervaring » van osteopathische en chiropractische behandelingen zo goed mogelijk te omlijnen, hebben wij ze via verschillende probleemstellingen behandeld. Eerst en vooral hebben we geprobeerd om een onderscheid te maken tussen de ‘problemen’ waarvoor gebruikers een beroep doen op ofwel een osteopaat, ofwel een chiropractor. Vervolgens hebben we getracht om het gebruik van deze twee disciplines binnen de therapeutische trajecten van de gebruikers te situeren. Daarna gaven we enkele aspecten weer van hoe de gebruikers deze behandelingen, en de therapeutische relatie met de beoefenaars ervoeren. In een derde deel behandelen we de manier waarop de gebruikers zin geven aan hun ervaring.

3.3.3.1 De ‘problemen’ en de klachten

Waarom doen gebruikers een beroep op de diensten van een osteopaat of een chiropractor? We hebben getracht een antwoord te geven op deze vraag door eerst en vooral een typologische rangschikking op te stellen van klachten waarmee patiënten zich tot osteopaten wendden.

De klachten waarmee men zich tot een osteopaat wendt

De klachten waarmee gebruikers naar een osteopaat gaan, zijn erg verschillend. We hebben ze ondergebracht in categorieën op basis van het betrokken anatomische “stelsel”, de manier waarop de klachten zich manifesteren (pijn bijvoorbeeld) en de wijze waarop de gebruikers hieraan uitdrukking geven. Zo kwamen we tot zes categorieën van klachten.

1. ‘Blokkingen’ van het musculo-skeletaal stelsel (verstuikingen, lumbago, ischias, enz.). Wanneer gebruikers over dit type ‘problemen’ praten, roepen ze inderdaad vaak het beeld van ‘blokkingen’ op: « *Mijn rug zat helemaal vast* » ; « *Mijn bekken was helemaal geblokkeerd* », enz.

2. Chronische pijn gelokaliseerd in het locomotorisch stelsel: (heupen, nek, rug, enz.). Het verschil tussen ‘acute’ en ‘chronische’ pijn is dat deze laatste regelmatig terugkeert, een ‘gewoonte’ wordt. Dit soort problemen leidt vaak tot complexe therapeutische trajecten waarbij verschillende therapeuten betrokken zijn. Het therapeutisch traject van gebruikers die met dit profiel overeenkomen, wordt dus bepaald door het optreden van ‘aanvallen’.

« *Ik heb vaak pijn aan mijn schouder, dit komt elk jaar terug, soms elke twee jaar... ik heb dit al geruime tijd... als ik eens een beetje te veel werk in een slechte houding, komt het terug... Dan ga ik meestal naar de osteopaat en dan is het gedaan, voor enkele maanden...» (Gebruiker osteo 8).*

^p Een beschrijving van de gebruikers die deelnamen aan dit onderzoek wordt gegeven in bijlage.

^q Het begrip « therapeutisch traject » benadrukt juist hoe de door de gebruikers zelf gemaakte keuzes hun traject beïnvloedde. Dit begrip staat centraal in publicaties over medische sociologie.

3. Wanneer een uitwendige ingreep op het lichaam werd uitgevoerd. Gebruikers zijn vaak van oordeel dat hun lichaam nood heeft aan 'afregeling' of een 'controle', ingevolge een chirurgische ingreep, een val, het aanbrengen van een tandheelkundig apparaat, een korset of een prothese^r :

« Ik ga naar hem (de osteopaat) toe telkens men mijn (tandheelkundig) apparaat afstelt, omdat ik me daarna niet goed voel, en een druk voel in mijn mond en in mijn hoofd... ik heb de indruk dat hij mij helpt om het apparaat te aanvaarden » (Gebruikster osteo 1).

4. Bij zwangerschap. Sommige gebruikers doen een beroep op de diensten van een osteopaat tijdens hun zwangerschap omdat hij hen helpt de anatomische wijzigingen die door de zwangerschap worden veroorzaakt, te aanvaarden:

« Ik ben naar een osteopaat gegaan toen ik zwanger was. De kinesitherapeut die me opvolgde zei me om naar deze dame te gaan die osteopathie voor zwangere vrouwen beoefent. Ik ben naar haar toegegaan omdat ze mij zou helpen want ik had last van lage rugpijn... ze heeft me gemanipuleerd zonder dat ze me kraakte... Daarna ben ik regelmatig osteopathie gaan gebruiken... » (Gebruikster osteo 7).

Zwangerschap en bevalling zijn perioden in het leven van een vrouw die een grote invloed hebben op haar lichaam en waarbij, zowel door de gemeenschap, als door de zorgverleners die de vrouw tijdens die periode omringen, gebruik van osteopathie als gerechtvaardigd wordt beschouwd.

5. Voor 'functionele' problemen bij kinderen of pasgeborenen. Veel jonge ouders consulteerden een osteopaat omdat hun pasgeborene tekenen van ongemak vertoonden (constant wenen) die werden veroorzaakt door gastrische reflux ofwel 'torticollis van de pasgeborene':

« Toen ik beviel van mijn zoon merkte de kinesitherapeut die mij verzorgde op dat hij altijd naar dezelfde kant keek en zij raadde me aan om een andere kinesitherapeut te raadplegen die ook osteopaat was... » (gebruikster osteo 7)

6. Voor pijn of problemen met het spijsverteringsstelsel: gastrische reflux, buikpijn, constipatie, enz.

« Ik had altijd buikpijn, met spijsverteringsproblemen. Daarom ging ik naar een osteopaat » (Gebruikster osteo 1).

*« Ik ga er ook naartoe voor pijn aan mijn rug of mijn nek, voor spijsverteringsproblemen »*s (Gebruikster osteo 9)*

Gebruk van chiropraxie

Door de 'problemen' te vergelijken waarvoor de gebruikers een beroep doen op een chiropractor, kwamen we tot de vaststelling dat deze redenen identiek zijn. Het betreft hier voornamelijk acute of chronische pijn gelokaliseerd in het musculo-skeletaal systeem (lage rugpijn, pijn aan de heup, aan de nek, enz.):

« Telkens ik ernaar toe ga is dat om dezelfde reden, voor pijn in mijn nek en schouders, telkens bovenaan mijn rug » (gebruiker chiro 1).

« Op een dag was ik aan het tennissen en drie van mijn vijf lumbale wervels blokkeerden... ik bleef enorm veel pijn hebben en ben naar het kabinet van X gegaan. » (gebruiker chiro 2).

« Dan waren er problemen aan de schouder, daarvoor was ik eigenlijk gegaan... De pijn die ik had, zat in mijn schouder... Mijn man gaat regelmatig mee, want die heeft een heupprobleem... » (gebruikster chiro 4).

Zwangere vrouwen behoren ook tot het klantenbestand van chiropractors, voor ongeveer dezelfde problemen als die hierboven reeds werden vermeld: rugpijnen, verplaatst staartbeentje, enz.

^r Chiropractors spreken in dat geval over "heraanpassing".

^s De citaten met een sterretje (*) werden uit het Nederlands naar het Frans vertaald.

« Ik had een zeer pijnlijke zwangerschap en na de bevalling had ik enorm veel rugpijn omdat mijn staartbeentje verschoven was. Ik vond maar geen oplossing en omdat ik het resultaat bij mijn dochter had gezien, ben ik zelf naar de chiropractor gegaan » (gebruikster chiro 3).

Pasgeborenen en kinderen worden ook vaak naar de chiropractor gebracht voor problemen met ongemakken en bedwateren, bijvoorbeeld:

« Mijn dochter plaste nog steeds in bed toen ze vijf jaar was... ik heb hierover met mijn chiropractor gesproken... De eerste dag na de eerste sessie had mijn dochter niet alleen pipi, maar ook kaka in bed gedaan, ze had vreselijke nachtmerries, na de tweede sessie, opnieuw prijs, na de derde sessie, niks meer... in veertien dagen is dus verlost geraakt van haar bedwaterprobleem » (gebruiker chiro 2).

Osteopaten en chiropractors: dezelfde toepassingsgebieden

Vanuit het oogpunt van de gebruikers zien we dus dat een beroep wordt gedaan op osteopathie en chiropraxie voor dezelfde 'problemen' met de gezondheid. De meeste gebruikers maken trouwens geen duidelijk onderscheid tussen de twee soorten beoefenaars. Het gebeurt dus regelmatig dat ze een beroep doen op de diensten van een chiropractor terwijl ze denken dat ze naar een osteopaat gaan, en vice versa. Dit wil echter niet zeggen dat ze hun ervaring hetzelfde is, zoals we later nog zullen zien.

Wanneer gebruikers een beroep doen op osteopaten of chiropractors zien ze hen als 'mecaniciens van het lichaam': voor 'reparaties' (vooral de eerste consultatie), voor een 'onderhoud' (bij preventief gebruik) of voor een 'afregeling' of een 'heraanpassing' (na een interventie op het lichaam door een andere zorgverlener). Ze gebruiken trouwens vaak het jargon van de mechanica om de osteopathische of chiropractische behandelingen te beschrijven :

« Hij heeft mijn lichaam hersteld » (gebruikster osteo 2) ;

« Ik moet soms naar haar terugkeren (mijn osteopaat) voor een soort controle, het is net alsof zij een eerste afregeling uitvoert die ze dan een beetje moet bijstellen... » (gebruikster osteo 7) ;

« Die onderhoudsbeurten gebeuren niet als ik al pijn heb, dan ga ik vroeger. Die onderhoudsbeurten doe ik om het goede gevoel te blijven behouden » (gebruikster chiro 4)

Uit de verhalen van de gebruikers komt dus eerder het beeld naar voren van osteopaten en chiropractors als 'mecaniciens van het lichaam' dan als een geneeskunde van het lichaam.

- **De problemen en klachten waarvoor gebruikers een beroep doen op osteopaten of chiropractors zijn ongeveer identiek.**
- **Osteopaten worden, net zoals chiropractors, gezien als 'mecaniciens van het lichaam'. De gebruikers doen een beroep op hun diensten omdat het locomotorisch of musculo-skeletaal systeem nood heeft aan 'herstelling', 'afregeling', 'aanpassing' of 'onderhoud'.**

Naast het soort gezondheidsprobleem spelen ook andere factoren, waaronder socio-culturele factoren, een grote rol bij de beslissing om eerder een beroep te doen op een osteopaat of een chiropractor. Deze factoren behoren tot de factoren die in grote mate de 'therapeutische trajecten' van de gebruikers vorm geven.

3.3.3.2 De plaats van de osteopathie en de chiropraxie in de therapeutische trajecten

In het vorige deel hebben we laten aangetoond dat de klachten waarvoor gebruikers een beroep doen op de diensten van een osteopaat of een chiropractor erg vergelijkbaar zijn. De therapeutische trajecten van de door ons gecontacteerde gebruikers vertonen inderdaad zekere overeenkomsten. Hierdoor kunnen we het gebruik van de osteopathie of de chiropraxie situeren een geheel van algemene praktijken en houdingen met betrekking tot gezondheid, en daardoor binnen een sociologisch coherent kader.

Osteopathie en chiropraxie in het medisch pluralisme van de hedendaagse westerse maatschappijen

Binnen het Belgisch gezondheidszorgsysteem is er een grote verscheidenheid aan beoefenaars van therapeutische methoden die min of meer compatibel zijn met de biogeneeskunde. De gebruikers doen een beroep (of geen beroep) op deze verschillende geneeswijzen in functie van het soort aandoeningen waar ze problemen mee hebben, en de medische gewoonten van de sociale groepen waartoe ze behoren. Hun therapeutisch traject, dat kadert in een algemene context van medisch pluralisme waar de biogeneeskunde coëxisteert met andere traditionele en alternatieve 'geneeswijzen'^{80,81}, wordt grotendeels gemodelleerd door de collectieve ervaringen met deze verschillende therapeutische systemen.

De meeste gebruikers die we ondervroegen, consulteren ook beoefenaars van andere niet-conventionele geneeswijzen. Acupunctuur en homeopathie worden het vaakst genoemd, maar sommige respondenten vermeldden ook kinesiology, mystieke genezers, enz. Biogeneeskunde is nooit volledig afwezig in hun therapeutisch traject, maar ze gaan er vaak naartoe voor andere gezondheidsproblemen dan die waarvoor ze een beroep doen op alternatieve beoefenaars.

« Als ik erg veel pijn heb, ga ik naar een huisarts, ik ben helemaal niet gekant tegen de geneeskunde, in tegendeel, al deze parallelle geneeswijzen zijn voor mij preventieve geneeskunde, die ernstige zaken, zoals kanker, niet kunnen herstellen... » (Gebruikster osteo 2).

« De huisarts kan niks doen tegen een 'geblokkeerde rug', hij zal je hoogstens naar een osteopaat of naar een specialist verwijzen, hij gaat een zalf voorschrijven, of ontstekingsremmers om de symptomen te bestrijden, maar hij gaat de oorzaak zelf niet behandelen, de stukken weer op zijn plaats zetten, dat kan hij niet... » (gebruiker chiro 1).

Slechts een klein deel van de gebruikers nam een kritische houding aan ten overstaan van de biogeneeskunde die dan wordt herleid tot een 'symptomatische' en medicamenteuze geneeskunde. Er moet echter op worden gewezen dat de meeste gebruikers een arts en een osteopaat, of andere therapeuten, raadplegen tijdens dezelfde ziekteperiode, zonder dat ze vinden dat er daardoor contradictie of antagonisme aanwezig is in hun therapeutische handelwijze. Een zekere complementariteit tussen de verschillende zorgaanbiedingen vormt zo de algemene achtergrond van de trajecten die door de gebruikers worden afgelegd tussen de verschillende (toegankelijke) systemen die elkaar gedeeltelijk overlappen of die worden gecombineerd tijdens bepaalde ziekteperiodes.

« We hebben de klassieke geneeskunde niet afgeschreven, chiropraxie is complementair. (...) Vroeger, ging ik bij erkende klassieke dokters, omdat dat mij dat vertrouwen gaf dat die mensen opgeleid zijn, die hebben een diploma en die staan onder controle en dat geeft een veilig gevoel. Maar op een bepaald moment word je geconfronteerd met zijn beperkingen, je staat voor een muur en begin je te zoeken naar andere oplossingen en dan ben ik schoorvoetend de alternatieve wereld gaan aftasten » (gebruikster chiro 4).

Gebruikers doen dus een beroep op een osteopaat of een chiropractor als alternatief of complementair: voor een 'probleem' dat behoort tot de hierboven geïdentificeerde categorieën, zullen sommigen alleen 'hun osteopaat' ofwel 'hun chiropractor' consulteren volgens een alternatieve logica, voor elk 'probleem' zijn 'specialist':

« Als ik ergens pijn heb, als er ergens iets geblokkeerd zit, ga ik eerst naar een osteopaat, ik ga geen tijd verspillen met naar een arts te gaan... Als ik verkouden of griepig ben, ga ik naar mijn homeopaat... Wanneer ik vermoeid ben, of gestresseerd, en voor al wat mijn zenuw- en spijsverteringsstelsel aangaat, ga ik naar een acupuncturist » (Gebruikster osteo 3).

Anderen daarentegen raadplegen verschillende therapeuten voor eenzelfde 'probleem' (aanvullende logica) in de overtuiging dat elke geneeswijze een verschillend element kan inbrengen.

Het is typisch dat gebruikers, die lijden aan een chronische aandoening van het musculo-skeletaal stelsel die een 'osteo' of een 'chiro' hebben gevonden waarvan ze tevreden zijn, eerder alternatief gebruik maken van deze 'disciplines', terwijl gebruikers die lijden aan complexe chronische pathologieën eerder een aanvullende logica gebruiken in hun zoektocht naar een oplossing waarbij ze bij alle deuren gaan aankloppen. Dit is bijvoorbeeld het geval voor deze gebruikster die lijdt aan een degeneratieve spieraandoening en die reeds een tiental jaren thuis wordt verzorgd door een kinesitherapeut, enkele malen per jaar een beroep doet op een chiropractor terwijl ze zich ook twee maal per jaar door een arts gespecialiseerd in neuromusculaire ziekten laat onderzoeken.

« Door overal tegen gesloten deuren gelopen, waardoor je de alternatieve kant op gaat kijken... Niet dat we niet meer naar gewone dokters gaan, maar het is een redelijk gezonde middenweg. (...) Mijn broer en jongere zus, die deze aandoening niet hebben, zijn misschien in heel hun leven er misschien twee of drie keer naartoe geweest, en als we die aandoening niet zouden hebben mijn (ander) zus en ik, dat we dan nooit bij die alternatieve geneeswijzen zouden terecht gekomen zijn... » (gebruiker chiro 5).

Preventieve en curatieve logica.

Gebruik van osteopathie of chiropraxie kan gebaseerd zijn op **twee typen logica: curatief of preventief**. Bepaalde gebruikers die een beroep uitoefenen die het lichaam zwaar belast (handenarbeid) of die hun lichaam gebruiken als een echt werktuig (dansers, theater), raadplegen regelmatig **preventief** een osteopaat wanneer ze vinden dat hun lichaam in bepaalde bewegingen te beperkt is of gewoon om een 'onderhoud' een 'check-up' te laten uitvoeren.

« In het theater gaat iedereen regelmatig naar een osteopaat want we gebruiken de ganse tijd ons lichaam als instrument en het is dus echt wel nodig om zo iemand te raadplegen om alles terug in evenwicht te brengen. In het milieu waarin ik mij bevond was het heel normaal om preventief een keer elke drie maanden naar een osteopaat te gaan... » (Gebruikster osteo 1).

Andere gebruikers gebruiken deze disciplines alleen op een **curatieve manier**, wanneer er een 'probleem' optreedt waarvoor consultatie van een specialist nodig is.

"Men gaat niet naar hem voor preventie, maar eerder voor correctie..." (Gebruiker chiro 1).

De eerste consultatie

De eerste maal dat een beroep wordt gedaan op een osteopaat of een chiropractor gebeurt meestal nadat de gebruiker reeds een aantal conventionele therapeuten heeft geraadpleegd.

Een beroep doen op een osteopaat of een chiropractor gebeurt via een **klassiek scenario**: aanhoudende pijn, ondoeltreffende behandelingen, tot een familielid of kennis aanraadt om een osteopaat of chiropractor te raadplegen die hij/zijzelf ook heeft geconsulteerd voor een gelijkaard 'probleem'.

"Op een dag was ik aan het tennissen en drie van mijn vijf lumbale wervels blokkeerden... Toen heb ik de ronde gedaan: arts, kine, osteopaten, enz. maar zonder resultaat, ik bleef enorm veel pijn hebben, een zeer hevige rugpijn... Een bevriende arts acupuncturist zei me dat zij en haar familie al jaren bij een chiropractor hier in Brussel gaan. Ik ben naar die chiropractor gegaan, en ik merkte een duidelijke verbetering vanaf de eerste sessie » (gebruiker chiro 3).

De eerste maal gebeurt bijna altijd op aanbeveling van vrienden, kennissen of familieleden die zelf die beoefenaar ook hebben geconsulteerd.

De gegevens van de therapeuten circuleren in het netwerk van sociale relaties, bijvoorbeeld tussen personen die eenzelfde beroep uitoefenen.

« Eigenlijk ben ik naar de chiropractor gegaan op aanraden van vrienden, die heel veel van geneeskunde afweten. Dus ik had er vertrouwen in dat ze mij niet zomaar naar iemand zouden meenemen » (gebruikster chiro 4).

« Er zijn er vier of vijf die vermaard zijn en het zijn altijd die waarop door dansers een beroep wordt gedaan... » (Gebruikster osteo 2).

Geen van de ondervraagde gebruikers zou trouwens een osteopaat consulteren zonder dat die hem aanbevolen wordt door een "kennis", die zelf deze osteopaat heeft geraadpleegd. Dit is een voorwaarde en een essentieel kenmerk van het gebruik van beroepen die vrij worden uitgeoefend en dit getuigt van de noodzaak om vertrouwen te kunnen hebben in de therapeutische relatie op een collectieve basis.

« Voor mij gaat dat altijd via via... Je legt je lichaam toch in handen van iemand... » (Gebruikster osteo 2).

Het zou er ongetwijfeld anders aan toe gaan als de gebruiker zich zou richten tot een ziekenhuisinstelling of een zorgcentrum waar hij/zij naar een arts 'van het huis' zou worden verwezen. Zoals zeer goed werd verwoord door een gebruiker, "de vertrouwensomgeving" die nodig is voor de therapeutische relatie berust hier op een institutionele basis.

« Op zo'n moment, ja... (ik zou een chiropractor raadplegen zonder dat die mij door een kennis wordt aanbevolen), omdat ik me in een vertrouwensomgeving zou bevinden waar de chiropractor erkend wordt omwille van zijn vaardigheden, ik veronderstel dat een ziekenhuis geen slecht iemand zou in dienst nemen... » (Gebruiker chiro 1).

De eerste ervaring van gebruikers met alternatieve behandelingen bepaalt dus in grote mate de individuele **therapeutische weg** die zij uiteindelijk nemen. De eerste en de daarop volgende consultaties zullen dus bepalen hoe de patiënt intuïtief een classificatie maakt tussen de gezondheidsproblemen waarmee hij wordt geconfronteerd en de therapeutische vaardigheden van de zorgverleners die hij raadpleegt. Deze eerste ervaring leidt ertoe dat de gebruiker een categorie problemen zal afbakenen waarvoor hij altijd onmiddellijk een osteopaat of een chiropractor zal raadplegen. Deze positieve ervaring zorgt er trouwens bijna altijd voor dat het scala van redenen waarvoor een beoefenaar wordt geraadpleegd, zal worden uitgebreid tot andere probleemtipes (die echter wel tot dezelfde intuïtieve 'categorie' behoren). Dit heeft ook tot gevolg dat de overgrote meerderheid van de consultaties bij een osteopaat of een chiropractor in "eerstelij" gebeuren.

De communicatie tussen de gebruikers en de zorgverleners

Er moet ook nog worden benadrukt dat de gebruikers die regelmatig een osteopaat of een chiropractor raadplegen hiervan bijna nooit hun huisarts op de hoogte brengen.

« Omdat we wel weten dat ze dat belachelijk gaan vinden. Tegen echte dokters zeg ik dat niet... » (gebruikster chiro 7).

« Mijn huisarts is op de hoogte dat ik voor mijn schouder bij de chiropractor ga, maar we hebben nogal een breeddenkende huisarts » (gebruikster chiro 6).

Het medisch systeem mag dan al wel pluralistisch zijn, het is daarom niet minder verdeeld tussen twee 'werelden': die van de conventionele biogeneeskunde en die van de niet-conventionele geneeswijzen. Hoewel de gebruikers doorlopend van de ene 'wereld' naar de andere gaan, zijn ze zich daarom niet minder bewust van een soort virtuele grens tussen beide werelden en nemen ze de verschillende gedragingen en redeneringen aan naarmate ze zich in de ene of in de andere wereld bevinden. Deze virtuele grens tussen de twee 'werelden' wordt echter 'reëel' gemaakt door de artsen en de beoefenaars van de niet-conventionele geneeswijzen via de wederzijdse terughoudendheid die vaak aan de dag wordt gelegd en in stand gehouden.

Bijgevolg praten de gebruikers niet met hun arts over hetgeen ze in 'de andere wereld' doen, en anderzijds vertellen ze niet altijd aan hun osteopaat dat ze hun arts hebben geconsulteerd voor ze naar hem toe kwamen. **De beoefenaars die ze raadplegen krijgen dus nooit een volledig overzicht van de verschillende bronnen die de gebruikers aanboren, noch op hun volledig therapeutisch traject.**

- **Gebruikers die een beroep doen op osteopathie en chiropraxie verwerpen de biogeneeskunde niet, maar maken een onderscheid tussen de klachten waarmee ze zich tot de beoefenaars van de verschillende disciplines wenden.**
- **Beroep doen op een osteopaat of een chiropractor gebeurt vaak nadat andere therapeuten (al dan niet-conventioneel) werden bezocht voor eenzelfde probleem.**
- **De eerste maal vindt bijna altijd plaats op aanbeveling van een kennis die zelf ook de aanbevolen beoefenaar heeft geraadpleegd.**
- **De eerste consultatie bij een osteopaat of bij een chiropractor is vaak bepalend: indien de eerste ervaring bevredigend was, leidt dit bijna altijd tot loyaliteit bij de gebruiker.**
- **Het relationele netwerk en de collectieve beoordeling van een beoefenaar spelen zodoende een zeer belangrijke rol in de oriëntering van het therapeutisch traject van de gebruikers.**
- **De gebruikers doen een beroep op osteopathie en chiropraxie volgens verschillende soorten logica of gebruik: preventieve/curatieve logica; alternatief/complementair gebruik.**
- **Gebruikers die regelmatig niet-conventionele beoefenaars raadplegen, brengen hiervan praktisch nooit hun artsen op de hoogte.**

3.3.3.3 *Ervaring van de behandelingen*

Vanuit het oogpunt van de gebruikers hebben osteopathische en chiropractische behandelingen veel punten van overeenkomst, maar er zijn ook veel verschillen, zowel op gebied van algemene organisatie als op gebied van de door de beoefenaars gestelde handelingen en relationele aspecten. De door de gebruikers vermelde ervaringen zijn duidelijk afhankelijk van de beoefenaar en de manier waarop hij/zijn de zorgverlening aanpakt.

Frequentie van de consultaties

De frequentie van de consultaties tussen gebruikers en beoefenaars kan worden verklaard door een verschillende logica. Aangezien het consulteren van de beoefenaars in principe samenhangt met de 'behoefte' van de gebruikers, kan hun regelmaat voor een deel worden verklaard door de evolutie van de lichamelijke toestand van bepaalde gebruikers (gezondheid die achteruitgaat, het « chronisch » worden van een probleem, enz.), maar ook door een fenomeen van 'loyaliteit' van gebruikers t.o.v. de osteopathische en chiropractische behandelingen.

Bij de start van een behandeling, d.w.z. in een acute fase, zullen de consultaties dichter op elkaar volgen, totdat het probleem van de patiënt zich in zeker mate geleidelijk stabiliseert.

«Bijna elke twee maand, maar op een gegeven moment, ging ik er elke maand naartoe, telkens men mijn tandheelkundig apparaat aanspande... » (gebruikster osteo 1).

« Minimum een keer per jaar, behalve als ik me pijn had gedaan » (Gebruikster osteo 2).

« Bij mij is het meestal niet zo dat ik zeg 'nu moet ik echt gaan', maar eerder 'nu zou ik mogen gaan, want ik voel dat mijn nek niet zo goed zit, maar niet dat het zo acuut is dat ik direct moet gaan » (gebruiker chiro 5).

Over het algemeen consulteren de gebruikers 'hun' beoefenaar volgens een ritme dat grotendeels afhangt van hun gezondheidstoestand (crisis/stabilisatie), van hun zorgbehoefte, maar ook van de manier waarop ze de verhouding beheren tussen perioden van acuut lijden en perioden van kalmte. De sessies kunnen ook verder uit elkaar liggen omdat de kosten van de consultatie een financiële rem vormen voor de gebruikers.

De voornamelijk positieve ervaringen waarvan de gebruikers gewag maken, betekenen echter nog niet dat ze elke keer tevreden zijn. De meeste onder hen hebben ook **eerder negatieve ervaringen** gehad wanneer ze in een noodsituatie een beoefenaar raadplegen die ze niet kennen en die hen niet kent, en waarbij de eerste consultatie geen voldoening geeft. Dit is vooral het geval indien de consultatie leidt tot ongewenste effecten of wanneer ze niet door positieve effecten wordt gevolgd, maar ook wanneer de consultatie verloopt op een manier die de gebruikers niet bevalt.

« We zijn nog bij een oude chiropractor geweest, dat was niet vergelijken, dat hebben we geen twee keer gedaan. Die nam wel meer tijd, ge moest u daar uitkleden... Dat was ouderwets en dat gaf mij geen vertrouwen precies » (gebruikster chiro 4).

Deze consultaties, die als onbevredigend worden beschouwd, geven enigszins een beeld van de criteria waarmee de gebruikers de kwaliteit van een behandeling beoordelen. Deze criteria verschillen uiteraard van de ene persoon tot de andere, maar moeten overeenstemmen met het beeld dat de gebruiker heeft van zorg en gezondheid. **Een zekere 'afstemming' tussen de verwachtingen van de patiënt en het type zorgen dat door de beoefenaar wordt aangeboden, is nodig om een relatie op lange termijn te laten ontwikkelen.** Als de eerste consultatie niet aan de verwachtingen van de gebruiker beantwoordt, zal hij/zij de beoefenaar geen tweede maal consulteren.

De handelingen

DE OSTEOPATHISCHE BEHANDELINGEN

De lichamelijke ervaring die de gebruikers hebben van de osteopathische behandelingen is de sleutel om de bijzondere kenmerken van deze therapeutische benadering te kunnen begrijpen. De osteopathische behandeling bestaat meestal uit bepaalde "manipulaties" van het lichaam, wat kan variëren van een relatief 'zachte' aanpak wanneer de osteopaat gebruik maakt van lichte druk, of zelfs van massages, en een relatief 'ruwe' aanpak wanneer hij verschillende delen van het lichaam van zijn patiënt buigt, uitrekt en laat "kraken".

De eerste consultatie

De eerste consultatie wordt door de gebruikers vaak herinnerd als 'indrukwekkend', vaak omdat de beoefenaar de enkel, de nek of een ander gewricht van zijn patiënt heeft laten "kraken".

« Dat maakte indruk op me, want het was totaal verschillend van een bezoek bij de arts, ik wist niet goed waar ik me aan kon verwachten... » (Gebruikster osteo 1) ;

« Het enige wat ik me kan herinneren is dat hij mijn voet gekraakt heeft, dat was indrukwekkend » (Gebruikster osteo 2).

Ze koesteren vaak ook de herinnering aan de verlichting van hun pijn, of dat ze van hun "blokkeringen" werden verlost, m.a.w. dat ze tevreden waren dat ze de voordelen van de osteopathie hadden ontdekt. Op bepaalde manipulaties volgt inderdaad een zekere tijdelijke euforie die bijdraagt tot de algemene waardering van de behandeling.

« Hij kraakte mijn nek, wat ik niet zo leuk vond, maar ik voelde me daarna echt super, ik had een licht gevoel... » (Gebruikster osteo 1).

De eerste ervaring van gebruikers met osteopathische behandelingen leidt vaak tot regelmatig gebruik en uit de frequentie daarvan kunnen verschillende gebruikerstypes worden afgeleid.

De manipulaties

De manipulaties vormen dus de kern van de ervaringen van de gebruikers van osteopathische behandelingen. De waargenomen doeltreffendheid van de behandeling hangt namelijk af van de manier waarop die wordt gewaardeerd, en dit verschilt sterk tussen de gebruikers onderling.

Een osteopathische behandeling kan sterk variëren van de ene beoefenaar tot de andere, en kan erg verschillende handelingen omvatten.

« Bij de osteopaten is het niet duidelijk, die werken allemaal anders. Precies alsof er gene draad is in die osteopathie » (gebruikster chiro 4).

De massages en de uitrekkingen nemen hier een belangrijke plaats in, evenals de “thrusts”, of ‘snelle manipulaties met een lage amplitude’. Alle handelingen gaan echter vergezeld van ‘contacten’, ‘aanrakingen’ en ‘lichaamscontact’ tussen gebruikers en beoefenaars, die eveneens een rol spelen tijdens de consultatie. **De positieve effecten die door de gebruikers worden ervaren tijdens en na de consultatie moeten dus worden gezien als het resultaat van dit geheel van handelingen, en niet van geïsoleerde handelingen.**

De ‘positieve’ effecten van de behandelingen

De waargenomen doeltreffendheid van de osteopathische behandelingen hangt rechtstreeks samen met de positieve lichamelijke ‘effecten’ die ze veroorzaken: verlichting, gevoel van bevrijding, lichte euforie, enz. Deze effecten lijken trouwens niet gekoppeld aan de intensiteit van de manipulaties, of van de ‘thrusts’, want ze worden ook ervaren door de gebruikers die beoefenaars raadplegen die niet ‘kraken’, maar die andere ‘zachtere’ technieken gebruiken.

« Zij kraakt niet, ze behandelt erg zacht, ze gebruikt geen hevige manipulaties, zoals mijn vroegere osteopaat wel deed... Persoonlijk geef ik er de voorkeur aan als het kraakt omdat ik de indruk heb dat dat beter werkt, maar ik geef me er rekenschap van dat de manier waarop zij nu werkt veel doeltreffender is, want dat ze het probleem in één keer oplost... » (Gebruikster osteo 3).

Deze lichamelijke effecten van de osteopathische behandelingen beperken zich trouwens niet tot hetgeen tijdens de consultaties wordt ervaren. De gebruikers ervaren ook effecten die optreden na de consultatie, vaak verschillende dagen na elkaar.

« Op het moment zelf voelt men praktisch niets, maar daarna... Soms kan ik na de consultatie 's nachts niet slapen, omdat er zoveel veranderingen gebeuren, ik heb het warm... het kan verschillende dagen duren voor men zich goed voelt... » (Gebruikster osteo 1) ;

« Na de consultatie voel ik me erg goed, ik voel me alsof ik een massage heb gehad, ik voel me erg rustig, ik heb de indruk dat er opnieuw een kracht in het lichaam circuleert... » (Gebruikster osteo 3).

Deze ‘afgeleide effecten’⁸² tonen dat de gebruikers erg verschillende lichamelijke ervaringen opdoen door de osteopathische behandelingen. Deze ‘effecten’ worden door de gebruikers trouwens beschouwd als een bewijs dat de behandeling op het lichaam ‘inwerkt’.

De criteria voor voldoening volgens dewelke de gebruikers een osteopaat als ‘doeltreffend’ zullen kwalificeren, variëren dus volgens hun subjectieve ervaring van de behandelingen, volgens hetgeen ze tijdens de consultatie ondervinden. **Vooraf de bekwaamheid van de beoefenaar om het verwachte effect te bekomen, lijkt bepalend te zijn voor zowel de beoordeling van de beoefenaar, als de loyaliteit van de gebruikers ten aanzien van de beoefenaar.**

De ‘negatieve’ effecten

Daarentegen beoordelen de gebruikers een beoefenaar als minder doeltreffend indien deze ‘effecten’ niet worden ondervonden, indien ze minder lang aanhouden dan bij een andere beoefenaar, maar vooral indien de consultatie wordt gevolgd door onaangename negatieve effecten, pijn, duizelingen, enz.

« Gedurende verschillende maanden had mijn osteopaat geen consultaties omdat ze een opleiding volgde. Ik ben naar een andere osteopaat gegaan bij wie mijn oom op consultatie ging... zij heeft mijn nek gekraakt en ik was gedurende een week werkonbekwaam... » (Gebruikster osteo 5).

Dergelijke 'negatieve' ervaringen of het ontbreken van enig effect, tonen goed aan dat de doeltreffendheid van de behandelingen bijna altijd wordt beoordeeld op basis van de effecten die tijdens de consultatie, of de uren nadien optreden.

«Ik ben ben naar iemand gegaan die microkinesitherapie beoefende, maar dat had geen zin, dat was niet sterk genoeg voor mijn spierstelsel, dat was veel te zacht... » (Gebruikster 2).

De osteopathische behandelingen leiden dus tot een erg gevarieerd geheel van effecten die als positief of negatief worden ervaren door de gebruikers en die zich niet beperken tot verlichting van de gelokaliseerde pijnen waarvoor de gebruikers de osteopaat aanvankelijk raadpleegden. Zij appreciëren de totaliteit van alle elementen die tijdens de consultatie, of daarna, ingrijpen, waar manipulaties die een goed effect hebben of die pijn veroorzaken worden gecombineerd met elementen die eerder relationeel van aard zijn (zie infra).

DE CHIROPRACTISCHE BEHANDELINGEN

Aan de hand van verschillende kenmerken kan de chiropractische consultatie in grote lijnen worden onderscheiden op basis van de beschrijving die de gebruikers ervan geven.

« In het algemeen begint hij door zijn fiches te bekijken, ik zeg hem waar het pijn doet, hij vraagt me dan om op tafel op mijn buik te gaan neerliggen. Daarna betast hij mij, hij drukt op bepaalde plaatsen, en je voelt ribben en wervels bewegen. Het meest indrukwekkend is wanneer hij je vraagt op tafel te gaan zitten, en dat hij dan achter je komt staan, en hij je bij je nek pakt en je wervels 'kraakt'....de hele sessie duurt misschien drie minuten... Dat is een heel andere manier om de zaken aan te pakken dan bij osteopathie..." (gebruikers chiro 1).

« Bij een osteopaat, dat een uur lang duurt, en dat ze dat op zich beter vinden om dat het rustiger gaat en meer geleidelijk. Het is heel geleidelijk totdat je lichaam uit zichzelf kraakt... (...) Bij de chiropractor zeg je wat er scheelt en die is gewoon zo rap en kent er zoveel van dat hij voelt aan een paar punten en die weet ook direct wat er scheelt. Het is krak krak en het is in orde. Dus meestal ben je ook na 10 minuten weer buiten » (gebruiker chiro 5).

Over het algemeen **duurt de consultatie bij een chiropractor vrij kort** (drie tot tien minuten volgens de gebruikers). De patiënten van de chiropractor appreciëren dit "praktische" aspect van de behandeling dat hen toelaat op consultatie te komen zonder al te veel tijd te verliezen.

« De sessie duurt drie minuten... bij de osteopaat duurt de sessie een uur : dat is veel zachter, hij masseert, hij gaat op lange termijn kijken..." (Gebruiker chiro 1).

« Ik denk ook dat een reden om bij een chiropractor te gaan in plaats van bij een kinesist of een osteopaat te doen is de snelheid. Een kinesist gaat die blokkage eruit masseren... Een chiropractor haalt dat er snel uit. Het is gewoon sneller. Het lijkt efficiënter... » (gebruikster chiro 5).

« Het voordeel van een chiropractor is dat die behandeling niet lang duurt. Misschien 10 minuten" (gebruikster chiro 4).

De chiropractische consultatie omvat ook **een minder grote verscheidenheid aan handelingen**. 'Recht op het doel af' zou het devies kunnen zijn van de chiropractors die meer worden beschouwd als 'krakers', wat hen waarschijnlijk de reputatie gegeven heeft dat ze 'ruwer' zijn. Bij hen lijken de manipulaties of 'thrusts' bijna systematisch.

De chiropractische consultaties zijn ook meer repetitief, de beoefenaar die zijn patiënt goed kent, weet onmiddellijk waar zich het probleem situeert, en na een snelle uitwisseling, installeert hij de patiënt op de manipulatietafel, onderzoekt hem al dan niet 'in beweging', en manipuleert het gewricht waar zich het 'zwakke punt' bevindt.

« Als ik ga naar de chiropractor, is het altijd nekmanipulatie. Bijna altijd dat. Dat zit altijd verkeerd, van altijd te zitten en aan de computer in dezelfde houding te zitten en tijdens de examens altijd naar beneden te kijken. Dan doet hij ook spierentesten, je nek kraken » (gebruiker chiro 5).

Technische voorwerpen nemen een belangrijkere plaats in tijdens de consultatie, te beginnen met de beruchte chiropraxie 'tafels'.

« Die hebben een speciale tafel en je moet daar op je buik op gaan liggen. Bepaalde delen van die tafel klappen neer om een bepaalde druk te kunnen geven... Dan moest ik op een andere tafel gaan liggen, waar ze dan specifiek op de schouder gewerkt heeft » (gebruikster chiro 4).

De chiropractors gebruiken ook nog bepaalde specifieke instrumenten zoals kleine impulsrevolvers ('activators'), 'microvibratoren', enz.

De gebruikers vermelden de chiropractische consultatie niet als een aangenaam moment, en ze roepen die toestand van welzijn niet op waarover vaak door osteopathische patiënten wordt gesproken, noch speciale positieve effecten, maar ze hebben het wel over een gevoel van enorme vermoeidheid, van 'leeg' te zijn nadat ze werden gemanipuleerd.

« Iedereen die chiro gedaan heeft, zal je zeggen dat je je daarna leeg voelt... er is zowel een euforisch effect omdat dat endorfinen laat vrijkomen, maar je voelt je heel erg moe... » (gebruiker chiro 2).

Bovendien wordt het effect van de behandeling door de gebruikers vaak na de consultatie ondervonden:

« Op het moment zelf doet dat geen deugd. Soms gewoon ook pijn als hij op sommige punten duwt, dan doet dat ongelooflijk veel pijn in het begin... maar de pijn is een teken dat het niet goed zit. (...) Je voelt na dat die spieren een beetje stijf zijn van die brute beweging. Is niet leuk, maar direct erna dat je toch wel voelt dat het allemaal beter zit in je nek en dat je meer kracht hebt. Niet dat het zolang blijft, maar je voelt wel dat het iets van effect heeft, waardoor je dan wel zin hebt om terug te keren » (gebruiker chiro 5).

De relationele elementen

Omdat ze altijd plaats vinden in het kader van een relatie tussen een therapeut en een patiënt hebben de zorghandelingen, van welke aard ook, altijd een belangrijk relationeel aspect.

De kwaliteit van de therapeutische relatie behoort tot een van de argumenten die het vaakst worden ingeroepen om te verklaren waarom men een beroep doet om niet-conventionele geneeswijzen⁸³. Daarom hebben wij getracht om specifieke elementen uit de relatie tussen patiënt en osteopaat versus chiropractor op te sporen. Zoals we zullen zien bevat de osteopathische en chiropractische relatie niet alleen elementen die gemeenschappelijk zijn voor elke vorm van therapeutische relatie, maar ook bepaalde elementen die eigen zijn aan de osteopathie en de chiropraxie.

Vanuit het therapeutisch traject van de gebruikers beschouwd, wordt de therapeutische relatie ingevuld in het kader van de behandeling en elke consultatie. De elementen die de relatie vormen, zoals bepaalde manieren van contact of redenering zijn nochtans een essentieel onderdeel van de behandeling zelf.

DE RELATIE GEBRUIKER-OSTEOPAAT

Net zoals elke therapeutische relatie berust de osteopathische relatie op het vertrouwen dat de gebruiker schenkt aan de beoefenaar. In het begin berust dit vertrouwen altijd op een vorm van vertrouwen dat door anderen wordt gedeeld: de gebruiker richt zich tot een therapeut die hem werd aanbevolen door een lid van zijn eigen relationeel netwerk. Vervolgens velt de gebruiker een oordeel over de behandeling op basis van zijn eigen criteria voor voldoening en doeltreffendheid⁸⁴, en daarna beslist hij welk gevolg hij aan deze relatie zal geven.

« Ik vertrouw hem omdat ik weet dat hij veel ervaring heeft en dat hij zich blijft bijscholen, ik zie dat hij weet waarover hij praat » (Gebruikster osteo 1).

« De eerste keer vraag je je altijd af wat hij met je gaat doen, en dan moet je het twee of drie keer proberen, en soms lukt het niet... » (Gebruikster osteo 2)

« Ik herinner me dat ik me elke keer erg goed voelde, het had telkens resultaat... » (Gebruikster osteo 3).

Deze vertrouwensrelatie wordt geleidelijk opgebouwd, via de **subjectieve ervaringen die de gebruikers opdoen door de osteopathische behandelingen.**

Omdat de meeste osteopaten vrij hun beroep uitoefenen, ontvangen ze hun patiënten in een consultatiekabinet dat vlak bij hun woning ligt, of er deel van uitmaakt. Het consultatiekabinet is meestal sober, en men treft er maar weinig meubels aan, alleen een tafel voor kinesitherapie en andere voorwerpen of instrumenten.

Zoals we zullen zien in het hoofdstuk dat aan de beoefenaars gewijd is, introduceren ze tijdens hun behandelingen talrijke relationele, zelfs psychotherapeutische, benaderingen, die getuigen van het belang dat wordt gehecht aan de relationele aspecten bij de behandeling en de uitwisselingen tussen gebruikers en beoefenaars. Dit belang dat wordt gegeven aan het relationele aspect, primeert juist bij de motivaties van de osteopathische patiënten:

“Wat me aan haar bevalt, is dat ze voor mij zorgt, zij biedt een luisterend oor...” (gebruikster osteo 3).

“Hij is erg zacht, erg respectvol in zijn benadering... ik heb de indruk dat ik begrepen wordt, dat het iemand is die iets probeert te doen om mij te helpen...” (gebruikster osteo 1).

Dit belang dat wordt gehecht aan het relationele komt tot uitdrukking in elke fase van de consultatie en de behandeling. Bij osteopaten wordt het gezondheids'probleem' op een 'globale' manier bekeken, in die zin dat het wordt geplaatst binnen het kader van de manier van leven van de patiënt, wat veronderstelt dat tussen gebruikers en beoefenaars uitwisselingen plaatsvinden die betrekking hebben op verschillende aspecten van de levenswijze: voeding, psychische toestand, enz.

“Wanneer ik die osteopaat raadpleegde, had ik de indruk om een wereld te ontdekken waar men naar mij luisterde, waar men algemeen aandacht besteedt aan het lichaam, waar men praat over mij en niet over mijn symptoom, en waar men dit plaatst bij andere dingen, een globale en volledige benadering...” (gebruikster osteo 6).

DE RELATIE GEBRUIKER-CHIROPRACTOR

De enkele gebruikers die zowel ervaring hadden met osteopathische als met chiropractische behandelingen, benadrukken unaniem de grote verschillen tussen beide benaderingen. Omwille van de snelheid en de « technische » dimensie verschilt de chiropractische relatie sterk van de osteopathische relatie.

De organisatie van het 'consultatiekabinet' van de chiropractors die reeds langere tijd 'geïnstalleerd' zijn en die een belangrijk patiëntenbestand hebben, zegt trouwens veel over de manier waarop ze hun patiënten verzorgen. Sommige beoefenaars hebben de indeling gekopieerd van sommige onderzoeksafdelingen in het ziekenhuis waar de ruimte in verschillende functionele delen is opgesplitst waardoor een snellere circulatie van de patiënten mogelijk is: een gemeenschappelijke wachtkamer, twee tot drie omkleedhokjes waarin de patiënten zich kunnen voorbereiden vooraleer ze het kantoor van de beoefenaar binnengaan dat ook dienst doet als manipulatiekamer.

De snelheid van de consultatie betekent dat de communicatie tussen beoefenaars en gebruikers zich beperkt tot het essentiële.

« Hij is zeer slim, maar sociaal een beetje moeilijk, je moet hem kennen. Het is niet iemand weer je je verhaal tegen moet doen, want dan zet hij je gewoon op je plaats. Of dat je er tegen begint te klagen, want daar kan hij niet tegen » (gebruikster chiro 5).

« Na al die jaren is dat wel een soort van vriendschapsband gegroeid, wij komen daar regelmatig. Maar ze verliest daar gene tijd mee. Het is niet dat ge daar gewoon uw verhaal kwijt kunt. Het moet daar vooruit gaan. Die wachtzaal zit vol... » (gebruikster chiro 4).

« Je hebt daar cabines met lichten die aangaan, je komt in zo'n cabine, je kleedt je uit... je installeert je, er wordt niets gezegd, je zegt geen twee woorden tegen elkaar... Terwijl je behandeld wordt, gaat de volgende al in het hokje binnen om zich klaar te maken, hij doet een kleine manipulatie en dan ben je weer weg... dat duurt tussen vijf en tien minuten... Dat is echt bandwerk... » (gebruiker chiro 2).

Men ziet hier dus goed dat de “relatie” tussen gebruiker en chiropractor vaak beperkt is tot de meest eenvoudige elementen, omwille van de snelheid van de consultatie die niet veel ruimte laat voor uitwisselingen tussen patiënten en beoefenaars.

DE BESCHIKBAARHEID VAN DE BEOEFENAARS

Een aspect dat sterk wordt gewaardeerd en vaak wordt vermeld door de gebruikers van de chiropraxie is de beschikbaarheid van de chiropractors, en met name het feit dat het niet nodig is om weken, soms zelfs maanden op voorhand een afspraak te maken, hetgeen ons wel werd gemeld voor de osteopaten.

« Zijn principe is dat men de volgende dag of twee dagen daarna later kan terugkomen zonder dat men opnieuw moet betalen. Dat is zonder afspraak... Hij is erg gemakkelijk beschikbaar... » (gebruiker chiro 1).

« Bij een chiropractor, is het makkelijker een afspraak te hebben omdat het veel korter is (in vergelijking bij osteopaten) » (gebruiker chiro 5).

Perceptie van de gevaren en risico's

We ondervroegen de gebruikers ook over hun perceptie van de mogelijke risico's die de osteopathische en chiropractische behandelingen meebrengen en hun houding ten overstaan van deze risico's. Zij maakten ons duidelijk dat grote bezorgdheid bestaat, vooral bij de patiënten van chiropractors.

« Als ze iemand zijn nek manipuleren, kijkt het alsof iemand zijn nek breken. Dat lijkt zo, die beweging. Maar ze doen gelukkig niet » (gebruiker chiro 5).

Chiropraxie lijkt inderdaad meer spookbeelden en terughoudendheid op te roepen dan de osteopathie.

« (Vooraleer er naartoe te gaan) had ik horen praten over chiropraxie. Dat is iets wat angst aanjaagt, want er zijn altijd berichten over slechte ervaringen... Ik kan begrijpen dat chiropraxie angst inboezemt... en ik denk wel dat er een soort risico blijft bestaan... » (gebruiker chiro 1).

Deze uittreksels uit de interviews tonen aan dat de manier waarop de chiropraxie wordt gezien, onderwerp is van een bijzondere sociale constructie, hoewel minder dramatisch dan in andere landen zoals Canada, waar gevallen van accidentele overlijdens een echte paniekgolf heeft doen ontstaan rond de chiropraxie⁶⁵.

- **Bijna alle gebruikers hebben ook negatieve ervaringen gehad met osteopathische en chiropractische behandelingen.**
- **De frequentie van de consultatie van de gebruikers hangt niet alleen af van hun gezondheidstoestand maar ook van hun psychologische, financiële, enz. toestand.**
- **De osteopathische behandelingen zijn erg gevarieerd en schommelen tussen een aanpak die van 'zeer zacht' tot 'zeer brutaal' wordt beoordeeld.**
- **Aan de eerste consultatie wordt een onmiddellijk bevrijdend effect toegeschreven, hoewel dit soms tijdelijk is.**
- **De doeltreffendheid van een osteopaat wordt beoordeeld op basis van zijn bekwaamheid om een reeks positieve effecten te bekomen die een gevoel van algemeen welzijn bij de gebruiker veroorzaken. De doeltreffendheid van de chiropractor daarentegen wordt beoordeeld op basis van zijn bekwaamheid om verlichting te brengen voor een mechanisch probleem waaraan de gebruiker lijdt.**
- **De osteopathische consultatie laat veel meer ruimte voor het relationele, de kwaliteit van de therapeutische relatie, dan de chiropractische consultatie.**

- **De osteopathische consultatie omvat een grotere verscheidenheid aan handelingen dan de chiropractische consultatie.**
- **Technische voorwerpen nemen een belangrijker plaats in bij de chiropractische relatie.**
- **De bezorgdheid over de risico's die de 'manipulaties' meebrengen zijn groter bij chiropractische patiënten omwille van de slechte reputatie van deze discipline.**

3.3.3.4 De « zin » van het gebruik

Zowel de osteopathische als de chiropractische behandeling bevat elementen die verleidelijk zijn, en die in zekere mate verklaren waarom de gebruikers voor een deel de theoretische en filosofische fundamenten ervan aanhangen. Dit zijn ook de elementen die door de gebruikers vaak worden aangehaald wanneer ze zich genoodzaakt voelen om hun gebruik te rechtvaardigen, of om hiervan rekenschap af te leggen ten overstaan van andere actoren.

Een kwestie van 'geloof' ?

Wat niet-conventionele geneeswijzen betreft, hoort men in dat opzicht vaak beweren dat men 'erin moet geloven' opdat het zou werken. Aan de hand van gegevens verzameld bij de gebruikers willen we in dit laatste deel proberen aan te tonen waarin de gebruikers van deze alternatieve disciplines nu juist 'geloven'.

In de eerste plaats willen we er de nadruk op leggen dat het begrip 'geloof' moeilijk in het kader van dit onderzoek moeilijk kan worden toegepast omdat het nu eenmaal niet nodig is om in eender wat te 'geloven' vooraleer men naar een osteopaat of een chiropractor stapt. De betrekkingen van de gebruikers met deze twee disciplines is niet gebaseerd op geloof maar op ervaring, op hetgeen men voelt en hetgeen men heeft vastgesteld.

« Het is niet zoals homeopathie...Ik heb de effecten gevoeld, of denk ik toch gevoeld hebben, maar ik ga niet zeggen dat ik er in geloof, want ik geloof er niet in... Maar bij chiropraxie heb ik dat niet, gewoon omdat ik die tweestrijd nooit heb gehad. Hij doet echt iets en je hebt er effect van. Het is niet dat hij handoplegging doet » (gebruiker chiro 5).

De « compatibiliteit van de geloofsystemen » tussen gebruikers en beoefenaars

Tussen de factoren die het meest onderzocht werden om te verklaren waarom een beroep wordt gedaan op alternatieve geneeswijzen, bevindt zich met name de hypothese volgens dewelke wordt beweerd dat de theorie waarop deze disciplines berusten gemakkelijker compatibel is met de geloofssystemen van de aanhangers⁸⁶. De loyaliteitsprocessen van de gebruikers van de osteopathie berusten inderdaad op complexe sociaal-cognitieve mechanismen die gedetailleerd geanalyseerd werden door Geraldine Lee-Treweek⁸⁴. Door zich specifiek te baseren op gevallen van gebruikers die een beroep doen op craniale osteopathie in Engeland, toont Lee-Treweek aan hoe ze in hun relatie met hun therapeut cognitieve elementen introduceren waarmee ze al vertrouwd waren, zoals lichamelijke sensaties, ideeën, voorstellingen en overtuigingen, om zin te geven aan hetgeen ze in de loop van hun behandeling ervaren.

Wat de door ons **geraadpleegde gebruikers betreft**, stelden wij vast **dat ze maar een relatief geringe kennis hadden van de "theorie" of de "filosofie" achter deze twee disciplines**. Bijna niemand van hen trachtte meer te weten te komen over osteopathie of chiropraxie, en niemand had er boeken over gelezen. De benadering van de gebruikers is erg "pragmatisch", ze doen niet zozeer een beroep op een bepaalde discipline, maar eerder op een therapeut die in staat is hen te helpen of verlichting te brengen.

"Ik weet dat datgene wat ik ga vinden, niet gaat stroken met hetgeen wat ik er van denk. Het is ook niet dat ik daar behoefte aan heb..." (gebruikster chiro 5).

Wat ze over de “theorie” weten, kan meestal worden samengevat tot wat hun beoefenaars hen hebben verteld als uitleg voor de behandeling en als rechtvaardiging van de voorgestelde zorgen. In het volgende uittreksel uit het interview ziet men heel goed dat de gebruikers de ‘uitleg’ die hen wordt gegeven door de geconsulteerde beoefenaars hernemen:

“De uitleg dat ze daar voor heeft is dat de spieren zich hebben gevormd naar de gewrichten toe, de spieren hebben de gewoonte om aan de botten te trekken. De spier moet een nieuwe vorm aannemen, maar na een keer hebben de spieren het patroon van vroeger nog, dus moet ge verschillende keren gaan. Een soort van gewoontepatroon doorbreken. Daarna ga je over op onderhoud, om de zes of zeven weken als een soort onderhoudsbeurt” (gebruikster chiro 4).

In het verhaal van deze gebruiker illustreren het begrip 'gewoontemodel' en het idee dat dit model moet worden doorbroken, goed de relevantie van de hierboven vermelde analyses van Lee-Treweek.

De ‘holistische’ benadering van de osteopathie

De aantrekkelijkheid van de osteopathie schuilt in de verschillende aspecten van de behandeling, maar vooral in de **“globale” benadering** van de patiënt. Al naargelang de gesprekspartner heeft het begrip ‘globaliteit’ echter een verschillende betekenis.

« Ik waardeer zijn aandacht voor het individu in zijn geheel» (gebruikster osteo 8);*

« Ik ben zelf kinesitherapeute, maar osteopathie, dat is iets heel anders. Een osteopaat heeft een veel globaler gezichtspunt, dat is werkelijk complex... » (gebruikster osteo 1).

De redenering van de deelnemers illustreert goed tot op welke hoogte de gebruikers dit concept aanvaardden. Deze vrij vage 'globaliteit' kan verschillende dingen betekenen al naargelang de gesprekspartners: dat een letsel aan een deel van het lichaam een reden kan hebben die dieper verborgen zit; dat ze een invloed kan hebben op andere delen van het lichaam; of ook nog, dat een ‘lokaal’ probleem een weerslag kan hebben op heel het lichaam.

« Wanneer men pijn heeft aan de voeten, gaat dit daarna naar de heupen, heeft een invloed op de rug, enz. » (gebruikster osteo 1) ;

« Mijn moeder is onlangs gevallen en heeft een enkel verstuikt... door haar enkel te verstuiken is er misschien iets ontwricht in de knie, of de heup, en de osteopathie, die kan zien of alles zich op zijn plaats bevindt, zou dit kunnen opsporen, terwijl het kan gebeuren dat kinesitherapeut die niet opmerkt... » (gebruikster osteo 2).

Die fragmenten uit de interviews schetsen ook een beeld van het menselijk lichaam als een geheel van organen, spieren en beenderen dat in kwetsbaar evenwicht is en waarop regelmatig aanslagen worden gepleegd door regelmatige activiteiten, die zowel van professionele als van biologische aard kunnen zijn. Hoewel dit beeld van het lichaam niet specifiek is voor de gebruiker van de osteopathie of van de chiropraxie, behoort het wel tot de elementen die, in combinatie met andere elementen, een duidelijker beeld geven van waarom op deze twee disciplines een beroep wordt gedaan.

3.3.3.5 Verschillende verwachtingen van de gebruikers

In het algemeen blijkt dat gebruikers een beroep doen op osteopathie of chiropraxie voor dezelfde klachten, maar dat de verwachte voordelen en motivaties hiervoor erg verschillend zijn. Wanneer we de ervaringen van gebruikers met osteopathie en chiropraxie vergelijken, zien we dat ze erg verschillende zaken waarderen.

Karikaturaal voorgesteld zou men kunnen zeggen dat osteopathische patiënten de ‘globale’ aanpak en de duur van de consultatie waarderen, terwijl de chiropractische patiënten eerder de snelheid van de behandeling en de beschikbaarheid van de beoefenaars appreciëren. Het is net alsof elke gebruiker bij ‘zijn’ beoefenaar een type behandeling heeft gevonden dat bij hem past, dat hij goed vindt, in de eerste plaats omdat ze hem verlichting brengt, en vervolgens omdat het ‘model’ van de verzorging en de uitvoering van de behandeling aan zijn verwachtingen beantwoordt.

- **De gebruikers hebben in het algemeen een zeer beperkte kennis van de ‘theorieën’ en de ‘filosofieën’ waarop deze twee disciplines berusten. Ze zijn in dat opzicht erg ‘pragmatisch’ ingesteld.**
- **De osteopathische patiënten appreciëren de duur van de consultatie en de ‘globaliteit’ van de therapeutische aanpak. De chiropractische patiënten daarentegen waarderen het feit dat de consultatie kort is en alleen betrekking heeft op hun klacht.**

3.3.4 Het standpunt van de beoefenaars

Met dit tweede deel willen we ons onderzoek over het gebruik van osteopathie en chiropraxie in België voltooiën door het woord te geven aan de beoefenaars van beide geneeswijzen. In dit deel behandelen we het professionele traject van de beoefenaars, hun motivatie om osteopathie of chiropraxie te beoefenen, en hun mening over de plaats van hun discipline binnen het gezondheidszorgsysteem. Deze verschillende elementen zullen ons tenslotte toelaten om de manier waarop de beoefenaars hun beroep zien te begrijpen.

3.3.4.1 Korte voorstelling van de deelnemers

De osteopaten

We hebben een tiental osteopaten ontmoet die zowel in het noorden, als in het zuiden van België hun beroep uitoefenen, en ook in Brussel. Ze zijn allemaal lid van een van de beroepsorganisaties die in dit land bestaan, waaruit blijkt dat er verschillende osteopathische ‘scholen’ bestaan en dus ook verschillende profielen van beoefenaars. De ervaring van deze beoefenaars was vaak erg verschillend, aangezien sommige van hen al decennia lang de osteopathie beoefenen, en anderen slechts sinds enkele jaren. Door de persoonlijke motivaties en de individuele trajecten te bestuderen, stelden we vast dat er professionele identiteiten bestaan die lichtjes van elkaar verschillen. Zo hebben ze bijvoorbeeld niet allemaal eenzelfde niveau van technische vaardigheid in de disciplines die ze uitoefenen. Sommige combineren dit bovendien met meer relationele benaderingen en geven zo een bijzondere oriëntatie aan hun behandeling waarbij meer waarde wordt gehecht aan de kwaliteit van de therapeutische relatie. Deze verschillende profielen behoren echter tot een professioneel en institutioneel kader dat een zekere vrijheid laat aan de beoefenaars: zij die een privé-praktijk hebben, kunnen aan hun patiënten uitsluitend osteopathische zorgen aanbieden, hetgeen niet het geval is voor hen die als kinesitherapeuten werkzaam zijn in een zorgcentrum of een ziekenhuisinstelling.

Onze ‘steekproef’ van beoefenaars bestond grotendeels uit mannen (zeven mannen, drie vrouwen). Hoewel het beroep van osteopaat voornamelijk beoefend lijkt te worden door mannen, hebben de vrouwelijke osteopaten die we hebben ontmoet, zich eerder gespecialiseerd in de zorg voor kinderen en zwangere vrouwen.

De chiropractors

Wij hebben ook een tiental chiropractors ontmoet die in de verschillende gewesten van het land hun beroep uitoefenen. We contacteerden hen via de lijst van beoefenaars ingeschreven in de *Belgische Vereniging van Chiropractors (UBC-BVC)*.

3.3.4.2 De opleiding: osteopaten en chiropractors

De opleiding van de beoefenaars vormt een eerste factor waardoor osteopaten en chiropractors kunnen worden onderscheiden. Zoals we zullen zien hangt de opleiding die door de beoefenaars wordt gevolgd voor een deel af van de voorwaarden die toegang geven tot deze twee beroepen, en anderzijds van de organisatie zelf van deze opleidingen.

Van kinesitherapie naar osteopathie

Een eerste belangrijk verschil tussen osteopaten en chiropractors berust in het feit dat de meeste osteopaten die we in het kader van dit onderzoek ontmoet hebben, aanvankelijk waren opgeleid als kinesitherapeuten^t. Ze begonnen het relaas van hun professionele carrière vaak door te melden dat ze in zekere mate teleurgesteld of ontevreden waren over hun aanvankelijke opleiding of over de uitoefening van hun beroep (werk dat als te routinematig, uitvoerend, repetitief... wordt gezien). Het is in grote mate deze beroepsontevredenheid die hen ertoe bracht om een opleiding te volgen in andere therapeutische benaderingswijzen, zoals acupunctuur, Chinese geneeswijzen, en osteopathie.

« Ik vond in de osteopathie een benadering die aansloot bij mijn holistisch beeld van zorgverlening... » (beoefenaar osteo 1) ;

« Met de osteopathie had ik het gevoel om iets anders, iets verschillend van de anderen te doen, desnoods door iets in de illegaliteit te doen » (beoefenaar osteo 2).

Voor anderen was de opleiding in osteopathie vooral een mogelijkheid om hun aanvankelijke opleiding als kinesitherapeut aan te vullen, en 'iets anders' te kunnen aanbieden aan hun patiënten.

« Na een twintigtal jaren praktijk werd het duidelijk dat er leemtes waren in de klassieke opleiding (van kinesitherapie). Ik vind dat de osteopathie een betere vorming biedt op gebied van anatomie, fysiologische mechanismen, manipulaties... » (beoefenaar osteo 6)*

« Na vijf jaar praktijk als kinesitherapeut merkte ik dat er letsels waren die ik niet kon behandelen. Dat heeft me ertoe aangezet om elders te gaan zoeken en zo kwam ik bij de osteopathie terecht, dank zij de broer van een collega die met de opleiding begonnen was... » (beoefenaar osteo 7).*

Een zekere "bekommernis om zich te onderscheiden" en een wil om autonoom te worden ten opzichte van het medisch corps kenmerkt bijna telkens het begin van hun beroeps carrière als osteopaten.

De door ons bevroegde beoefenaars hebben sterk verschillende vormingen en opleidingen in osteopathie gevolgd: sommigen hebben een opleiding van verschillende jaren gevolgd in Engeland, terwijl anderen opgeleid zijn in België of in Frankrijk. Nog andere zeggen dat ze autodidact zijn. De inhoud van deze opleidingen hangt grotendeels af van de verschillende osteopathische 'scholen' en het is dus duidelijk dat de technieken en de geleerde onderwerpen tussen de osteopaten onderling verschillen.

Chiropraxie als roeping

Het individuele traject van de chiropractors die we in het kader van dit onderzoek ontmoetten, heeft bijzondere kenmerken waardoor ze zich duidelijk onderscheiden van de osteopaten. In tegenstelling tot deze laatsten zijn de meeste van hen (met een enkele uitzondering) niet opgeleid als kinesitherapeuten, maar hebben ze een opleiding tot chiropractor gevolgd uit interesse voor deze discipline die ze op een keerpunt in hun leven hebben ontdekt, als 'roeping', ofwel door de 'familiale weg' te volgen. In tegenstelling tot de osteopaten is de professionele oriëntatie naar de chiropraxie eerder ingegeven door een soort persoonlijke 'roeping', zelfs al heeft die zich pas laat geopenbaard.

^t In het kader van dit onderzoek is er een vrouwelijke osteopaat die aan dit stramien ontsnapt. Zij is direct als osteopaat gevormd door een opleiding aan de European School of Osteopathy (ESO) in Maidstone te volgen.

« Het is een beroep dat ik al wilde uitoefenen toen ik klein was. Toen ik klaar was met mijn *humaniora*, ben ik vertrokken om aan het Engels College voor chiropraxie te gaan studeren » (beoefenaar chiro 1).

« Tijdens ons schooltijd vroeg men mij wat ik wilde worden als ik volwassen was. Geneeskunde en chiropraxie, dat waren de enige opleidingen die ik heb gekozen... » (beoefenaarster chiro 2).

Vervolgens blijkt dat **de familiale omgeving** vaak een belangrijke rol speelde bij die keuze, misschien meer nog zo bij de Franstalige beoefenaars. Het is erg opvallend dat de meeste beoefenaars die wij in het Franstalige deel van België ontmoetten, in hun naaste familie oudere personen hebben of hadden die hen gemotiveerd hebben om die keuze te maken en die hen vaak financieel ondersteunden.

« Ik was vijftien jaar en de schoonbroer van mijn zus beoefende chiropraxie in Engeland, aan het AECC. Toen ik met hem praatte, realiseerde ik me dat dit helemaal overeenkwam met hetgeen ik wilde doen... » (beoefenaar chiro 3).

Het feit dat men een familielid had die dit beroep gedurende meerdere jaren uitoefende en daar grote voldoening bij vond, werd verschillende malen vermeld als een belangrijk criterium bij het oriënteren van hun professionele keuze.

« Ik heb altijd mijn moeder gezien die chiropraxie met veel plezier beoefende, al vanaf ik heel klein was... Dat heeft me er een beetje toe geleid om dezelfde weg als mijn moeder te volgen » (beoefenaar chiro 6).

Verskillende beoefenars die wij ontmoetten, hebben trouwens op hun beurt deze 'roeping' tot de chiropraxie doorgegeven aan een van hun kinderen. Deze familiale navolging die uitmondt op de "reproductie" van een traject van een van de ouders inzake de manier van professionele ontplooiing verklaart grotendeels het bestaan van "geslachten" van beoefenaars:

« We zijn een soort 'stam'...er waren chiropractors in mijn familie: mijn oom, mijn neef. Mijn vrouw is ook chiropractor, ik heb haar ontmoet in Engeland... » (beoefenaar chiro 1).

Ten derde, **de voorwaarden voor toegang tot de chiropraxie-opleiding** hebben eveneens een selectief effect. Het volstaat immers niet om een beoefenaar in de familie te hebben en dit beroep op zijn beurt ook te willen uitoefenen. Men moet ook meerdere jaren in het buitenland willen verblijven (vier of vijf jaar) en vooral ook over het nodige kapitaal beschikken om de kosten voor het verblijf en de inschrijving in Engelse of Amerikaanse Colleges voor chiropraxie te kunnen betalen.

De toegangsvoorwaarden tot de opleiding van chiropractor, en dus tot het beroep, bepalen dus in grote mate de plaats die chiropraxie bekleedt (of eigenlijk niet bekleedt) in het Belgische gezondheidszorgsysteem, en zelfs in het wereldwijd gezondheidszorgsysteem.

Ten vierde wordt **de opleiding in chiropraxie** gecontroleerd door internationale instanties die de homogeniteit ervan waarborgen, en daardoor is het relatief gemakkelijk om precies te weten met welke technieken de 'Doctors in de chiropraxie (D.C.) die in ons land hun beroep uitoefenen, werden gevormd. Hoewel er wel degelijk lichte verschillen blijken te bestaan tussen de opleidingen in de Verenigde Staten en in Engeland kunnen alle beoefenaars zich toch terugvinden in een geheel van technieken dat hen werd aangeleerd en dat het 'basisarsenaal van de chiropractor' vormt. Alle beoefenaars die wij hebben ontmoet, behoren tot de benadering die zij "diversified" noemen.

Tenslotte, en dit in tegenstelling tot de meeste osteopaten, kregen ze allemaal een **grondige opleiding in functionele neurologie**, met name het gebruik van neurologische testen bij het stellen van een diagnose. Dit bijzonder kenmerk van de chiropractische opleiding heeft trouwens ook gevolgen voor de beoefening van de discipline zelf want, zoals we verder nog zullen zien, besteden de chiropractors veel aandacht aan neurologische aanwijzingen die door hun patiënten worden gegeven tijdens de verschillende fasen in de consultatie en de behandelingen.

Erg verschillende motivaties en profielen

Uit de vergelijking tussen de motiverende factoren die ertoe geleid hebben dat de deelnemers osteopaten of chiropractors werden, komen dus zeker een aantal verschillen naar voren.

Voor eerstgenoemden werd de interesse voor de osteopathie gewekt door het gevoel van een leemte in hun aanvankelijke opleiding, ofwel door een algemeen gevoel van teleurstelling over hun beroep. Zij hadden al een eerste diploma dat hen toeliet een beroep in de gezondheidszorg uit te oefenen vooraleer ze begonnen met een opleiding in de osteopathie die het hen mogelijk maakte een technische beperking die ze als professionele beperking ervoeren, aan te pakken. Voor hen liet de opleiding in osteopathie toe om een andere positie in te nemen ten opzichte van de situatie van kinesitherapie binnen het gezondheidszorgsysteem. Zonder twijfel was dit voor hen de gelegenheid om iets 'extra' in hun praktijk te investeren, en om de relatie met patiënten die niet langer met een voorschrift van hun huisarts komen, opnieuw te bekijken. De uitoefening van een alternatieve zorgmethode biedt zo aan de beoefenaars de mogelijkheid om een soort selectie door te voeren onder hun patiënten en hen een meer geïndividualiseerde aanpak voor te stellen.

Uit de verhalen van de chiropractors lijken iets andere motiveringen naar voren te komen maar over het algemeen is het de wens om een stimulerend, interessant en onafhankelijk beroep uit te oefenen die wordt vermeld als belangrijkste motiverende factor die aan de oorsprong ligt van hun 'roeping' voor de chiropraxie. De toegangsvoorwaarden tot de chiropractische opleiding onthullen voor sommigen ook het belang van familiale ondersteuning die hen in zekere zin heeft 'gepusht' om die weg in te slaan. Deze laatsten lijken zo hun weg gevonden te hebben op een familiaal gebied dat de roeping tot chiropraxie in de hand werkt.

Deze twee trajecten op gebied van motivatie lijken erg verschillende psychoprofessionele profielen te suggereren. Een meer doorgedreven analyse zou zeker de eisen en professionele strategieën van beide disciplines kunnen verduidelijken.

- **De overgrote meerderheid van osteopaten is aanvankelijk opgeleid als kinesitherapeut, maar dit is bijna nooit het geval voor chiropractors.**
- **Bij osteopaten is het vaak een algemene ontevredenheid over hun opleiding en de uitoefening van het beroep van kinesitherapeut die worden vermeld als voornaamste motivatie voor de opleiding tot osteopaat.**
- **De meeste chiropractors zijn in deze discipline terecht gekomen door 'interesse', 'roeping' ofwel door de aanmoedigingen van een familielid die zelf ook chiropractor is.**
- **Terwijl een behoefte tot 'onderscheiding' (ten opzichte van de kinesitherapie) en 'autonomie (ten opzichte van de geneeskunde) als een rode draad doorheen het professionele traject van de osteopaten lopen, vormt een behoefte tot 'reproductie' (van een familiale activiteit) eerder de achtergrond van het professionele traject van de chiropractors.**

3.3.4.3 *Opbouw van het patiëntenbestand*

Onderzoek van strategieën om toegang te krijgen tot een patiënten/klientenbestand biedt een ander gezichtspunt van waaruit men kan begrijpen hoe verschillen in de organisatie van het beroep een invloed kunnen hebben op de uitoefening van deze twee geneeswijzen. Door hun respectieve situatie binnen het gezondheidszorgsysteem verschillen de omstandigheden voor de opbouw van een patiëntenbestand inderdaad sterk tussen de respectieve beoefenaars.

Opbouw van het patiëntenbestand van de osteopaat

Er zijn slechts weinig osteopaten die zich onmiddellijk hebben 'geïnstalleerd' zodra ze hun diploma op zak hadden. Omdat de meesten hun beroep vrij uitoefenen, begonnen ze de osteopathie te beoefenen samen met hun gewone praktijk als kinesitherapeut. Slechts nadat ze geleidelijk een specifiek osteopathisch patiëntenbestand hadden opgebouwd, installeerden ze zich effectief als osteopaten. Deze fase in hun professioneel traject gaat vaak samen met een handeling met een grote symbolische waarde: ze verwijderen hun 'plaatje' als kinesitherapeut en vervangen het door eentje van 'osteopaat', ze leveren hun nummer in bij het RIZIV, enz.

De omstandigheden voor het beoefenen van de osteopathie zijn de laatste jaren zeer sterk geëvolueerd en daardoor kregen recent gediplomeerde osteopaten de kans om onmiddellijk als osteopaat aan de slag te gaan in zorgcentra, zij het meestal met een statuut van zelfstandige, en zo kregen ze ook toegang tot het patiëntenbestand van andere beoefenaars die in het centrum werkzaam waren.

Opbouw van het patiëntenbestand van de chiropractor

De huidige organisatie van de opleiding moedigt de overdracht van kennis en praktijken aan tussen 'oudgedienden' en kandidaten die 'vers' uit de colleges voor chiropraxie komen, met name door de verplichting van de kandidaat om een jaar bij een senior te werken, vooraleer hij zijn eigen praktijk kan oprichten. Het is echter niet gemakkelijk voor een beoefenaar om een patiëntenbestand op te bouwen dat voldoende groot is om hen toe te laten zich voor eigen rekening te installeren. Dit kan vaak verschillende jaren duren. 'Vervangingen' en verschillende vormen van 'assistentie' bieden de gelegenheid om te oefenen op de patiënten van een oudere collega tijdens de eerste praktijkjaren. Sommige kregen de gelegenheid om het kabinet en het patiëntenbestand over te nemen van een oudere collega die op pensioen ging, en dit heeft uiteraard flink geholpen bij hun 'installatie'. Gezien het kleine aantal chiropractors doet een dergelijke gelegenheid zich echter maar zelden voor.

Er zijn verschillende aanwijzingen die aantonen dat jonge chiropractors het veel moeilijker hebben dan hun oudere collega's om een voldoende hoog aantal consultaties te krijgen, zoals door deze beoefenaar, die nochtans al een twaalfal jaar werkt, wordt bevestigd.

"Momenteel kan ik niet van mijn klanten leven, het is niet altijd makkelijk dat de mensen komen wanneer je ze nodig hebt, het is crisis.... Indien de persoon echt geen middelen heeft, geeft men hem een verlaagd tarief, men laat hem een op twee keer betalen, dat voorkomt dat de patiënt ontmoedigd raakt" (beoefenaar chiro 6).

Zij moeten vaak specifieke strategieën ontwikkelen om de loyaliteit van hun klanten te bevorderen, iets wat hun oudere collega's vaak niet nodig hadden.

Eens het klantenbestand opgebouwd

Na verschillende jaren wordt het patiëntenbestand van zowel de osteopaten als van de chiropractors verzekerd door mond-tot-mond reclame van de tevreden gebruikers die 'hun' beoefenaar aan anderen aanbevelen.

Een ander deel van de patiënten komt van andere therapeuten die bepaalde patiënten verwijzen. Dit is vooral het geval voor beoefenaars van andere alternatieve geneeswijzen, alsof er een soort 'solidariteit' tussen 'alternatieve' beoefenaars bestaat. Zonder dat ze elkaar kennen zal een homeopaat gemakkelijker een van zijn patiënten verwijzen naar een osteopaat of een chiropractor, dan naar een 'conventionele' arts. Dit gezegd zijnde, chiropractors die reeds lange tijd geïnstalleerd zijn, lijken goede relaties te hebben opgebouwd met sommige huisartsen die soms patiënten voor specifieke problemen naar hen verwijzen (intercostale neuralgie, enz.).

- **Door hun respectievelijke situatie binnen het gezondheidszorgsysteem moeten osteopaten en chiropractors strategieën ontwikkelen om hun erg verschillend patiëntenbestand op te bouwen. Voor eerstgenoemden gebeurt dit door geleidelijk patiënten te ‘recycleren’, voor laatstgenoemden door een deel van de patiënten van andere beoefenaars bij wie ze assisteren of die ze vervangen gedurende een zekere periode ‘te vangen’.**

3.3.4.4 *Osteopathische en chiropractische behandelingen*

Indien men zich beperkt tot de ‘handelingen’ die de beoefenaars stellen, is het niet altijd makkelijk om te zien waarin de osteopathische behandelingen verschillen van de chiropractische behandelingen. Ze putten inderdaad allemaal uit een gezamenlijke bron van manuele technieken waarvan het gebruik verschilt tussen de beoefenaars onderling.

Zowel de osteopaten als de chiropractors zien het menselijk lichaam als een subtiel biomechanisme waarvan het evenwicht herhaaldelijk onder druk komt te staan door acties van buitenaf ofwel door vormen van gebruik die het goede functioneren ervan verstoren en regelmatige interventies nodig maken (reparaties, aanpassingen of onderhoud). Ze zien hun werk als biomechaniciërs echter op een geheel verschillende manier.

De ‘manipulaties’ bijvoorbeeld vormen een centraal element in zowel de osteopathische als de chiropractische behandelingen, maar we zullen zien dat de manier waarop ze worden gebruikt zeer sterk tussen de beoefenaars van beide disciplines verschillen. Ook bestaan de osteopathische en chiropractische consultaties uit ongeveer dezelfde fasen (die trouwens niet specifiek zijn voor deze twee disciplines), toch kan het verloop sterk verschillen tussen de disciplines onderling. Het is dus niet gemakkelijk om deze twee disciplines te onderscheiden op basis van hun respectieve benadering van de patiënt, of door de handelingen die de beoefenaars tijdens de consultaties stellen. Er zijn echter wel verschillen indien men ze elk binnen hun geheel beschouwd, zoals de heterogene verzameling technieken en therapeutische hulpmiddelen waarvan de algemene samenstelling duidelijk verschillend georiënteerd is.

De osteopathische behandelingen

De osteopathische behandelingen houden een grote verscheidenheid aan benaderingen en therapeutische technieken in. Ze berusten op een geheel van gecodeerde manipulaties en een specifieke woordenschat die eigen is aan de discipline. Ze richt zich op het geheel van disfuncties en verstoringen van het musculo-skeletaal stelsel en zorgt, als ‘holistische geneeswijze’, voor het geheel van de anatomische systemen⁷⁸. Buiten de ‘klassieke’ osteopathische technieken, nl. de cranio-sacrale, structurele, functionele en viscerale techniek, combineren de osteopaten deze vaak met andere therapeutische benaderingen die op zich niets met de osteopathie te zien hebben. Terwijl sommigen in hun praktijk relationele praktijken hebben geïntegreerd, zoals de methode van Feldenkrais^u, combineren anderen ze met elementen uit bijvoorbeeld de acupunctuur of de Chinese geneeskunde. Bovendien combineren sommige beoefenaars osteopathie met andere alternatieve geneeswijzen, zoals homeopathie, essentiële oliën enz.

Bij de meeste beoefenaars speelt de **anamnese** een belangrijke rol tijdens het eerste bezoek van een patiënt. Observatie en mobiliteitstesten zijn een belangrijk onderdeel van de **onderzoeksfase** die in zekere zin de informatie uit de anamnese aanvult. Op basis van al deze informatie kan de beoefenaar dan een “behandelingsplan” uitwerken, een “behandelingsvoorstel” formuleren, dat hij eerst meestal aan zijn patiënt voorlegt vooraleer over te gaan tot de eigenlijke behandeling.

^u De ‘methode van Feldenkrais’, genoemd naar de uitvinder ervan, wordt gedefinieerd als een benadering die tot doel heeft de persoon zich bewust te laten worden van zijn lichaam via beweging.

Osteopathische behandelingen monden bijna nooit uit in het stellen van een diagnose in de medische zin van de term. De osteopathische diagnose beperkt zich meestal tot de identificatie van een gewricht of een orgaan dat op biomechanisch vlak niet correct functioneert. Het 'probleem' wordt dan in verband gebracht met lichamelijke gewoonten, psychologische 'schema's' of andere elementen waarmee rekening wordt gehouden tijdens de behandeling.

« *We hebben niet de competentie van een arts om een diagnose te stellen...* » (beoefenaar osteo 3).

De osteopathische **behandelingen** verschillen sterk van de ene beoefenaar tot de andere. Hoewel de 'manipulaties' het centrum vormen van de behandeling, worden andere perifere handelingen ook gesteld.

Het daadwerkelijke 'lichaamscontact' dat tussen de gebruiker en de beoefenaar plaatsvindt, maakt de osteopathische behandeling effectief erg bijzonder. Op die manier wijken de osteopathische consultaties af van het klassieke model van de medische consultatie dat wordt gekenmerkt door een zeker 'afstand houden tussen de lichamen' en tijdens hetwelk de arts van zijn patiënt verwacht dat hij zich ongevoelig toont voor de palpaties en lichte en voorzichtige aanrakingen van het medisch onderzoek⁸⁷.

Maar het is toch vooral door zijn 'holistische' benadering dat de osteopathie zich onderscheidt van de andere manuele benaderingen. In de osteopathie is elke patiënt een 'bijzonder geval' waarbij de symptomen een manier van leven, een situatie, gewoonten, gedragingen, enz. weerspiegelen die de behandeling vaak wilt doorbreken, reorganiseren

Ook psychologische aspecten spelen een rol: de lichamelijke 'letsels' of andere 'klachten' waarvoor ze door de gebruikers worden geconsulteerd hebben altijd een 'psychologische' factor.

« *Het is altijd psychologisch: Indien men een verstuiking heeft omdat men niet gezien had dat er een gat in de weg was, dan is dat omdat men met zijn gedachten ergens anders was* » (beoefenaar osteo 1).

« *Ik doe zelf geen psychologie, maar ik hou er wel rekening mee. Vaak zie ik dat patiënten bepaalde inspanningen doen wanneer ze woedend zijn en zich dan kwetsen, anderen kwetsen zich wanneer ze kalm zijn... Wat er gebeurt is het gevolg van de manier waarop men eet, werkt, enz.* » (beoefenaar osteo 3).

De **individualisering** van de osteopathische behandeling is dus het in de praktijk vertalen van deze 'holistische' benadering wat veronderstelt dat twee personen die op consultatie komen voor dezelfde symptomen waarschijnlijk op een verschillende manier zullen behandeld worden.

« *Het is zoals bij de homeopathie, elke patiënt is een geval apart, dat is trouwens ook een beetje het moeilijke ervan... je kunt niet standaardiseren... en de situatie van elke persoon kan wijzigen...* » (beoefenaar osteo 1).

Na de behandeling en het opnieuw onderzoeken van de patiënt eindigt de osteopathische consultatie vaak door raadgevingen of oefeningen die de patiënt dagelijks thuis moet uitvoeren. Deze oefeningen hebben tot doel om het effect van de behandeling te verlengen, maar kunnen ook bedoeld zijn om de patiënt ertoe aan te zetten een verandering aan te brengen in bepaalde houdingen, een bepaalde manier van leven, zoals voedingsgewoonten, sportbeoefening, enz.

In het algemeen vormt de osteopathie dus zeker geen homogene discipline, maar neigt eerder naar een idiosyncratische praktijk voor elk van haar beoefenaars. Het lijkt alsof de osteopathische behandelingen bestaan uit een geheel van vaak heterogene elementen die echter toch een 'totaliteit' vormen die niet kan worden herleid tot alleen maar de manipulaties van de osteopaat.

De originaliteit van de osteopathische behandelingen is waarschijnlijk deze originele combinatie van specifieke en algemene elementen, en dit is trouwens ook de mening van sommige beoefenaars.

« Ik denk dat, als het werkt, dit is omdat het multifactorieel is, het is de relationele factor, het lichamelijke werk dat wordt gedaan... Ik denk dat hetzelfde geldt voor acupunctuur, homeopathie... » (beoefenaar osteo 3).

De duur van een consultatie bij een osteopaat schommelt, volgens de beoefenaars, tussen een half uur en een uur (voor een eerste consultatie). De prijs schommelt ook van de ene beoefenaar tot de andere. De eerste consultatie, die meestal dus langer duurt dan de volgende, is meestal iets duurder. De meeste ondervraagde beoefenaars hanteren echter prijzen die variëren afhankelijk van de sociale toestand van hun patiënten. De beoefenaars houden ook rekening met de mogelijkheid dat hun patiënten al dan niet een deel van hun consultaties kunnen terugbetaald krijgen.

De chiropractische behandelingen

Hoewel de chiropraxie talrijke punten van overeenkomst heeft met de osteopathie, neemt dit niet weg dat ze berust op een verschillende benadering van het lichaam en de patiënt. De beoefenaars spreken niet langer over 'energetische stromen', hoewel het begrip 'vertebrale degeneratie door subluxatie' nog altijd deel uitmaakt van de redenering van de chiropractor.

De chiropractische behandelingen richten zich vooral op het locomotorische systeem en meer bepaald op het 'functionele' aspect van de gewrichten. Ze worden ook toegepast op het gehele menselijke lichaam en worden niet beperkt tot de wervelkolom, zelfs al is dit hun voornaamste 'toegangspoor' tot het menselijke lichaam:

« De hersenen en het ruggenmerg communiceren met elkaar via elektronische boodschappen die vanuit de ruggengraat vertrekken en naar de organen gaan. Mijn werk bestaat eruit na te gaan of er een mechanische storing is die een storing ter hoogte van de organen kan veroorzaken... » (beoefenaar chiro 2).

« Ik manipuleer voornamelijk de wervelkolom omwille van de verbindingen met het sympathische zenuwstelsel... » (beoefenaar chiro 3).

In tegenstelling tot de osteopathie behandelen chiropractors niet rechtstreeks de zachte organen, maar passen ze de spier-botstructuur opnieuw aan zodat de werking van die organen wordt hersteld. In principe maken 'massages' op zich geen deel uit van het chiropractische arsenaal.

Met uitzondering van enkele problemen die kunnen worden opgelost in één sessie (lumbago bijvoorbeeld) strekt een chiropractische 'behandeling' zich altijd uit over gemiddeld drie tot vier sessies, en kan ze worden opgevolgd door zorgverstrekking met een preventief karakter. De beoefenaars maken zo een onderscheid tussen sessies voor intensieve zorgen (curatief) die dicht op elkaar moeten volgen; sessies voor heraanpassing; en sessies voor onderhoud (zorg voor welzijn).

De chiropractors die we spraken leggen sterk de nadruk op het feit dat de door hen toegepaste behandelingen strikt conform de door hen gekregen opleiding zijn en ze maken er een erezaak van om niet te sterk af te wijken van **het chiropractische arsenaal** waaruit alle beoefenaars kunnen putten. Zonder chiropraxie te willen beperken tot de centrale elementen, is het echter mogelijk om een reeks therapeutische hulpmiddelen op te sommen die het meest worden vermeld als zijnde eigen aan de chiropraxie.

- de '**motion palpation**', of 'palpatie in beweging' wordt vermeld door alle beoefenaars als een specifiek chiropractische handeling.

« Het onderzoek is erg belangrijk voor ons, chiropractors, het is echt de basis van onze benadering » (beoefenaar chiro 1).

De *motion palpation* is een techniek die werd uitgevonden door Henri Gillet, een van de pioniers van de chiropraxie in België. Het betreft hier een techniek van palpatie van de bot- en spierstructuur waarmee de mobiliteit wordt getest van elk gewricht in *extensie*, in *rotatie* en in *flexie*.

- De **manipulaties** spelen ook een centrale rol bij de chiropractische behandeling. De beoefenaars geven de voorkeur aan de term 'adjustment' die het idee inhoudt dat de manipulatie de structuur opnieuw in orde brengt om de 'functie' van het gewricht en het orgaan te bevrijden. De aanpassingen richten zich meestal op een zeer precies gewricht, of een deel van het gewricht:

« Men verzorgt de wervelkolom aan de vlakbij gelegen wervel, bijvoorbeeld de vijfde cervivale wervel in rotatie rechts, men zoekt een grote nauwkeurigheid voor de manipulatie » (beoefenaar chiro 6).

- De technieken van de **myofascial trigger points** maken ook deel uit van de chiropractische arsenaal, net als andere acupressuurtechnieken.. Deze technieken worden gebruikt om op het spierstelsel van de patiënt in te werken, zodat die de structurele aanpassingen kunnen ondersteunen.

- Slechts een deel van de chiropractors gebruikt ook **applied kinesiology**, waarvoor ze werden opgeleid tijdens specifieke vormingen. Over deze techniek is men het niet unaniem eens, sommigen vinden hem te ingewikkeld, anderen gebruiken hem alleen als aanvullende techniek:

« Bijvoorbeeld indien men verschillende malen T4 en T5 manipuleert en er geen resultaat is, moet men weten waarom dit terugkomt... met kinesiologie kan men makkelijker een antwoord op die vraag vinden" (beoefenaarster chiro 3).

In het algemeen vormen de *adjustments* het centrale element van de chiropractische behandelingen, maar ze worden altijd vergezeld door bepaalde ondersteunende technieken.

Op het einde van de consultatie geven chiropractors ook **advies en houdingsoefeningen** die men moet toepassen op zijn werkplaats, of oefeningen die de patiënt thuis moet uitvoeren. Deze oefeningen hebben tot doel de 'correcties' die werden aangebracht tijdens de consultaties te versterken en te verlengen. Ze zijn ook gericht op het meer autonoom maken van de patiënt door hem handelingen aan te leren die verlichting brengen en die hij zelf thuis kan uitvoeren. Dit is ook het geval voor **voedingsadviezen** waarop veel van de ondervraagde beoefenaars de nadruk leggen. Vaak hebben ze een opleiding in micro- en neuronutritie gevolgd.

Door de rol die orthopedische, neurologische en chiropractische testen voorafgaand aan de behandelingen bij chiropraxie spelen, duurt de eerste behandeling altijd langer (ongeveer drie kwartier) dan de volgende (van vijf minuten tot maximum 15 minuten), zelfs al zijn de chiropractische consultaties over het algemeen gemiddeld veel korter dan de osteopathische consultaties.

- **Wanneer men zich beperkt tot de 'handelingen' die door de osteopaten enerzijds, en de chiropractors anderzijds worden uitgevoerd is het moeilijk om een onderscheid te maken tussen de twee geneeswijzen. Beide putten uit een gemeenschappelijke bron van therapeutische technieken en hulpmiddelen. Men stelt vooral verschillen vast wanneer men ze benadert als twee therapeutische 'systemen' waarvan de algemene organisatie verschillend georiënteerd is.**
- **De osteopathische behandelingen worden vaak gecombineerd met benaderingen die vreemd zijn aan de osteopathie die zelf ook weer verdeeld is in verschillende 'scholen'. Deze relatief 'opgesplitste' interne aard van de osteopathie contrasteert sterk met de homogeniteit van de chiropraxie die berust op een 'arsenaal' van technieken waarin alle chiropractors zich kunnen terugvinden.**
- **In vergelijking met de chiropraxie besteden de osteopathische behandelingen veel meer aandacht aan relationele aspecten, zijn ze meer 'geïndividualiseerd' en hebben ze een verschillend tijdsaspect (met name langere consultaties).**
- **In vergelijking met de osteopathie lijken de chiropractische behandelingen meer homogeen, meer 'technisch' en vooral gericht op het fysiologische (neurologische) aspect. Het 'relationele' is vaak beperkt tot het minimum.**

3.3.4.5 *Het standpunt van de beoefenaars over de plaats en de rol van hun disciplines*

De osteopathie en de chiropraxie nemen een speciale plaats binnen het gezondheidszorgsysteem. Men kan stellen dat ze zich momenteel tussen *tolerantie* en *integratie* bevinden. Hoewel ze nog niet *institutioneel* geïntegreerd zijn, nemen ze nochtans *de facto* een plaats in binnen het systeem van de gezondheidszorg, niet alleen om dat belangrijk aantal gebruikers er regelmatig een beroep op doet, maar ook omdat ze allebei gedeeltelijk worden terugbetaald door de aanvullende verzekeringen van de ziekenfondsen (en private verzekeringen) net zoals acupunctuur en homeopathie. Er bestaan nochtans aanzienlijke verschillen tussen beide geneeswijzen, door hun respectievelijke historische evolutie.

Osteopaten en osteopathie

Op alle gebied is osteopathie beter 'geïntegreerd' is dan chiropraxie, met name omdat de opleiding ook in ons land worden gegeven, maar ook omdat verschillende gezondheidsinstellingen, zowel privaat als openbaar, aan hun gebruikers tegenwoordig osteopathische behandelingen aanbieden, hetgeen een zeer significant teken is.

De enkele experimenten van samenwerking tussen osteopaten en klassieke zorgverleners in medische centra of openbare ziekenhuizen lijken trouwens eerder positief beoordeeld te worden. De osteopaten beoefenen er hun beroep, weliswaar meestal met het statuut van zelfstandige, maar ze krijgen hierdoor toch toegang tot een deel van het patiëntenbestand dat in de instelling komt. De enkele osteopaten die in ziekenhuisinstellingen hun beroep uitoefenen, beoefenen echter een in essentie functionele osteopathie, d.w.z. een osteopathie die in zekere zin 'afgesneden' is van de viscerale en cranio-sacrale osteopathie, met uitzondering echter van de vrouwelijke beoefenaars die bijvoorbeeld pasgeborenen verzorgen.

Er lijkt zich dus een breuk af te tekenen tussen enerzijds de vrij beoefende osteopathie met een zeer afwisselende en veranderlijke inhoud en waarbij soms handelingen worden gecombineerd waarvan de 'wetenschappelijke' waarde niet altijd wordt erkend, en anderzijds een meer 'functionele' osteopathie, d.w.z. die zich beperkt tot behandelingen van het locomotorische systeem.

Er lijken trouwens spanningen op te treden tussen beoefenaars die behoren tot verschillende osteopathische scholen, evenals bij de professionele betrekkingen die ze onderhouden met andere categorieën beoefenaars, en in eerste instantie de artsen.

De manier waarop de osteopaten tegenover de artsen staan, onthult trouwens hoe zij de mogelijke en ideale betrekkingen tussen de verschillende geneeswijzen zien. Talrijke osteopaten, die zich radicaal distantieëren van de artsen, zien het trouwens als hun taak de patiënten te helpen meer autonomie te krijgen ten aanzien van de 'medische macht':

« Daarnaast is er ook nog het fenomeen: 'de arts zei me dat ik een lumbago had en gaf mij medicatie voor mijn lumbago'. Het is de medische autoriteit die de diagnose gesteld heeft, en het is niet langer meer in jouw handen.... En daar is de plaats van de osteopaat echt belangrijk, want de osteopathie zorgt ervoor dat de mensen zich hiervan bewust worden... » (beoefenaar osteo I)

« Zodra er een diagnose gesteld wordt, begint de macht van de artsen: de specialist heeft dat gezegd... en de patiënt onderwerpt zich daaraan... » (beoefenaar Osteo I).

Wanneer osteopaten in hun relatie met de geneeskunde termen gebruiken zoals 'medische macht', 'medische autoriteit' is dit een significante aanwijzing, een veelbetekende taalkundige onthulling van de politieke uitdagingen die schuilgaan achter de meer algemene vraag over de relaties tussen geneeswijzen. Zelfs al is de osteopathie tegenwoordig wat dichterbij de biogeneeskunde gekomen, toch blijkt uit de houding van de beoefenaars nog steeds een zeer kritische ingesteldheid ten opzichte van de conventionele geneeskunde en haar beoefenaars.

Uit talrijke aanwijzingen die we hebben gevonden blijkt dat de dialoog tussen osteopaten en artsen over het algemeen niet vanzelf gaat, grotendeels omwille van epistemologie, verschillen binnen de disciplines, theoretische grondslagen en afwijkende opvattingen over het lichaam en de gezondheid, maar ook omwille van meer 'beleidsmatige' redenen van positiebepaling binnen het beleidssysteem, van erkenning en van professionele eisen.

Onze gegevens en onze analyses tonen inderdaad aan dat de redenering en de praktijken van de osteopaten gedeeltelijk worden beïnvloed door de huidige situatie van de osteopathie binnen het gezondheidszorgsysteem. Zoals blijkt uit de door Margaret Stacey uitgevoerde analyse van de situatie van de osteopathie in Engeland⁸⁸ zou een grotere integratie van de osteopathie in dit systeem dat voornamelijk wordt gedomineerd door een geneeskunde die gebaseerd is op wetenschappelijke epistemologie onvermijdelijk leiden tot een verlies van autonomie door deze beoefenaars.

De integratie van de osteopathie (net zoals de chiropraxie) zou met name inhouden dat de beoefenaars zouden aanvaarden dat hun discipline wordt beschouwd als een 'complementaire' geneeswijze en niet langer meer als een 'alternatieve' geneeswijze, d.w.z. een geneeswijze die iets te bieden heeft dat de biogeneeskunde niet kan geven.

Chiropractors en chiropraxie

De situatie van de chiropraxie in België is erg verschillend van die van de osteopathie. In de eerste plaats is het aantal chiropractors veel beperkter : zo'n honderd chiropractors zijn ingeschreven bij de UBV/BVC terwijl er meer dan duizend osteopaten lid zijn van een van beide beroepsorganisaties. De chiropractors zijn ook veel meer geïsoleerd ten opzichte van de andere zorgverleners, waarmee ze haast nooit beroepsmatig in aanraking komen.

Bovendien bestaat er een zeker wantrouwen, zelfs een zekere minachting door andere professionele zorgverleners ten opzichte van de chiropractors die geen positief imago hebben bij het grote publiek, en ook geen goede reputatie hebben in de media. Tegenstanders van de discipline verkondigen regelmatig in de media dat de chiropraxie een 'gevaarlijke' discipline is, en de BVC moet regelmatig op zijn website officiële ontkenningen publiceren omwille van persartikels of reportages waarin hun beoefenaars worden afgeschilderd als 'fabrikanten van invaliden'.

Door hun situatie 'in de marge' van het systeem kunnen ze eveneens een hele reeks handelingen niet stellen, zoals bijvoorbeeld radiografieën of aanvullende onderzoeken voorschrijven aan hun patiënten terwijl ze daarvoor wel opgeleid zijn tijdens hun studies.

Vanuit professioneel standpunt echter vormen de chiropractors ongetwijfeld een veel homogener en verenigde groep zorgverleners dan de osteopaten. Ondanks de beperkingen die hen worden opgelegd menen de beoefenaars die wij ondervroegen dat hun huidige statuut de uitoefening van hun beroep niet echt belemmert en staan ze anders tegenover de artsen en de geneeskunde.

Zonder in detail te willen treden wat betreft de theoretische en filosofische fundamenteën van de chiropraxie, hebben we hierboven vastgesteld dat de chiropraxie de biomedische benadering van pathologieën van het locomotorisch stelsel in vraag stelt en die vervangt door een theorie die gebaseerd is op, onder meer, het concept van 'afwijking van de wervelkolom' (spinal malalignment)⁸⁹, 'subluxatie', *adjustment*, enz.

Meer specifiek betwisten de chiropractors het biomedische beeld van osteo-articulaire normaliteit. Ze betwisten met name het pathologische denkbeeld dat de biogeneeskunde heeft ten aanzien van cervicartrose, vertebrale scoliose, enz.

« *Dat is zoals het probleem van artrose, iedereen heeft artrose, dat is normale veroudering. Dus een patiënt zeggen dat hij iets abnormaals heeft omdat hij artrose heeft, dat is een fout* » (beoefenaar chiro I).

« *Scoliose is ook iets dat men mensen aanpraat, terwijl dat niet de reden is voor de rugpijn...* » (beoefenaar chiro I).

De chiropractors betwisten ook de biomedische benadering van osteo-articulaire letsels.

« We hebben een dynamische houding ten overstaan van osteo-articulaire letsels. Neem nu iemand die rugpijn heeft. De klassieke geneeskunde gaat alles blokkeren met een korset zodat er geen irritatie zou kunnen optreden. Wij daarentegen, nemen het korset weg en laten alles bewegen om te zien of er een mechanisch probleem is, opdat alles opnieuw normaal zou worden. Dat zijn dus twee totaal tegengestelde benaderingen : zij immobiliseren alles, en wij laten alles bewegen . « Hetgeen voor ons telt, is de functie. Dat is niet opspoorbaar met radiografieën, scanners, MRI, maar wel via palpatie. Daarom hebben we patiënten ... omdat mensen de klassieke geneeskunde hebben uitgeprobeerd.... zonder resultaat. Ze komen dan bij ons, wij ontdekken functionele problemen en we lossen ze op... » (beoefenaar chiro 1).

- **De osteopathie is meer 'geïntegreerd' dan de chiropraxie in het gezondheidszorgsysteem, maar om redenen die niets te maken hebben met het therapeutische aspect: omdat osteopathie in België wordt onderwezen, en omdat de meeste osteopaten opgeleid zijn als kinesitherapeuten. Deze twee aspecten verklaren grotendeels de ongelijkheid tussen het aantal osteopaten en chiropractors die in dit land hun beroep uitoefenen.**
- **Net zoals in andere landen maakt de chiropraxie deel uit van een sociale constructie die er een negatief beeld van heeft opgehangen. Het idee van de chiropraxie als 'gevaarlijke' geneeswijze wordt nog uitgedragen door de media en door bepaalde artsen.**

4 DE PRAKTIJK

4.1 DE PRAKTIJK VAN DE OSTEOPATHIE

Tijdens de maanden juni en juli 2010 werden bijna alle leden van de zes beroepsverenigingen van osteopaten die in België erkend zijn (n=905) gevraagd om een online enquête van het KCE in te vullen. De vragenlijst van deze enquête werd opgesteld volgens het stramien van de enquêtes die in andere landen werden verdeeld. Het werd aangepast aan de Belgische context dankzij de samenwerking van de verschillende beroepsverenigingen. Het responspercentage bedroeg 50,1%.

4.1.1 Kenmerken van de steekproef^v

Ongeveer 50% van de leden van elke vereniging beantwoordde de vragenlijst met uitzondering van BUO/UBO (32,1%) en BVO/SBO (67,4 %) (tabel 1). De respondenten waren merendeels tussen 40 en 59 jaar oud (52,9%) (tabel 2). Iets meer dan een vierde van de respondenten (28,4 %) waren vrouwen (tabel 3).

4.1.2 Resultaten

In 2010 bedroeg de gemiddelde **anciënniteit** in de osteopathische praktijk 12 jaar: de collega uit onze steekproef die de osteopathie al het langst uitoefende, had 35 jaar praktijk. Het beroep is voor de helft (48,0%) samengesteld uit osteopaten met meer dan 10 jaar beroepservaring en voor de helft uit osteopaten die minder dan 10 jaar geleden opgeleid werden (tabel 4).

De meeste osteopaten **oefenen hun beroep uit** in Vlaanderen (57,6%), een derde in Wallonië (28,9%) en 13,5% in Brussel (tabel 5). Ongeveer een osteopaat op tien (11,3%) oefent zijn beroep in meer dan een provincie uit (tabel 6).

73,5% van de osteopaten oefent uitsluitend osteopathie uit (men spreekt dan over de **unieke uitoefening** van de osteopathie) en 26,5% oefent een of meerdere activiteiten uit naast de osteopathie. Onder deze bijkomende activiteiten naast de osteopathie zien we in de eerste plaats de uitoefening van andere alternatieve therapieën (door 19,4% van de osteopaten) (tabel 8), onder hen beoefenen sommigen ook kinesitherapie. We kunnen stellen dat de osteopaten die ook kinesitherapie uitoefenen 15,3% uitmaken van alle osteopaten (tabel 8).

57,9% oefent **uitsluitend osteopathie** uit, terwijl 29,7 % in groepspraktijk werkt en 12,4% zowel alleen als in groepspraktijk uitoefent (tabel 9).

De collega's van osteopaten die in deze groepspraktijken werken, zijn in de eerste plaats andere osteopaten (in 76,6% van de gevallen) of/en kinesitherapeuten (in 58,5% van de gevallen), maar slechts weinig chiropractors (0,5%) (tabel 10a). De meest voorkomende configuratie is de praktijk met meerdere osteopaten naast (48,4 %) of zonder (28,2%) andere therapeuten (tabel 10b).

Door alle combinaties van **patiëntenbestanden** die werden vermeld, in aanmerking te nemen, zien we dat 69,7% van de osteopaten een patiëntenbestand heeft dat voornamelijk uit volwassenen (>20 jaar) bestaat en 16,3% heeft een patiëntenbestand dat voornamelijk uit volwassenen en baby's bestaat (<6 maanden) (tabel 11).

In totaal telt 24,7% van de osteopaten baby's als hun voornaamste patiënten (Tabel 12), maar slechts een minderheid heeft een patiëntenbestand dat uitsluitend uit baby's bestaat (1,6%) (Tabel 11). Vrouwelijke osteopaten die vermelden dat ze baby's als voornaamste patiënten hebben zijn twee keer meer in aantal (38,8 % vs 19,2%) (Tabel 12) als mannelijke osteopaten. Terwijl 71% van de osteopaten bevestigt dat ze zowel mannen als vrouwen behandelen, wordt 29,0% voornamelijk geconsulteerd door vrouwen. (Tabel 13). Het aantal vrouwelijke osteopaten met een patiëntenbestand dat voornamelijk uit vrouwen bestaat, is slechts lichtjes hoger dan het aantal mannelijke osteopaten met vooral vrouwen als patiënten (34,4% vs 26,9%) (tabel 24).

^v De aangehaalde tabellen bevinden zich in bijlage "resultaten" in het hoofdstuk "de praktijk".

Op de vraag « **Hoe** komen deze patiënten bij u terecht?» antwoordt 73,5% van de osteopaten in de eerste plaats dat dit via een kennis van de patiënt is (Tabel 14a). De arts komt op de 2de plaats bij 36,3% van de osteopaten (Tabel 14b).

Wat betreft de **medische redenen** voor consultatie van een osteopaat meldt 57,1% van de osteopaten dat hun patiënten hen in de eerste plaats consulteren voor problemen met de lage rug en 44,8 % vermelden op de tweede plaats problemen met de nek (Tabel 15). Wat betreft de **redenen voor de klacht** zoals vermeldt door de patiënten zegt 54,0% van de osteopaten dat hun patiënten in de eerste plaats consulteren voor 'lumbago' en 28,0% vermelden op de tweede plaats 'ischias' (Tabel 25). De osteopaten die een voornamelijk vrouwelijk patiëntenbestand zijn twee keer meer in aantal om aan te geven dat hun patiënten hen in de eerste plaats consulteren wegens stress (13% vs 6,7%) (Tabel 26).

Het is mogelijk om ten vroegste dezelfde dag nog een **afspraak** te krijgen bij 10,0% van de osteopaten, ten vroegste de volgende dag bij 46,8% van de osteopaten en ten vroegste binnen een week bij 33,2% van hen (Tabel 16).

Hoewel de osteopathische behandeling zich niet beperkt tot het gebruik van **technieken**, is dit het enige deel van de behandeling dat objectief in een vragenlijst kan worden gegoten.

De technieken die vaak of zeer vaak door de osteopaten worden gebruikt, zijn in volgorde van frequentie (Tabel 17):

- de zachte-weefsel technieken (79,7%),
- de viscerale technieken (77,9%).
- de craniale technieken (76,8%).
- de articulaire technieken (71,1%).
- de HVLA (63,4%)
- de myofasciale technieken (61,9%).
- de functionele methoden (59,2%).
- de MET (53,2%).
- de FBR (48,8%).
- de counterstrains (39,2%).
- de triggerpoints (32,9%).
- de technieken van de lymfepomp (22,4%).
- de reflexen van Chapman (16,4%).

In tegenstelling tot mannelijke osteopaten gebruiken vrouwelijke osteopaten verhoudingsgewijze minder vaak de HVLA (44,4% van de vrouwen vs 63,8% van de mannen). Ze maken verhoudingsgewijze veel meer dan de mannen vaak of zeer vaak gebruik van de craniale (91,3% van de vrouwen vs 70,8% van de mannen) en viscerale (89,6% van de vrouwen vs 71% van de mannen) technieken (Tabel 18a, b en c).

Meer dan drie kwart (77,1%) van de osteopaten **vragen voor hun consultatie** tussen 35 en 50 euro, of het nu om de eerste consultatie gaat of een daarop volgende consultatie (die een gelijke duur hebben) (Tabel 19).

Ongeveer 60,0% van de osteopaten (60,5%) ziet maximum **10 patiënten per dag** (tabel 20).

De eerste consultaties duren **tussen 30 minuten en een uur** bij 82,9% van de osteopaten en meer dan een uur bij 15,7% van de osteopaten (tabel 21a). De opvolgingsconsultaties duren minimum 30 minuten bij 97,2% van de osteopaten (tabel 21b).

Een niet-chronische patiënt consulteert over het algemeen **1 tot 5 keer per jaar** zijn therapeut bij 88 % van de osteopaten. (Tabel 22).

Drie kwart van de osteopaten beoefent **voltijds** de osteopathie (74,7%) (tabel 7). Ongeveer veertig procent van de osteopaten (42,6%) zegt dat ze tussen 5 en 8 uur per dag werken en 34,6% werkt meer dan 8 uur per dag (tabel 23).

4.2 DE PRAKTIJK VAN DE CHIROPRACTIE

Van 15 september tot 15 oktober van hetzelfde jaar werden bijna alle leden van de Belgische Vereniging voor Chiropractors (BVC) (n=101) gecontacteerd met de vraag deel te nemen aan de online enquête van het KCE. De vragenlijst werd opgesteld volgens het stramien van de vragenlijst die bestemd was voor de osteopaten. Hij werd aangepast aan de context van de Belgische chiropraxie dankzij de samenwerking met de BVC. Het responspercentage bedroeg 72,2%.

4.2.1 Kenmerken van de steekproef

Meer dan de helft van de respondenten van de enquête chiropraxie (54,7%) was tussen 30 en 50 jaar oud (tabel 2b) en 28,8% van de respondenten waren vrouwen (tabel 3).

4.2.2 Resultaten

De gemiddelde **anciënniteit** in de chiropractische praktijk bedraagt 15 jaar: de oudste collega in het beroep in onze steekproef had 51 jaar praktijk. Bijna de helft van de chiropractors (46,5%) zit minder dan tien jaar in het beroep (tabel 4).

De meeste chiropractors oefent het beroep uit in Vlaanderen (79,2%), 11,7 % in Wallonië en 9,1% in Brussel (tabel 5). Ongeveer een chiropractor op vier (24,7%) oefent zijn beroep in meer dan een provincie uit (tabel 6).

Van alle chiropractors beoefent 82,9% **uitsluitend chiropraxie**. Zij die een beroep uitoefenen naast de chiropraxie kunnen worden opgedeeld in zij die uitsluitend kinesitherapie bijkomend uitoefenen (7,1%) en zij die ook nog andere alternatieve therapieën uitoefenen (8,6%) (tabel 8).

Bijna een chiropractor op vijf (19,2%) voert nog andere activiteiten uit in het domein van de chiropraxie, voornamelijk in onderzoek en opleiding (15,1%) (Tabel 7b).

Bijna de helft van de chiropractors werkt in een **groepspraktijk** (45,8%), eenzelfde aantal werkt alleen. Enkele chiropractors combineren deze twee manieren van werken (8,3%) (tabel 9). In 87,8% van de gevallen bestaan de groepspraktijken uit chiropractors met andere therapeuten (14,6%) of met collega-chiropractors (73,2%) (tabel 10b).

Bijna alle chiropractors (97,2%) behandelen voornamelijk **volwassenen** (tabel 11). Slechts 9,7% van de chiropractors wordt voornamelijk geconsulteerd door vrouwen (tabel 13).

Net als de osteopaten vermeldt 80,5% van de chiropractors in de eerste plaats een kennis van een patiënt als voornaamste **referentiebron** voor hun praktijk (Tabel 14a). 41,6 % vermeldt op de tweede plaats een arts (Tabel 14b).

Wat betreft de **medische redenen voor het raadplegen van een chiropractor** vermeldt 72,2% van de chiropractors in de eerste plaats lage rugproblemen als voornaamste reden voor de consultatie en op de tweede plaats nekproblemen (43,0%) of bekkenproblemen (pelvis) (37,5%) (tabel 15). Wat betreft de **redenen voor de klacht** zoals uitgedrukt door de patiënten meldt 63,3% van de chiropractors dat hun patiënten in de eerste plaats consulteren voor 'lumbago' en 35,7% vermelden op de tweede plaats 'ischias' (Tabel 25).

Het is mogelijk om ten vroegste dezelfde dag nog een **afspraak** te krijgen bij 24,3% van de chiropractors, ten vroegste de volgende dag bij 57,1% van de chiropractors en ten vroegste binnen een week bij 12,9% van hen (Tabel 16).

De **technieken** die vaak of zeer vaak door de chiropractors worden gebruikt, zijn in volgorde van frequentie (Tabel 17):

- HVLA (99%)
- Peripheral Manipulation= manipulatie van de perifere gewrichten (79%)
- Counseling= advies (75%)
- Triggerpoints (68%)
- Oefeningen (58%)
- Activator (42%)
- Pelvic blocks (40%)
- Mobilization = mobilisaties(38%)
- Coxflexion (32%)
- Crossfriction (26%)
- Applied kinesiology (22%)^w
- PNFstretching (19%)
- Nutritional Supplementation(16%)
- Isometrische/isotonische contracties (14%)
- Dry needling (3%)

De **kostprijs van de eerste consultatie** van een patiënt schommelt tussen 35 en 50 euro bij 79,2 % van de chiropractors. De kostprijs van een opvolgingsconsultatie bedraagt minder dan 35 euro bij 30,6% van de chiropractors. Deze opvolgingsconsultaties zijn niet duurder dan 50 euro bij de chiropractors (tabel 19).

Meer dan 70% van de osteopaten (73,6%) ziet **minimum 10 patiënten per dag** (tabel 20).

De eerste consultaties duren **tussen 30 minuten en een uur** bij 79,5% van de chiropractors en zelfs minder dan 30 minuten bij 19,2% van de chiropractors (tabel 21a). De opvolgingsconsultaties duren maximum 30 minuten bij 93,7% van de chiropractors (tabel 21b).

Een niet-chronische patiënt **consulteert over het algemeen 4 tot 6 keer per jaar** zijn therapeut bij 60% van de chiropractors (tabel 22).

Bijna alle chiropractors beoefenen voltijds de chiropraxie (95,8%) (tabel 7a). Bijna twee op drie (61,6%) werken tussen 5 en 8 uur per dag en 27,4% meer dan 8 uur per dag (tabel 23).

^w Diagnostische techniek voor de evaluatie en onderzoek van de spierkracht

Kernboodschappen

- Een osteopaat oefent gemiddeld sinds 12 jaar zijn beroep uit; een chiropractor sinds 15 jaar.
- Een vierde van de osteopaten (26,5%) en 19,4% bij de chiropractors beoefent ook andere therapeutische activiteiten,. Vooral andere alternatieve geneeswijzen worden beoefend.
- Ongeveer 45% van de osteopaten en de chiropractors werkt in een groepspraktijk. De groepspraktijk groepeerd vooral collega's uit hetzelfde beroep maar ook, en vooral dan bij de osteopaten, kinesitherapeuten. In de groepspraktijken van chiropractors wordt minder vaak een interdisciplinair karakter aangetroffen dan in groepspraktijken van osteopaten.
- Volwassenen zijn de voornaamste patiënten van osteopaten en chiropractors. Toch vermeldt een osteopaat op vier (24,7%) ook baby's tussen zijn voornaamste patiënten en 30% van de osteopaten zegt dat hij/zij voornamelijk wordt geconsulteerd door vrouwen.
- De voornaamste referentiebron naar de praktijk van de osteopaat of de chiropractor is een kennis van de patiënt.
- Rugproblemen zijn de meest vermelde redenen voor consultatie bij osteopathie, en meer nog bij chiropraxie.
- De wachttijd vooraleer men een afspraak kan maken is iets minder lang bij chiropractors dan bij osteopaten.
- De HVLA technieken worden vaak tot zeer vaak toegepast door de chiropractors (99%), maar bij de osteopaten worden ze overtroffen door zachte-weefsels (79,7%), viscerale (77,9%) en craniale technieken (76,8%).
- De chiropractors zien veel meer patiënten per dag dan de osteopaten. Hun consultaties duren veel minder lang hoewel een relatief gelijkaardige prijs wordt gevraagd.

5 ORGANISATORISCHE EN WETTELIJK ASPECTEN

5.1 BELGISCH EN EUROPEES WETTELIJK KADER

5.1.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft het Belgisch en Europees wettelijk kader waarin niet-conventionele praktijken al dan niet kunnen worden beoefend.

5.1.1.1 *Structuur van het hoofdstuk*

Onder de punten 5.1.2 tot en met 5.1.5 wordt de Belgische wettelijke context toegelicht, zowel voor de conventionele als de niet-conventionele praktijken. Naast het koninklijk besluit nr. 78 (punten 5.1.2.1 tot en met 5.1.2.6), wordt ook de wet Colla geschetst, met bijzondere aandacht voor de *ratio legis* (punt 6.1.3.1), en voor de actuele stand van zaken (punt 5.1.3.2). Onder punt 5.1.4 wordt de verhouding onderzocht tussen het koninklijk besluit nr. 78 en de wet Colla, gevolgd door een analyse van de gevolgen van de (niet) conventionele beoefening van de gezondheidszorg (punt 5.1.5). Punt 5.1.6 bespreekt tot slot de beoefening van de niet-conventionele geneeskunde in Europese context. De wettelijke context in Nederland, Frankrijk en Groot-Brittannië wordt kort besproken.

5.1.1.2 *Methodologie*

Zowel de online databanken Juridat en Jura, als de officiële websites van de Belgische, buitenlandse en Europese hoven en rechtbanken werden in dit onderzoek geraadpleegd in de zoektocht naar wetgeving, rechtsleer en rechtspraak. Ook de gepubliceerde rechtspraak en rechtsleer in vooraanstaande juridische tijdschriften, waaronder het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en het Rechtskundig Weekblad, werden geraadpleegd. Met betrekking tot ongepubliceerde rechtspraak werden de betrokken partijen gecontacteerd die de betreffende rechtspraak ter beschikking hebben gesteld samen met hun toestemming om deze anoniem te verwerken. Tot slot werden de belangrijke naslagwerken van experts uit het vakgebied geconsulteerd.

5.1.2 De beoefening van de conventionele gezondheidszorg in België in de zin van het koninklijk besluit nr. 78

De uitoefening van de conventionele gezondheidszorg is hoofdzakelijk terug te vinden in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Dit koninklijk besluit wordt hieronder gemakkelijksshalve "het koninklijk besluit nr. 78" genoemd.

5.1.2.1 *De uitoefening van de geneeskunst*

In het koninklijk besluit nr. 78 wordt er een onderscheid gemaakt tussen geneeskunst en geneeskunde. Onder *geneeskunst* wordt de uitoefening begrepen van de geneeskunde, de tandheelkunde inbegrepen, uitgeoefend ten opzichte van mensen, en de artseneijbereidkunde, onder hun preventief of experimenteel, curatief, continu en palliatief voorkomen.⁹⁰ Artsen, tandartsen en apothekers beoefenen aldus de geneeskunst.

5.1.2.2 *De uitoefening van de geneeskunde*

Onder de uitoefening van de *geneeskunde* wordt verstaan het gewoonlijk verrichten van elk handeling die tot doel heeft of wordt voorgesteld tot doel te hebben, bij een menselijk wezen, hetzij het onderzoeken van de gezondheidstoestand, hetzij het opsporen van ziekten en gebrekkigheden, hetzij het stellen van de diagnose, het instellen of uitvoeren van een behandeling van een fysische of psychische, werkelijke of vermeende pathologische toestand, hetzij de inenting. In België werd er voor gekozen om artsen hiertoe een wettelijk monopolie te geven. Enkel wie aan daarvoor gestelde voorwaarden beantwoordt, zijnde een diplomaverplichting, een visumplicht bij het Directoraat-generaal Gezondheidsberoepen van de FOD Volksgezondheid en een inschrijving op de lijst van de orde van geneesheren, mag de geneeskunde uitoefenen. Dit monopolie heeft een exclusief karakter. Dit wil zeggen dat met uitsluiting van alle anderen, enkel artsen bevoegd zijn om de geneeskunde uit te oefenen. Hierop bestaan er slechts twee uitzonderingen voor de vroedvrouwen en de tandartsen, die eveneens bevoegd zijn om de geneeskunde uit te oefenen, doch elk wat hun eigen domein betreft. Daarnaast vertoont dit monopolie van artsen ook een algemeen karakter in die zin dat elke arts bevoegd is om alle handelingen van de geneeskunde te beoefenen, ongeacht een eventuele (sub)specialisatie.⁹¹

5.1.2.3 *De uitoefening van de kinesitherapie*

Ook de uitoefening van de kinesitherapie is verbonden aan wettelijke voorwaarden, namelijk in het bezit zijn van een erkenning van de minister van volksgezondheid en een visum van de titel bij het Directoraat-generaal Gezondheidsberoepen van de FOD Volksgezondheid. De beoefening van de kinesitherapie is niet enkel voorbehouden aan kinesitherapeuten, vermits ook artsen de kinesitherapie mogen beoefenen (zelfs zonder specifieke erkenning daartoe). Een omgekeerde redenering gaat daarentegen niet op, waardoor het kinesitherapeuten niet is toegestaan de geneeskunde te beoefenen. Een kinesitherapeut mag overigens slechts de kinesitherapie uitoefenen na voorschrift hiertoe van een verwijzende arts. Beoefent hij de kinesitherapie zonder een voorschrift van een arts, dan maakt hij zich schuldig aan de onwettige uitoefening van de geneeskunde als hij dit op een gewoonlijke basis doet.⁹¹ Het vaststellen van een "gewoonlijke" basis wordt overgelaten aan het oordeel van de feitenrechter. Bepaalde rechters hebben reeds een gewoonte vastgesteld vanaf twee of drie handelingen (vb. Cass. 20 september 1937, Gent 2 februari 1965). Anderzijds werd er ook reeds geoordeeld dat de gewoonte niet mathematisch moet worden bekeken, maar moet worden vastgesteld rekening houdende met de omstandigheden en de bijzondere elementen van elke zaak. Er is dan sprake van een gewoonte indien blijkt dat de handelingen niet uitzonderlijk of accidenteel waren (Corr. Namen, 13 oktober 1982).⁹¹

5.1.2.4 *De uitoefening van de verpleegkunde*

Ook de uitoefening van de verpleegkunde is verbonden aan een aantal wettelijke vereisten, namelijk het beschikken over een vereiste beroepstitel alsook over de erkenning van deze beroepstitel en over een visum verkregen bij het Directoraat-generaal Gezondheidsberoepen van de FOD Volksgezondheid. Bovendien zijn de activiteiten die enkel verpleegkundigen mogen uitoefenen wettelijk opgelijst als A-, B1-, B2- en C-handelingen.⁹¹

5.1.2.5 De uitoefening van paramedische beroepen

Deze beroepsuitoefening is eveneens wettelijk geregeld. Zo hebben verscheidene koninklijke besluiten de uitoefening van deze beroepen nader omschreven, de beroepstitels ervan bepaald, de kwalificatievereisten ervan omschreven en de lijsten opgesteld van prestaties en handelingen die door deze beroepsbeoefenaars kunnen worden verricht alsook vaak de wijze waarop. Onder paramedische beroepen worden de volgende begrepen: medisch laboratorium technoloog, logopedist, ergotherapeut, bandagist, orthesist, prothesist, diëtist, technoloog medische beeldvorming, farmaceutisch-technisch assistent, orthopedist en podoloog. Ook de paramedische beroepsbeoefenaars moeten beschikken over een beroepstitel die werd geïssueerd bij het Directoraat-generaal Gezondheidsberoepen van de FOD Volksgezondheid. Bij het verlenen van het visum gaat deze commissie over tot de registratie van de beoefenaar.⁹¹

5.1.2.6 De uitoefening van het beroep van vroedvrouw

Bij wijze van uitzondering op het exclusieve monopolie van artsen tot het beoefenen van de geneeskunde, mogen ook houders van het diploma van vroedvrouw de praktijk van de normale bevallingen als geneeskundige handeling doen⁹¹ op voorwaarde dat hun beroepstitel eerst werd geïssueerd door de bevoegde geneeskundige commissie. Bovendien is er vastgelegd welke activiteiten een vroedvrouw al dan niet autonoom mag stellen en welke handelingen hij/zij niet mag stellen.

Kernboodschappen: de beoefening van de conventionele gezondheidszorg in België in de zin van het koninklijk besluit nr. 78

- **Onder de beoefening van de conventionele gezondheidszorg verstaat het koninklijk besluit nr. 78 de beoefening van de geneeskunst, de geneeskunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en het beroep van vroedvrouw.**
- **Elk van deze vormen van de beoefening van de conventionele gezondheidszorg is onderworpen aan eigen voorwaarden.**

5.1.3 De beoefening van de niet-conventionele geneeskunde in België

5.1.3.1 De wet Colla

Structuur van de wet

Een grote stap in de richting van de erkenning van de uitoefening van (bepaalde vormen van) niet-conventionele geneeskunde is er gekomen via de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artseneerbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen (B.S. 24 juni 1999). Deze wet wordt hieronder gemakkelijksshalve "de wet Colla" genoemd.

De wet Colla is een korte kaderwet die slechts uit een beperkt aantal artikelen bestaat: artikel 1 (verwijzing naar artikel 78 van de Grondwet), artikel 2 (definities, oprichting kamers), artikel 3 (paritaire commissie), artikel 4 (uitwerking van bepaalde koninklijke besluiten), artikel 5 (paritaire commissie), artikel 6 (kamers), artikel 7 (procedure), artikel 8 (individuele registratie), artikel 9 en 10 (informatieplicht), artikel 11 (strafbepaling) en artikel 12 (inwerkingtreding bepaalde artikelen).

De ratio achter de wet

Naar aanleiding van de vaststelling enerzijds dat de bevolking wereldwijd massaal gebruik maakt van de diensten van bepaalde niet-conventionele praktijken, en anderzijds dat reeds verscheidene landen van de Europese Unie regelgevend te werk waren gegaan, werd het hoog tijd om de discussie rond de registratie van niet-conventionele praktijken aan te pakken. Door een gebrek aan regelgeving in België kon immers gelijk wie één of andere vorm van behandelen beoefenen en dit zonder enige garantie inzake kwaliteit of opleiding. Er werd dan ook geoordeeld dat er onder bepaalde niet-conventionele praktijken een voldoende te verantwoorden basis aanwezig was om over te gaan tot de creatie van een wettelijk kader. Dit kader zou regels bepalen waardoor de patiënt kan rekenen op kwaliteitsvolle zorgen. Het resultaat is een dubbel registratiesysteem voor zowel niet-conventionele praktijken als voor de beoefenaars ervan. De kaderwet stelt de basisvoorwaarden vast waarbinnen beide registratiesystemen tot stand moeten komen. De registratie van een niet-conventionele praktijk heeft tot gevolg dat deze praktijk onder het wettelijk kader terechtkomt van de wet Colla hetgeen waarborgen biedt ten opzichte van patiënten.⁹² De individuele registratie biedt patiënten de garantie dat de betreffende beoefenaar aan de algemene voorwaarden voldoet die gelden voor de uitoefening van de niet-conventionele praktijken alsook aan de voorwaarden waaronder deze beoefenaar individueel geregistreerd kan worden. Hierdoor weten patiënten dat ze bij een bekwaam beroepsbeoefenaar terechtkomen. Anderzijds is dit ook belangrijk ten opzichte van de beroepsbeoefenaar zelf van een niet-conventionele praktijk nu deze hierdoor uit de “onwettige uitoefening van de geneeskunde” zal treden en dus voortaan wettig zijn praktijk zal kunnen beoefenen, zolang hij zich uiteraard aan de regels houdt.

Niet-conventionele praktijken

De wet Colla omschrijft een niet-conventionele praktijk als het gewoonlijk verrichten van handelingen die tot doel hebben de gezondheidstoestand van een menselijk wezen te bevorderen en/of te bewaken, met inachtneming van de in deze wet opgenomen voorschriften en voorwaarden. De wet beschouwt de homeopathie, de chiropraxie, de osteopathie en de acupunctuur als dergelijke praktijken. Daarnaast kunnen volgens de wet in de toekomst ook nog andere praktijken als dusdanig worden beschouwd indien de Koning ervoor kamers instelt.

De paritaire commissie

De wet Colla bepaalt dat er bij de minister die de volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft een commissie “niet-conventionele praktijken” moet worden opgericht die een centrale rol moet vervullen bij de uitvoering van de wet Colla.

Deze paritaire commissie bestaat uit meerdere kamers. Meer bepaald wordt er in de wet Colla voor elk van de niet-conventionele praktijken homeopathie, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur respectievelijk reeds in een kamer voorzien.

Binnen de zes maanden na haar instelling, moet de paritaire commissie een advies formuleren betreffende de algemene voorwaarden die gelden voor de uitoefening van alle niet-conventionele praktijken. Dit advies moet betrekking hebben op de beroepsverzekering en de minimale dekking, het lidmaatschap van een erkende beroepsorganisatie, een registratiesysteem, een regeling inzake bekendmaking (zodat de lijsten van de geregistreerde praktijken en van de geregistreerde beoefenaars ter inzage zijn van het publiek), alsook op een lijst van niet toegestane handelingen voor beoefenaars die geen arts zijn. Op basis van dit advies worden dan de algemene voorwaarden vastgesteld door de Koning bij een in ministerraad overlegd besluit. Pas als dit advies er zal zijn, zal de wet ook daadwerkelijk kunnen worden toegepast.⁹³

Naast de algemene voorwaarden, zal de commissie ook moeten adviseren over de registratie van niet-conventionele praktijken en de individuele registratie van beoefenaars.

De samenstelling van de paritaire commissie alsook de voorwaarden waaronder zij advies kan verstrekken, zijn wettelijk bepaald. Alleen zijn deze bepalingen tot op vandaag (einde 2010) nog niet uitgevoerd.

De kamers voor niet-conventionele praktijken

De wet Colla voorziet voor elk van de door haar vier erkende niet-conventionele praktijken (homeopathie, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur) in een kamer. Bijkomend kan de Koning in de toekomst kamers instellen voor andere niet-conventionele praktijken. Dit kan hij doen op eigen initiatief of op verzoek van de betrokken beroepsorganisaties die een erkenning genieten. Het gaat aldus om beroepsorganisaties van beoefenaars van een praktijk die in aanmerking kunnen komen om als niet-conventionele praktijk te worden gekwalificeerd en die door de Koning zijn erkend op grond van de door hem bepaalde criteria die betrekking hebben op de rechtspersoonlijkheid, de ledenlijst en de verbintenis om deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek en aan een externe evaluatie.

De kamers hebben als taak te adviseren bij de registratie van een niet-conventionele praktijk alsook bij de individuele registratie van de beoefenaars ervan. Elke kamer stelt bovendien de richtlijnen vast inzake de goede beoefening van de betrokken praktijk en verleent een advies aan de minister over de organisatie van een systeem van *peer review* en de regels inzake beroepsethiek.

De samenstelling alsook de manier van stemmen is wettelijk vastgelegd.

De procedure

Wat de precieze procedure betreft van de paritaire commissie en de kamers, stelt de wet Colla enkel dat de Koning de nadere voorwaarden inzake de organisatie en de werkwijze van de paritaire commissie en van de kamers moet bepalen. Dit is tot op vandaag nog niet gebeurd.

De voorwaarden voor de uitoefening van de geregistreerde niet-conventionele praktijk

Zoals hoger reeds vermeld, moet er eerst een advies worden afgewacht van de paritaire commissie over de algemene voorwaarden die gelden voor de uitoefening van alle niet-conventionele praktijken. Op grond van dit advies zal de Koning dan bij een in de ministerraad overlegd besluit deze algemene voorwaarden vaststellen. Pas dan zal de wet Colla ook effectief kunnen worden toegepast.

Bovendien moet er worden gezorgd voor een *individuele registratie van de beoefenaars* van een geregistreerde niet-conventionele praktijk. Volgens de wet Colla mag niemand immers één van de geregistreerde niet-conventionele praktijken beoefenen of handelingen stellen die tot die praktijk behoren, dan na voor die praktijk te zijn geregistreerd. De registratie wordt verleend door de minister op advies van de betrokken kamer en wordt toegekend indien de betrokkene voldoet aan de algemene voorwaarden én aan de voorwaarden waaronder de beoefenaars van een geregistreerde niet-conventionele praktijk individueel geregistreerd kunnen worden. De wet Colla voorziet in de procedures die hiertoe moeten worden gevolgd, maar nog verder moeten worden uitgewerkt door de Koning.

Wat de individuele registratie betreft, bepaalt de wet Colla overigens dat deze kan worden geschorst of ingetrokken bij wijze van sanctie op het niet naleven door een beoefenaar van de bepalingen van de wet of haar uitvoeringsbesluiten. De schorsing (van maximum één jaar) of de intrekking van de individuele registratie wordt dan bevolen door de minister op voorstel van de betrokken kamer. Ook hier voorziet de wet in een procedure die door de Koning nog verder moet worden uitgevoerd (zo heeft de wet bijvoorbeeld zelf niet voorzien in een beroepsprocedure).⁹⁴

Bovendien staan er in de wet Colla strafsancties op het beoefenen van een geregistreerde niet-conventionele praktijk of op het gewoonlijk stellen van handelingen die tot deze praktijken behoren, zonder te zijn geregistreerd of terwijl de registratie is geschorst of ingetrokken. Deze overtredingen zijn strafbaar met een geldboete en/of een gevangenisstraf.

Plichten in hoofde van de beoefenaars van een geregistreerde niet-conventionele praktijk

De wet Colla voorziet in hoofde van elke beoefenaar van een geregistreerde niet-conventionele praktijk in een *informatieplicht*.

Dit houdt vooreerst in dat er voor elk van de patiënten een *dossier* moet worden bijgehouden. Een specifieke sanctie op het overschrijden van deze bepaling is er niet, wat niet verhindert dat dit een grond kan zijn tot schorsing of intrekking van de individuele registratie.⁹³

Conform de wet Colla kan een beoefenaar van een geregistreerde niet-conventionele praktijk pas een behandeling van een patiënt starten nadat hij een *recente diagnose* omtrent zijn klacht heeft ontvangen die schriftelijk werd opgesteld door een arts. Deze verplichting geldt enkel in hoofde van beoefenaars die zelf geen arts zijn. Het is de patiënt evenwel toegestaan om af te zien van het voorafgaandelijk raadplegen van een arts. Dit dient hij dan schriftelijk te doen, wat aan het dossier moet worden toegevoegd. Het overtreden van deze vereiste is niet enkel sanctioneerbaar met de intrekking of schorsing van de individuele registratie, maar ook met een strafsanctie (namelijk een geldboete). Anderzijds is uit de parlementaire voorbereiding gebleken dat de naleving van deze verplichting een beoefenaar niet-arts niet ontslaat van zijn eigen verantwoordelijkheid. De niet-conventionele beoefenaar blijft immers verantwoordelijk voor de wenselijkheid van de behandeling die hij wil beginnen, zonder dat hij zich achteraf aldus zou kunnen bevrijden van aansprakelijkheid door louter te verwijzen naar een (foutieve) diagnose van een arts.⁹⁵

Een volgende plicht in hoofde van de beoefenaar van een geregistreerde niet-conventionele praktijk is de *voorzorgplicht*. Dit houdt in dat deze beoefenaar alle voorzorgen moet nemen om te voorkomen dat zijn patiënt een conventionele behandeling zou worden ontzegd. Uit de parlementaire voorbereiding blijkt dat het enkel zou gaan om behandelingen die noodzakelijk zijn voor de patiënt. Zo zou de beoefenaar de patiënt er bijvoorbeeld op moeten wijzen dat hij, zo nodig, een arts moet raadplegen.⁹⁵

In het kader van deze voorzorgplicht, moet de beoefenaar van de geregistreerde niet-conventionele praktijk die zelf geen arts is *informatie verstrekken* aan een arts op diens verzoek over de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt. Deze informatie-uitwisseling kan echter enkel plaatsvinden als de patiënt hiermee akkoord gaat. Ook kan deze beoefenaar tevens aan een andere beoefenaar van een niet-conventionele praktijk die geen arts is deze informatie verstrekken of inwinnen. Tot slot bepaalt de wet Colla dat een arts ook op eigen initiatief, doch enkel in het belang van de patiënt en na diens akkoord, bij de beoefenaar van een niet-conventionele praktijk informatie kan inwinnen over de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt. Opvallend hierbij is dat de wet Colla enkel spreekt over de ontwikkeling van de gezondheidstoestand, en bijvoorbeeld niet over de ingestelde behandeling.⁹³

De wet Colla voorziet bovendien expliciet in de bepaling dat de toepassing van artikel 458 van het Strafwetboek (*beroepsgeheim*) van toepassing is en blijft op een beoefenaar van een niet-conventionele praktijk die geen arts is.

De toepasselijkheid van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt voor de beoefenaar van een niet-conventionele praktijk wordt besproken onder punt 5.1.5.2.

5.1.3.2 De wet Colla op vandaag

De keuze voor een kaderwet

Bij de totstandkoming van de wet Colla is er gekozen voor een kaderwet. Deze kaderwet zou aan patiënten algemene garanties moeten bieden van allerlei aard, waarbij het de bedoeling is dat de concrete vereisten inzake opleiding, evaluatie, deontologie, registratie van de zorgverstrekkers, ... verder zouden worden uitgewerkt. Precies omdat het niet mogelijk leek, noch wenselijk, dat de overheid deze taken zelf ging invullen, werd er geopteerd voor een kaderwet waarin er voornamelijk een te volgen procedure zou worden vastgelegd. Centraal in deze kaderwet staat dan de paritaire commissie waarin zowel de klassieke geneeskunde als de alternatieve geneeswijzen vertegenwoordigd zijn en die moet bepalen welke niet-conventionele praktijken voor erkenning in aanmerking kunnen komen en vooral aan welke voorwaarden de uitoefening ervan dient te worden onderworpen.⁹⁶

Inwerkingtreding

Om te weten wanneer de wet Colla in werking is getreden, moet er een onderscheid worden gemaakt tussen de artikelen 3, 8, 9, 10 en 11 en de overige artikelen. Terwijl de artikelen 3 (paritaire commissie), 8 (individuele registratie), 9 (plichten), 10 (relatie met koninklijk besluit nr. 78) en 11 (strafbepalingen) pas in werking zullen treden zes maanden na de eerste dag van de maand volgend op de inwerkingtreding van de benoeming van de leden van de paritaire commissie, zijn de overige artikelen reeds op 4 juli 1999 in werking getreden.

De uitvoeringsbesluiten

Meer dan tien jaar later zijn er vier uitvoeringsbesluiten genomen van de wet Colla, die allen betrekking hebben op artikel 2, §1, 3°, namelijk de erkenning van de beroepsorganisaties.

Het eerste *uitvoeringsbesluit* is het koninklijk besluit van 4 juli 2001 betreffende de erkenning van beroepsorganisaties van beoefenaars van een niet-conventionele praktijk of van een praktijk die in aanmerking kan komen om als niet-conventionele praktijk gekwalificeerd te worden (B.S. 19 januari 2002). Dit koninklijk besluit legt de voorwaarden op waaraan moet zijn voldaan om als een beroepsorganisatie van een niet-conventionele praktijk erkend te kunnen worden en te blijven. De erkenning wordt verleend bij koninklijk besluit voor een hernieuwbare periode van zes jaar. De modaliteiten van het indienen van een aanvraag tot erkenning worden vastgelegd door de minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort. Dit heeft de minister gedaan via het ministerieel besluit van 30 september 2002 tot vaststelling van de modaliteiten om de erkenning aan te vragen als beroepsorganisaties van beoefenaars van een niet-conventionele praktijk of van een praktijk die in aanmerking kan komen om als niet-conventionele praktijk gekwalificeerd te worden (B.S. 5 december 2002).

Het tweede *uitvoeringsbesluit* is het koninklijk besluit van 10 februari 2003 houdende erkenning van beroepsorganisaties van beoefenaars van een niet-conventionele praktijk of van een praktijk die in aanmerking kan komen om als niet-conventionele praktijk gekwalificeerd te worden (B.S. 26 februari 2003). Via dit koninklijk besluit werden er tien beroepsorganisaties erkend van beoefenaars van een niet-conventionele praktijk of van een praktijk die in aanmerking kan komen om als niet-conventionele praktijk gekwalificeerd te worden.

Het derde *uitvoeringsbesluit* is het koninklijk besluit van 10 november 2005 houdende erkenning van beroepsorganisaties van beoefenaars van een niet-conventionele praktijk of van een praktijk die in aanmerking kan komen om als niet-conventionele praktijk gekwalificeerd te worden (B.S. 9 december 2005). Via dit koninklijk besluit werden twee bijkomende beroepsorganisaties erkend.

Het vierde en laatste uitvoeringsbesluit is het koninklijk besluit van 6 april 2010 houdende erkenning van beroepsorganisaties van een niet-conventionele praktijk of van een praktijk die in aanmerking kan komen om als niet-conventionele praktijk gekwalificeerd te worden (B.S. 12 april 2010). Via dit koninklijk besluit werd de erkenning van negen reeds erkende beroepsorganisaties verlengd en kregen twee nieuwe beroepsorganisaties van beoefenaars van een niet-conventionele praktijk eveneens een erkenning.

De gevolgen van de beperkte uitvoering

Precies doordat de wet Colla nog niet voldoende is uitgevoerd, kan deze nog niet worden toegepast.

Doordat de paritaire commissie die moet adviseren over de algemene voorwaarden voor de uitoefening van alle niet-conventionele praktijken, hun registratie en de voorwaarden voor de individuele registratie, nog niet is samengesteld, heeft deze commissie haar werkzaamheden nog niet kunnen aanvangen. Dit leidt er onder andere toe dat op vandaag een beoefenaar van een niet-conventionele praktijk (zoals een osteopaat, chiropractor, acupuncturist, homeopaat) zonder arts te zijn geen handeling zal mogen stellen die behoort tot de geneeskunde. Doet hij dit wel, dan maakt deze beoefenaar zich schuldig aan de onwettige uitoefening van de geneeskunde, wat strafbaar is. Bepaalde beroepsgroepen zoals de kinesitherapeuten mogen echter wel een aantal medische handelingen stellen op voorschrift die mogelijks overlappen met CAM handelingen.

Ook op het vlak van kwaliteitsgaranties bij de uitoefening van een niet-conventionele praktijk blijft de patiënt in de kou staan, vermits op heden *quasi* gelijk wie een niet-conventionele praktijk kan uitoefenen zonder enige opleiding te hebben genoten.

De veroordeling van de Belgische staat

Precies wegens het ontbreken van de uitvoering van de wet Colla, heeft onder andere de beroepsvereniging "Register voor de osteopaten van België" in mei 2008 de Belgische staat gedagvaard voor de rechtbank van eerste aanleg te Brussel. Deze heeft op 22 januari 2010 een vonnis geveld waarin de Belgische staat werd veroordeeld. De rechtbank oordeelde dat de Belgische staat een fout heeft begaan door te verzuimen de wet Colla binnen een redelijke termijn uit te voeren. Dit is een fout die schade berokkent aan onder andere de beroepsbelangen, eer en goede naam van de beroepsvereniging en haar leden. Deze schade zou zich in casu niet hebben voorgedaan indien de paritaire commissie was benoemd en aldus haar werk had kunnen doen zoals voorzien in de wet Colla. Vermits er een schadevergoeding in natura werd gevorderd, veroordeelde de rechtbank de Belgische staat tot het benoemen van de in de wet Colla voorziene paritaire commissie conform de wettelijke voorschriften en dit op straffe van een dwangsom van 5.000 euro per maand dat hij in gebreke blijft dit te doen vanaf de derde maand na betekening van het vonnis. Sinds juni 2010 moet de Staat dus maandelijks 5000€ dwangsom betalen aan 2 verenigingen van osteopaten.

Enkele aandachtspunten bij de uitvoering van de wet Colla

Er zijn een aantal elementen die de uitvoering van de wet Colla bemoeilijken.

SAMENSTELLING VAN DE PARITAIRE COMMISSIE

De paritaire commissie moet worden samengesteld uit onder andere "beoefenaars van een niet-conventionele praktijk"(art. 5). Er staat echter niet in art. 5 dat deze leden individueel geregistreerd moeten zijn, en de wet geeft ook geen definitie van het begrip "beoefenaar van een niet-conventionele praktijk". Bijgevolg is het niet duidelijk of de wet voor de eerste samenstelling van de paritaire commissie vereist dat deze beoefenaars geregistreerd zijn. De wet bepaalt wel dat niemand één van de geregistreerde niet-conventionele praktijken mag beoefenen of handelingen mag stellen die tot die praktijk behoren, dan na voor die praktijk te zijn geregistreerd (art. 8 § 1).

Bovendien is het in de regel zo dat het beroepsmatig uitoefenen van een niet-conventionele praktijk door een niet-arts neerkomt op onwettige uitoefening van de geneeskunde, hetgeen strafbaar is ((hoewel de recente rechtspraak eerder geneigd is deze stelling wat te temperen en met dien verstande dat sommige CAM handelingen kunnen overlappen met de wettelijk toegestane handelingen die mogen worden uitgevoerd door kinesitherapeuten, zij het op medisch voorschrift) .⁹⁰ Indien men dus stelt dat registratie niet nodig is voor de leden beoefenaars van een niet-conventionele praktijk van de paritaire commissie, zal deze mogelijk leden bevatten die de geneeskunde op onwettige manier uitoefenen. Om conform te zijn met de huidige wetgeving (de wet Colla iuncto het koninklijk besluit nr. 78) zou de paritaire commissie enkel uit artsen mogen bestaan. Dit zou echter ingaan tegen het "paritair" karakter zoals dat wettelijk is vastgesteld. Bovendien blijft het probleem bestaan dat artsen die eveneens een niet-conventionele praktijk beoefenen en die als "beoefenaar van een niet-conventionele praktijk" zetelen in de paritaire commissie, ook als arts moeten voldoen aan de voorwaarden van de wet Colla en dus ook moeten geregistreerd zijn.

Indien men aanneemt dat een individuele registratie wel nodig is voor een eerste samenstelling van de paritaire commissie, rijst er een probleem aangezien een individuele registratie maar mogelijk is mits de registratievoorwaarden bij koninklijk besluit zijn vastgesteld. Dit koninklijk besluit met registratievoorwaarden is maar mogelijk mits het advies van de paritaire commissie. Maar deze paritaire commissie geraakt niet samengesteld, zolang er geen (geregistreerde) beoefenaars van de niet-conventionele praktijk zouden bestaan. In deze interpretatie zou dus een wetswijziging vereist zijn om de vicieuze cirkel te doorbreken .^{97, 98} De samenstelling van de paritaire commissie zonder een voorafgaandelijke wetswijziging impliceert mogelijks risico, zoals het juridisch aanvechten van de samenstelling van de paritaire commissie (inclusief alle beslissingen met rechtsgevolgen uitgaande van deze paritaire commissie).

WETTELIJKE BEKRACHTIGING VAN HET KONINKLIJK BESLUIT VAN 6 APRIL 2010 HOUDENDE ERKENNING VAN BEROEPSORGANISATIES VAN EEN NIET-CONVENTIONELE PRAKTIJK OF VAN EEN PRAKTIJK DIE IN AANMERKING KAN KOMEN OM ALS NIET-CONVENTIONELE PRAKTIJK GEKWALIFICEERD TE WORDEN.

Het lijkt ook eigen te zijn aan de kaderwet zelf dat het uitvoeringswerk een werk van lange adem zou zijn. De volledige inwerkingtreding van de wet is dan ook afhankelijk van de uitvaardiging van een hele reeks besluiten. Bovendien zijn verscheidene uitvoeringsbesluiten onderworpen aan posterieure, parlementaire bekrachtiging.

Zo bijvoorbeeld het koninklijk besluit van 6 april 2010 houdende erkenning van beroepsorganisaties van een niet-conventionele praktijk of van een praktijk die in aanmerking kan komen om als niet-conventionele praktijk gekwalificeerd te worden. ⁹⁹ De erkenning van beroepsorganisaties is noodzakelijk voor de samenstelling van de kamers en de paritaire commissie. De wettelijke bekrachtiging van dit koninklijk besluit volgde op 19 november 2010.

Het koninklijk besluit kan echter volgens de wet Colla geen uitwerking hebben zo het niet bij wet is bekrachtigd vóór het einde van de zesde maand na de bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad.

In casu werd het koninklijk besluit van 6 april 2010 gepubliceerd in het Belgisch staatsblad van 12 april 2010. Dit wil zeggen dat – om uitwerking te hebben – het uiterlijk op 12 oktober 2010 diende te worden bekrachtigd door de kamer en senaat. Vermits de bekrachtiging evenwel dateert van 19 november 2010, is deze laattijdig.

Men zou kunnen argumenteren dat de wetgever in beginsel zijn opvolgers evenwel niet kan binden en een nieuwe wetgever moet kunnen beslissen om de bekrachtiging zelfs te laten volgen na deze termijn van zes maanden. Deze redenering doet echter de vraag rijzen of dit te rijmen valt met het gelijkheidsbeginsel (artikelen 10 en 11 Grondwet) , het algemeen principe dat iedere burger (wettelijk) gelijke rechten en een gelijke behandeling in gelijke gevallen toekent.

Men kan zich de vraag stellen of het doorvoeren van wijzigingen aan een algemene regel via een individuele wettelijke toepassing geen afbreuk doet aan het feit dat elke burger ten opzichte van de overheid recht heeft op een gelijke toepassing van de wet? Met de bekrachtiging van de individuele erkenning van de beroepsverenigingen heeft de wetgever immers afgeweken van de algemene regeling die de 6 maanden termijn heeft vastgesteld. De leden van de beroepsverenigingen die in de toekomst zullen worden erkend hebben dus geen rechtszekerheid (meer) omtrent de termijn binnen dewelke het hun betreffende “erkenningsKB” wettelijk zal worden bekrachtigd.

Het gevolg van een laattijdige bekrachtiging bestaat erin dat het betreffende koninklijk besluit geen uitwerking kan hebben en dus ook geen rechtsgevolgen kan teweegbrengen (zoals de aanduiding van de leden van de kamers).

Een mogelijke oplossing zou er in bestaan het koninklijk besluit opnieuw te laten publiceren, waarna het (wel) binnen de zes maanden wordt bekrachtigd.

WETGEVING EN PRAKTIJK OP ELKAAR AFSTEMMEN

Het uitvoeren van de wet Colla wordt daarenboven bemoeilijkt door het feit dat de niet-conventionele praktijken sedert 1999 zich meer en meer verspreid hebben en sindsdien ononderbroken zijn verder geëvolueerd, hierbij niet gehinderd door het feit dat de regelgeving niet (mee) geëvolueerd is. Zo wordt bijvoorbeeld acupunctuur ondertussen thans onderwezen in bepaalde faculteiten geneeskunde, zo biedt de ULB een opleidingscyclus osteopathie aan, en zo worden bepaalde prestaties ondertussen terugbetaald door de ziekenfondsen in het kader van de aanvullende verzekering. Al deze nieuwe gegevens dienen nader te worden geanalyseerd alvorens de kaderwet nauwkeurig kan worden uitgewerkt.¹⁰⁰ Wetgeving en praktijk evolueren dan ook elk aan hun eigen tempo, wat een wetgevende inhaalbeweging bemoeilijkt.

Ook de vaststelling dat de situatie van elke beroepspraktijk zeer verschillend is, bemoeilijkt de uitvoering van de wet. Zo stelt de wet dat de helft van de leden van een kamer bestaat uit beroepsbeoefenaars van de betrokken niet-conventionele praktijk die worden voorgedragen door **een** erkende beroepsvereniging. Wanneer er verschillende beroepsverenigingen bestaan, zoals dat het geval is voor de osteopaten, zou aan **al** deze beroepsverenigingen de mogelijkheid moeten worden geboden om een lid voor te dragen.

Kernboodschappen: de beoefening van de niet-conventionele geneeskunde in België

- De wet Colla van 29 april 1999 is een kaderwet die via een beperkt aantal artikelen de beoefening van de niet-conventionele geneeskunde in België wil regelen.
- De wet Colla beoogt regels te bepalen waardoor de patiënt kan rekenen op kwaliteitsvolle zorgen. Dit wordt voornamelijk gerealiseerd door een dubbel registratiesysteem: registratie van de niet-conventionele praktijken en registratie van de individuele beoefenaar.
- De wet Colla geeft een omschrijving van een niet-conventionele praktijk en beschouwt de homeopathie, de chiropraxie, de osteopathie en de acupunctuur als een dergelijke praktijk.
- Een paritaire commissie moet worden opgericht die een centrale rol zal vervullen bij de uitvoering van de wet Colla. Deze commissie moet onder andere een advies verstrekken over de algemene voorwaarden die gelden voor de uitoefening van alle niet-conventionele praktijken en de voorwaarden waaraan de beroepsbeoefenaars van een niet-conventionele praktijk moeten voldoen om individueel te kunnen worden geregistreerd.
- Voor elk van de erkende niet-conventionele praktijken wordt een kamer opgericht. Deze kamers adviseren bij de registratie van een niet-conventionele praktijk en van een individuele beoefenaar.
- De wet Colla voorziet in sancties bij het overtreden van bepaalde regels.
- De beoefenaars van een geregistreerde niet-conventionele praktijk zijn onderworpen aan allerlei plichten.

5.1.4 De verhouding tussen de wet Colla en het koninklijk besluit nr. 78

5.1.4.1 Algemeen

Naar aanleiding van de wet Colla is de vraag gerezen naar de positionering ten opzichte van het koninklijk besluit nr. 78.

Opmerkelijk is de grote gelijkenis tussen de definitie van een niet-conventionele praktijk in de wet Colla, (namelijk het gewoonlijk verrichten van handelingen die tot doel hebben de gezondheidstoestand van een menselijk wezen te bevorderen en/of te bewaken, met inachtneming van de in deze wet opgenomen voorschriften en voorwaarden) en de definitie van het (on)wettig uitoefenen van de geneeskunde zoals gegeven in het koninklijk besluit nr. 78 (namelijk het gewoonlijk verrichten van elke handeling die tot doel heeft of wordt voorgesteld tot doel te hebben, bij een menselijk wezen, hetzij het onderzoeken van de gezondheidstoestand, hetzij het opsporen van ziekten en gebrekkigheden, hetzij het stellen van de diagnose, het instellen of uitvoeren van een behandeling van een fysische of psychische, werkelijke of vermeende pathologische toestand, hetzij de inenting). Deze laatste omschrijving is zo ruim dat ook een niet-conventionele praktijk eronder valt.⁹³

In haar advies bij het wetsontwerp van de wet Colla, oordeelde de Raad van State, afdeling wetgeving, dat de omschrijving van niet-conventionele praktijk zo ruim is dat ze slaat op handelingen die onder het vigerende recht beschouwd moeten worden als behorende tot de uitoefening van de geneeskunde, waardoor het gaat om praktijken die eveneens in het koninklijk besluit nr. 78 worden geregeld. Anderzijds oordeelde de Raad van State dat het niet-conventionele karakter van de praktijken erin bestaat dat ze beoefend worden met inachtneming van de in de wet Colla opgenomen voorschriften en voorwaarden, met als gevolg dat de beoefenaar van deze praktijken de keuze heeft: ofwel stelt hij de desbetreffende handelingen met inachtneming van de bepalingen van de wet Colla, ofwel houdt hij zich aan de bepalingen van het koninklijk besluit nr. 78. In het eerste geval beoefent hij een niet-conventionele praktijk, in het andere geval een conventionele praktijk.

Op deze manier wordt er volgens de Raad van State een strikte scheiding in het leven geroepen tussen de conventionele en de niet-conventionele praktijken.¹⁰¹

De vraag rijst dan ook of het mogelijk is dat een bepaalde persoon op hetzelfde ogenblik een conventionele en een niet-conventionele praktijk kan uitoefenen. De wet Colla sluit dit alvast niet uit.

5.1.4.2 *Concreet: de uitoefening van een niet-conventionele praktijk door een arts*

Volgens de wet Colla is elkeen strafbaar die één van de geregistreerde niet-conventionele praktijken beoefent of gewoonlijk handelingen stelt die tot deze praktijken behoren zonder geregistreerd te zijn. De vraag stelt zich dan in welke mate een arts zich al dan niet moet laten registreren voor het kunnen beoefenen van een niet-conventionele praktijk.

Volgens de Raad van State, afdeling wetgeving, heeft een arts als beoefenaar van een niet-conventionele praktijk bij het stellen van de desbetreffende handelingen de keuze tussen de toepassing van (1) de bepalingen van de wet Colla, of (2) de bepalingen van het koninklijk besluit nr. 78. In het eerste geval beoefent hij een niet-conventionele praktijk, in het andere geval een conventionele praktijk.¹⁰¹

Zo kan een arts een geregistreerde niet-conventionele praktijk uitoefenen op grond van de wet Colla. In dat geval spreekt het voor zich dat hij ook de bepalingen van deze wet moet eerbiedigen, waaronder de verplichting zich te laten registreren. Indien de arts handelingen stelt die behoren tot de geneeskunde, zal hij bovendien de bepalingen van het koninklijk besluit nr. 78 moeten respecteren. Dit is expliciet voorzien in de wet Colla die bepaalt dat voor de beoefenaars van geregistreerde niet-conventionele praktijken die worden bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 in de artikelen 2, 3, 21 bis, 21 quater en 22 (namelijk de artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedici), de regels van het koninklijk besluit nr. 78 onverminderd gelden voor zover het hen door of krachtens het koninklijk besluit nr. 78 toegekende bevoegdheden betreft.⁹³

Anderzijds kan een arts die niet-conventionele praktijken wil beoefenen er voor kiezen zich niet te laten registreren. Deze praktijken vallen immers ook onder de ruime definitie van de uitoefening van de geneeskunde conform het koninklijk besluit nr. 78. Op juridisch vlak heeft dit wel tot gevolg dat hij *sensu stricto* geen geregistreerde niet-conventionele praktijk uitoefent gezien hij de vereisten van de wet Colla niet naleeft.⁹³ In dat geval moet de arts zich wel nog steeds blijven gedragen als een normaal voorzichtig arts en moet hij zich onthouden van medische handelingen waarvoor hij niet voldoende onderlegd is.¹⁰²

Tot slot zou een arts ook een geregistreerde niet-conventionele praktijk kunnen beoefenen die (hypothetisch gezien) niet neerkomt op een uitoefening van de geneeskunde. In dat geval zal enkel de wet Colla van toepassing zijn en zal de arts zich moeten laten registreren. Omdat het koninklijk besluit nr. 78 dan niet van toepassing is, zal de arts ook geen geneeskundige handelingen mogen verstrekken. Weliswaar kan de Koning, op grond van de wet Colla, één of meer bepalingen van het koninklijk besluit nr. 78 na advies van de paritaire commissie van toepassing laten verklaren op onder andere artsen met betrekking tot handelingen buiten de hen door of krachtens het koninklijk besluit nr. 78 toegekende bevoegdheden.⁹³

5.1.4.3 *Concreet: de uitoefening van een niet-conventionele praktijk door een niet-arts*

De ruime definities in de wet Colla leiden ertoe dat bepaalde handelingen die tot het exclusieve domein van de (conventionele) geneeskunde behoorden, voortaan ook door niet-artsen mogen worden uitgeoefend. Dit laatste is evenwel enkel het geval voor zover het gaat om niet-conventionele praktijken waarvan de voorwaarden zijn vervuld.¹⁰²

Het was de bedoeling om niet-conventionele praktijken in beginsel te onttrekken aan het toepassingsgebied van het koninklijk besluit nr. 78. Wel zou de Koning de strafbepalingen uit het koninklijk besluit nr. 78 voor onrechtmatige beroepsuitoefening van toepassing kunnen verklaren op de beoefenaars van een niet-conventionele praktijk.⁹³

Bovendien respecteert de wet Colla het monopolie van de artsen, waarvan getuige de vereiste dat een niet-arts in beginsel voorafgaandelijk aan de niet-conventionele behandeling een schriftelijke, recente diagnosestelling die werd opgesteld door een arts omtrent de klacht van zijn patiënt in zijn dossier moet hebben en dit op straffe van een geldboete. Een patiënt kan echter ook zijn recht uitoefenen om niet eerst te passeren via een arts, maar zich direct tot een niet-arts beroepsbeoefenaar van een niet-conventionele praktijk te wenden. In dat geval moet een schriftelijke verklaring hierover van de patiënt aan het dossier worden toegevoegd en zal de niet-arts beroepsbeoefenaar wel een diagnose stellen. Daar komt nog bij dat een beroepsbeoefenaar van een niet-conventionele praktijk ook zal moeten afwijken van een diagnose van een arts als hij meent dat deze verkeerd is. Hij zal niet de diagnose van een arts kunnen inroepen om zijn eigen verantwoordelijkheid te ontlopen nu elkeen aansprakelijk zal zijn ten belope van zijn aandeel in de schade.¹⁰²

Kernboodschappen: de verhouding tussen de wet Colla en het koninklijk besluit nr. 78

- De omschrijving van het beoefenen van de geneeskunde in het koninklijk besluit nr. 78 is zo ruim dat ook een niet-conventionele praktijk eronder valt.
- Een arts heeft als beoefenaar van een niet-conventionele praktijk de keuze tussen het beoefenen van een niet-conventionele praktijk in welk geval hij de bepalingen van de wet Colla moet respecteren, of het beoefenen van een conventionele praktijk in welk geval hij de bepalingen van het koninklijk besluit nr. 78 moet respecteren.
- Bij de uitoefening van een niet-conventionele praktijk door een niet-arts moet er in principe voorafgaandelijk aan de niet-conventionele behandeling een schriftelijke en recente diagnosestelling worden voorgelegd die werd opgesteld door een arts omtrent de klacht (behalve als de patiënt beslist om voorafgaandelijk geen arts te consulteren).

5.1.5 De gevolgen van de (niet) conventionele beoefening van de gezondheidszorg

5.1.5.1 *Het stellen van een diagnose*

Enkel de houders van een diploma van arts en licentiaat in de tandheelkunde zijn in België gerechtigd om een diagnose te stellen en een behandeling voor te schrijven. Hierin beschikken ze over een principiële therapeutische en diagnostische vrijheid.⁹⁰ Voor de diagnose en de behandeling kunnen ze dus de middelen gebruiken die ze geschikt achten, inclusief de niet-conventionele praktijken. Beoefenaars van de gezondheidszorg die geen houder zijn van een dergelijk diploma en die (gewoonlijk) overgaan tot een diagnosestelling of een instelling van een behandeling, begaan daarentegen een onwettige uitoefening van de geneeskunde waarop strafsancities staan.

5.1.5.2 *De toepassing van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt*

De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (“wet patiëntenrechten”, publicatie B.S. 26 september 2002) is van toepassing op contractuele en buitencontractuele privaatrechtelijke en publiekrechtelijke rechtsverhoudingen inzake gezondheidszorg verstrekt door een beroepsbeoefenaar aan een patiënt.

Onder “beroepsbeoefenaar” wordt in de zin van wet patiëntenrechten verstaan de beoefenaar bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 alsmede de beroepsbeoefenaar van een niet-conventionele praktijk bedoeld in de wet Colla.

Hoewel het duidelijk de bedoeling is van de wet patiëntenrechten om ook de beoefenaars van een niet-conventionele praktijk onder het toepassingsgebied ervan te laten vallen, is dit in praktijk nog niet het geval. Immers, pas zodra de wet Colla in werking getreden zal zijn, zullen de betrokken beroepsbeoefenaars de rechten van de patiënt moeten eerbiedigen. Bij gebrek aan uitvoeringsbesluiten zijn de voornaamste bepalingen van de wet Colla nog niet in werking getreden. Zodra ook de sleutelbepalingen van de wet Colla effectief in werking zullen treden, zal de wet patiëntenrechten (automatisch) van toepassing worden op deze beroepsbeoefenaars. Dit heeft tot gevolg dat de beoefenaar van een niet-conventionele praktijk ook rekening zal moeten houden met de principes van de wet patiëntenrechten. Denk maar aan het recht van de patiënt op een kwaliteitsvolle dienstverlening, op informatie over zijn gezondheidstoestand, op een voorgelichte, voorafgaande en vrije toestemming, op een weigering en een intrekking van de toestemming, op een behoorlijk bijgehouden patiëntendossier, op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en respect voor de intimiteit, ...

5.1.5.3 *De toepassing van de wet vergoeding schade gezondheidszorg*

De wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (publicatie B.S. 2 april 2010), regelt de vergoeding van de schade die haar oorzaak vindt in een verstrekking van gezondheidszorg en die voortvloeit uit ofwel een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van een zorgverlener, ofwel een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid. In dat geval kunnen patiënten een vergoeding krijgen van het fonds voor de medische ongevallen. Deze wet heeft evenwel in een aantal uitzonderingen hierop voorzien, zoals in het geval van experimenten of niet terugbetaalde esthetische ingrepen. Ook indien er sprake is van een fout in hoofde van een zorgverlener waarvoor deze aansprakelijk is, zal het fonds in bepaalde gevallen niet tussenkomen.

In het kader van deze wet wordt “gezondheidszorg” ruim opgevat. Het gaat namelijk om door zorgverleners verstrekte diensten met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden. Ook de invulling van de term “zorgverlener” wordt vrij ruim opgevat. Onder de zorgverleners vallen immers zowel de beroepsbeoefenaars als de verzorgingsinstellingen. Onder de “beroepsbeoefenaars” vallen op hun beurt niet alleen de beroepsbeoefenaars van de conventionele gezondheidszorg (artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, apothekers, enz.), maar ook de beoefenaars van de niet-conventionele praktijken. Doch, dit laatste opnieuw pas vanaf de inwerkingtreding van de wet Colla.

5.1.5.4 *De vergoeding van een behandeling*

In België geldt er een verplichting zich te verzekeren voor een basispakket aan conventionele gezondheidszorg. Een patiënt die hierop beroep doet, zal in principe hiervoor (geheel of gedeeltelijk) vergoed worden via een tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering. Doet een patiënt daarentegen beroep op niet-conventionele gezondheidszorg, dan zal hij geen tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering genieten. Enkel in de mate de niet-conventionele gezondheidszorg verstrekt wordt door een zorgverlener met een RIZIV inschrijvingsnummer, is er in praktijk reeds sprake van een zekere tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering (vb. een arts die tevens homeopaat is en een patiënt behandelt, kan een consult aanrekenen aan het RIZIV).¹⁰³

Patiënten zijn evenwel vrij om voor een alternatieve behandeling te kiezen. Elke persoon heeft immers recht op een vrije keuze van behandeling. Voor deze alternatieve behandeling zal de verplichte ziekteverzekering niet tegemoetkomen. Desalniettemin zijn er zorgverzekeraars die via een aanvullende vrije verzekering een terugbetaling aanbieden voor bepaalde alternatieve behandelingen.

Wegens het toenemend gebruik van niet-conventionele geneeskunde, zijn de ziekenfondsen, als emanatie van hun leden, ook bepaalde vormen van niet-conventionele geneeskunde (deels) gaan vergoeden. Vermits ziekenfondsen vrije instellingen zijn, kunnen zij beslissingen nemen met betrekking tot aanvullende verzekeringen zonder hiertoe in principe toestemming te moeten vragen aan de staat, behalve van de controledienst op de ziekenfondsen. Hierdoor is het mogelijk om de dienstverlening aan te passen aan de evoluerende behoeften van de leden. *In casu* is dit gebeurd door (bepaalde) niet-conventionele geneeswijzen op te nemen binnen de veralgemeende aanvullende verzekering. Bij de meeste ziekenfondsen is deze tussenkomst beperkt tot een aantal niet-conventionele geneeswijzen en daarbinnen slechts onder bepaalde voorwaarden (vb. geplafonneerde terugbetaling).¹⁰³

Volgens critici stellen ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen zich op die manier als commerciële instanties boven de wet en geven ze met de terugbetaling van alternatieve geneeswijzen een misleidend signaal aan de bevolking. Zo zou uit de terugbetaling een aanbeveling naar patiënten toe kunnen worden afgeleid voor een niet gereguleerde en niet erkende behandeling waarvan het nut zeer beperkt is en waarvan de gevaren niet te verwaarlozen zijn.¹⁰⁴

De discussie in welke mate de staat en/of ziekenfondsen moeten tussenkomen in alternatieve geneeswijzen, werd aangewakkerd in januari 2004 nadat er aan de universiteit van Gent een dertigtal sceptici een overdosis homeopathie hadden geslikt (namelijk 30 ml van een C30 verdunning (1 op 10⁶⁰) van slangengif, arsenicum, belladonna (wolfskers), hondemelk of kakkerlakkenextract). Deze zelfmoordstunt met een homeopathisch middel had tot doel aan te tonen dat er in homeopathische geneesmiddelen geen werkzame stoffen zitten, alsook op die manier de ziekenfondsen aan te klagen omdat zij onbewezen behandelingen vergoeden op basis van het criterium "tevredenheid van de klant" en niet op basis van "bewezen werkzaamheid".

5.1.5.5 De opleiding

Thans wordt acupunctuur in bepaalde faculteiten geneeskunde onderwezen. De Universiteit Libre de Bruxelles heeft in 2004 een volledige opleidingscyclus osteopathie opgestart.

In Vlaanderen kan een opleiding in de osteopathie in niet gesubsidieerd privaat onderwijs worden gevolgd (vb. aan de *International Academy of Osteopathy* (IAO) te Gent of aan het *Flanders International College of Osteopathy* (FICO) te Antwerpen). De ULB biedt daarentegen sinds het academiejaar 2004-2005 eveneens een opleiding aan in de osteopathie. De opleiding maakt deel uit van het instituut voor bewegingswetenschappen en betreft een aanvullende masteropleiding. Deze complementaire *master* wordt enkel voorbehouden voor de houders van een diploma in de bewegingswetenschappen met oriëntatie in de osteopathie. Deze complementaire *master* wordt gedoceerd door docenten uit de faculteiten geneeskunde en bewegingswetenschappen en de osteopathische praktijkvakken door osteopaten DO. Het bestaat uit drie bachelorjaren, gevolgd door een tweejarige masteropleiding, en wordt afgesloten door een éénjarige MaNaMa. Deze universitaire en officiële opleiding, overigens de eerste in Europa, werd mogelijk gemaakt door het decreet van 31 maart 2004 van de Franse Gemeenschap betreffende de organisatie van het hoger onderwijs ter bevordering van de integratie in de Europese ruimte van het hoger onderwijs en betreffende de herfinanciering van de universiteiten (B.S. 18 juni 2004). Dit decreet kadert in de Europese Bologna-hervorming. Hoewel er aan de ULB een diploma in de osteopathie kan worden bekomen, doet dit geen afbreuk aan het feit dat de uitoefening van het beroep op heden nog niet is erkend, waardoor het uitoefenen van dit beroep strikt gezien kan worden beschouwd als de onwettige uitoefening van de geneeskunde.

5.1.5.6 De aansprakelijkheid voor de uitoefening van een niet-conventionele praktijk

Zolang de wet Colla niet is uitgevoerd, rijzen er veel vragen omtrent de aansprakelijkheid die hiermee gepaard gaat. Vaak moet er een afweging worden gemaakt in welke mate de beoefenaar van een niet-conventionele praktijk zich op het terrein van een geneeskundige handeling heeft begeven. Enkele voorbeelden illustreren dit.

Op 9 juni 2009 diende de correctionele rechtbank van Brugge zich uit te spreken over een kinesitherapeut die de acupunctuur beoefent. De Belgische Vereniging der Geneesheren Acupuncturisten (in het vonnis genoemd: "Beroepsvereniging van Geneesheren Akupuncturisten van België") had een klacht met burgerlijke partijstelling ingediend wegens het onwettig uitoefenen van de geneeskunde/artsenijbereidkunde. In het vonnis verwijst de voorzitter naar een arrest van 20 juni 1990 van het Hof van Cassatie waarin het Hof oordeelde dat de beoefening van de acupunctuur behoort tot het stellen van daden van geneeskunde (zie ook verder). Verder stelt de voorzitter dat de acupunctuur daarnaast ook behoort tot de niet-conventionele praktijken in de geneeskunde en ze volgens de wet Colla aan het toepassingsgebied van het koninklijk besluit nr. 78 wordt onttrokken in de mate dat ze wordt verricht met in achtname van de voorschriften en voorwaarden opgenomen in de wet Colla. Door het feit evenwel dat deze wet nog niet van kracht is, kan een acupuncturist niet voldoen aan de gestelde voorwaarden, wat tot gevolg heeft dat ondertussen enkel erkende artsen wettig handelingen kunnen stellen die door de wet Colla worden beschouwd als handelingen van een niet-conventionele praktijk. De betreffende acupuncturist komt hierdoor aldus terecht in de onwettige beroepsuitoefening. Toch spreekt de correctionele rechtbank de betreffende acupuncturist vrij. De voorzitter benadrukt dat de toepassing van niet-conventionele geneeswijzen tot een maatschappelijke realiteit behoren, zoals ook bevestigd door de wet Colla en door verscheidene ziekenfondsen. De voorzitter wijst op de volgende tegenstrijdigheid die hierdoor in het leven wordt geroepen: enerzijds zijn er de acupuncturisten die een gedegen opleiding hebben genoten, een acupunctuurdiploma bezitten en die lid zijn van een erkende beroepsorganisatie maar die wel onwettig de geneeskunde uitoefenen, en anderzijds zijn er de artsen die wel daden van acupunctuur mogen stellen in het kader van hun therapeutische vrijheid maar helemaal geen opleiding hiertoe hebben genoten. Dit doet de voorzitter een wending nemen: de acupuncturist zou ervoor kunnen kiezen de patiënt die op hem beroep doet omwille van zijn acupunctuurbekwaamheid niet door middel van acupunctuur te behandelen, maar door zo te handelen zijn professionele verantwoordelijkheid ontwijkt die stelt dat het zijn plicht is om zijn patiënten de nodige hulp te verschaffen en op die manier aldus een strafbare handeling dreigt te stellen door het misdrijf schuldig hulpverzuim (artikel 422bis Strafwetboek). De plicht voor het verstrekken van kwaliteitsvolle zorgen kan de acupuncturist ertoe noodzaken een acupunctuurbehandeling toe te passen, hoewel dit volgens de huidige stand van zaken een overtreding inhoudt op het koninklijk besluit nr. 78. De rechtbank oordeelt dan ook dat er in hoofde van de beklagde een *rechtvaardigende noodtoestand* kan worden weerhouden ten gevolge van de paradoxale vaststelling dat de beklagde (wegens het uitblijven van uitvoeringsbesluiten) het koninklijk besluit nr. 78 overtreedt ter vrijwaring van een hoger rechtsgoed, namelijk de kwaliteitsvolle verzorging van zijn patiënten. Ondertussen werd er tegen dit vonnis door het openbaar ministerie hoger beroep aangetekend. Een uitspraak in hoger beroep is er nog niet ten tijde van het afsluiten van dit onderzoek.

In een andere casus bevestigde het hof van beroep te Antwerpen op 25 juni 2010 een vrijspraak van een beklagde die eerder werd vrijgesproken voor gelijkaardige feiten door de correctionele rechtbank te Turnhout op 13 februari 2009. Het betrof een kinesitherapeut die na het volgen van een opleiding acupunctuur deze praktijk beoefende. Ook hij werd vervolgd voor de uitoefening van de onwettige geneeskunde wegens het als niet-arts uitoefenen van de acupunctuur. De voorzitter van de correctionele rechtbank stelde vooreerst vast dat de beklagde als kinesitherapeut een volwaardig medisch beroep uitoefende, waardoor hij bepaalde wettelijke opgesomde handelingen wettig mag verrichten, zonder zich daarbij schuldig te maken aan de onwettige uitoefening van de geneeskunde.

Hieronder vallen ook bepaalde geneeskundige handelingen die weliswaar enkel in samenspraak met een behandelend arts mogen worden verricht. Vervolgens stelde de voorzitter vast dat de uitoefening van de acupunctuur evenwel geen conventionele praktijk is die valt onder het koninklijk besluit nr. 78, maar wegens de niet-uitvoering van de wet Colla zich in een juridisch vacuüm bevindt. Daarenboven benadrukte de voorzitter dat er nergens een uitdrukkelijk wettelijk verbod voor kinesitherapeuten bestaat om de acupunctuur te beoefenen en dat uit de wet Colla blijkt dat het de bedoeling is dat ook kinesitherapeuten onder bepaalde voorwaarden niet-conventionele praktijken zouden kunnen uitoefenen. Bijkomend verwees de voorzitter naar het koninklijk besluit van 10 februari 2003 waarin onder andere de Belgische beroepsvereniging van acupuncturisten werd erkend. Uit het feit dat er onder de leden van deze beroepsvereniging zich ook niet-artsen bevinden, leidde de voorzitter af dat deze erkenning door de overheid moet worden beschouwd als een erkenning van het legitieme karakter van het beoefenen van de acupunctuur door niet-artsen. Verder stelde de voorzitter dat een kinesitherapeut die de acupunctuur beoefent, dit moet doen volgens de beperkingen en verplichtingen die gelden wanneer hij een conventionele praktijk beoefent en dit precies wegens het juridisch vacuüm dat er heerst. Gelet op het feit dat de beklaagde een ernstige opleiding inzake acupunctuur heeft gevolgd en lid is van een erkende beroepsvereniging, alsook gelet op het feit dat hij *in casu* aantoonde dat hij steeds handelt in samenspraak met een behandelend arts, oordeelde de voorzitter dan ook dat de beklaagde bij gebrek aan wettelijk uitvoerbare voorwaarden, aan alle voorwaarden voldeed die thans mogelijk zijn om vanuit een medisch beroep de acupunctuur te beoefenen, alsook dat hij de beperkingen en de voorwaarden gesteld aan kinesitherapeuten volgens het koninklijk besluit nr. 78 naleefde. De voorzitter verwijst eveneens naar een interpretatie van het hof van beroep te Gent in een arrest van 28 juni 2000 waarin werd gesteld dat een kinesitherapeut zich schuldig maakt aan de onwettige uitoefening van de geneeskunde wanneer hij vanuit de kennis van de Chinese geneeskunde en de acupunctuur tot een eigen diagnose komt en op die basis een behandeling uitvoert, en sluit zich bij deze interpretatie aan. In het geval waarover het hof van beroep te Gent diende te oordelen, maakte de beklaagde zich schuldig aan de onwettige uitoefening van de geneeskunde, doch werd hem de gunstmaatregel van de opschorting van de uitspraak van de veroordeling toegekend wegens de ernstige opleiding van de beklaagde en het getalm van de wetgever. (Gent 28 juni 2000, T. Gez. 2001-02, 195).

De recente rechtspraak aanvaardt dus niet langer zonder meer dat iemand die een niet-conventionele praktijk beoefent zonder arts te zijn, zich automatisch schuldig maakt aan de onwettige uitoefening van de geneeskunde. Weliswaar valt er op te merken dat een vrijspraak vaak niet volgt omdat er geen sprake is van een onwettige uitoefening van de geneeskunde (waar het *in se* eigenlijk om gaat), maar eerder via een "omweg" zoals de vaststelling dat er (al lang) een juridisch vacuüm is, of de theorie van de rechtvaardigende noodtoestand. Dit zijn rechtsfiguren uit het gemeen strafrecht, die dus geen inhoudelijke band hebben met het koninklijk besluit nr. 78.

Oudere rechtspraak gaat vaker over tot een veroordeling. Denk maar aan de veroordeling op 14 september 1999 van een *Chinese arts* door de rechtbank van eerste aanleg te Gent voor de onwettige uitoefening van de geneeskunde en de artseneijbereidkunde. Het betrof een arts uit China die in België en Nederland onder andere de acupunctuur en de fytotherapie beoefende alsook kruiden toediende. Hoewel hij te China een opleiding als arts had genoten, liet hij in België dit diploma niet erkennen wegens de omslachtige en langdurige procedure. Hierdoor mocht hij in België geen daden stellen die behoren tot de geneeskunde of de artseneijbereidkunde. Hij riep in dat hij de geneeskunde niet beoefende. Tevergeefs echter, vermits zowel de rechtsleer als de rechtspraak in België aanvaarden dat het beoefenen van de acupunctuur deel uitmaakt van de geneeskunde. Volgens een arrest van het Hof van Cassatie van 20 juni 1990 moet het koninklijk besluit nr. 78 immers niet eng worden geconcipeerd en beheerst het ook de alternatieve geneeskunst.¹⁰⁵

Hoewel de Chinese arts de wet Colla inriep inzake de acupunctuur (op dat moment nog niet gepubliceerd, wel bekrachtigd en afgekondigd door de Koning), oordeelde de rechter dat de arts zich hierop niet kon beroepen nu hij niet was geregistreerd als een beoefenaar van de acupunctuur. Dit laatste kan tot op heden nog steeds niet, bij gebreke aan voldoende uitvoeringsbesluiten van de wet Colla.

Ook over de uitoefening van de *homeopathie* werd reeds geoordeeld. Zo was er een Belg die de homeopathie in Nederland ging beoefenen, waar hij ook Belgen behandelde. Een van de patiënten daagde de Belgische homeopaat voor het gerecht in België. Vermits het ging om een homeopathische behandeling in Nederland, was het Nederlandse recht van toepassing. Het hof van beroep te Antwerpen heeft op 16 februari 1998 de eigenheid van een homeopaat onderkend, waardoor een patiënt die voor een dergelijke niet-conventionele beoefenaar kiest zich ook niet mag verwachten aan dezelfde criteria als in de klassieke geneeskunde en zodoende als het ware het risico aanvaardt dat eraan is verbonden. Strikt gezien betreft het evenwel geen vorm van risicoaanvaarding, maar een gewone toepassing van de aansprakelijkheidsregels, namelijk de toetsing van het referentietype van een normaal en voorzichtig niet-conventioneel homeopaat geplaast in dezelfde omstandigheden.¹⁰⁶

In de jaren 1980 werden er bovendien een aantal *osteopaten* vervolgd wegens de onwettige uitoefening van de geneeskunde. Het merendeel ervan (hoofdzakelijk kinesitherapeuten) werd vrijgesproken voor de onwettige uitoefening van de geneeskunde. Op 15 mei 1985 werd er daarentegen een osteopaat door de rechtbank van eerste aanleg te Namen veroordeeld voor de onwettige uitoefening van de geneeskunde. Vermits de beklagde niet in het bezit was van het vereiste diploma van een arts, werd er nagegaan of de beklagde al dan niet geneeskundige handelingen had verricht. Hiertoe ging de voorzitter over tot een vergelijking tussen (bepaalde) handelingen van de osteopathie en de geneeskunde en kwam tot de conclusie dat de handelingen die de beklagde stelde geneeskundige handelingen uitmaakten die hij op een gewoonlijke basis verrichtte. De beklagde werd dan ook veroordeeld wegens de onwettige uitoefening van de geneeskunde.

5.1.5.7 De geneesmiddelenwetgeving

Om te oordelen of een product al dan niet als een geneesmiddel moet worden beschouwd, moet er worden gekeken naar de presentatie en/of de eigenschap ervan. Zodra een product als een geneesmiddel wordt voorgesteld (ook al is het eigenlijk geen geneesmiddel) of qua inhoud overeenstemt met een geneesmiddel (op basis van functie, inhoud en eigenschap ervan), is er sprake van een geneesmiddel. Zo worden ook homeopathische geneesmiddelen beschouwd als een geneesmiddel.¹⁰⁷ Door deze kwalificatie van geneesmiddel moet er worden rekening gehouden met allerlei wetten en uitvoeringsbesluiten.

Zo kunnen geneesmiddelen pas op de markt worden gebracht nadat een vergunning voor het in de handel brengen werd verkregen. Een dergelijke vergunning wordt ofwel geregistreerd op nationaal niveau (in België door de minister na het volgen van een nationale procedure) ofwel op Europees niveau door de European Medicines Agency (na het volgen van een centrale dan wel een wederzijdse of gedecentraliseerde procedure). Voor een aantal groepen van geneesmiddelen is er evenwel in een specifieke of een vereenvoudigde registratieprocedure voorzien.¹⁰⁸ Dit is bijvoorbeeld het geval voor homeopathische geneesmiddelen bestemd voor oraal of uitwendig gebruik, waarbij geen specifieke therapeutische indicatie is vermeld op het etiket of in de informatie inzake het geneesmiddel en indien de verdunningsgraad zodanig is dat het geneesmiddel gegarandeerd onschadelijk is.¹⁰⁸ De andere homeopathische geneesmiddelen die niet aan deze voorwaarden voldoen, volgen daarentegen een andere procedure waarbij de minister onder andere bijzondere voorschriften zal bepalen met betrekking tot het uitvoeren en het beoordelen van de klinische en preklinische beproeving overeenkomstig de beginselen en bijzondere kenmerken van de homeopathische geneeskunde.

Kernboodschappen: de gevolgen van de (niet) conventionele beoefening van de gezondheidszorg

- Enkel de houders van een diploma van arts en licentiaat in de tandheelkunde mogen een diagnose stellen en een behandeling voorschrijven.
- De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt zal pas van toepassing zijn op de beoefening van de niet-conventionele praktijken zodra de wet Colla uitvoering zal krijgen.
- Hetzelfde geldt voor de toepassing van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.
- Bepaalde ziekenfondsen vergoeden bepaalde vormen van alternatieve behandelingen.
- Hoewel er vaak sprake is van een georganiseerde opleiding, is het uitoefenen van een niet-conventionele praktijk op vandaag nog niet erkend waardoor de uitoefening ervan kan worden beschouwd als een onwettige uitoefening van de geneeskunde.
- Hoewel er reeds verschillende beoefenaars van een niet-conventionele praktijk werden veroordeeld voor de onwettige uitoefening van de geneeskunde, blijken rechters meer en meer geneigd om onder bepaalde voorwaarden niet over te gaan tot een schuldigverklaring.

5.1.6 De beoefening van de niet-conventionele geneeskunde in Europese context

5.1.6.1 Twee opvattingen

Binnen de Europese Unie bestaan er hoofdzakelijk twee opvattingen over de gezondheidszorg.¹⁰⁹

De *eerste opvatting* gaat ervan uit dat, op enkele uitzonderingen na, enkel artsen bevoegd zijn om de geneeskunde te beoefenen (deze opvatting heerst er bijvoorbeeld terug in België). Desalniettemin wordt er vaak in deze landen vastgesteld dat de vraag naar niet-conventionele geneeswijzen zo hoog is, dat er sprake is van een zekere tolerantie.

De *tweede opvatting* gaat uit van het tegendeel en stelt dat iedereen die dat wenst de geneeskunde kan beoefenen, doch met uitzondering van bepaalde handelingen die uitsluitend door artsen mogen worden verricht.

Deze tegenstrijdige opvattingen hebben tot gevolg dat het Europees Parlement vaak geconfronteerd wordt met beoefenaars van de gezondheidszorg die in eigen land officieel worden erkend, maar in een andere lidstaat worden veroordeeld voor de onwettige uitoefening van de geneeskunde. Door de verschillen in status en erkenning van niet-conventionele geneeswijzen binnen de Europese Unie, vormt dit een belemmering van het vrije verkeer van personen en de vrijheid van vestiging (zoals gewaarborgd door het verdrag betreffende de werking van de EU). Uiteindelijk werd er in 1997 een resolutie aangenomen over de status van de niet-conventionele geneeskunde (PB. Nr. C-182, 16 juni 1997, 0067), waarin het Europees Parlement aan de Commissie verzocht zich te engageren voor de verdere ontwikkeling van de erkenning van de niet-conventionele geneeswijzen. De resolutie pleitte voor een erkenning van de niet-conventionele geneeskunde op voorwaarde dat de resultaten van de studie dit toelaten. Op 11 juni 1999 vaardigde ook de Raad van Europa hieromtrent een resolutie uit (weliswaar niet bindend voor de lidstaten) waarin ze de lidstaten oproep om hun reglementeringen op elkaar af te stemmen.¹¹⁰

Om het wetenschappelijk werk omtrent de niet-conventionele geneeswijzen te vergaren, werd de "COST B4" opgericht ("European Cooperation in the field of Science and Technology"). Deze groep weerhield onder andere als conclusie dat het voornaamste criterium om een behandeling te kiezen de werkzaamheid is, dewelke het best wordt aangetoond door de gerandomiseerde dubbelblinde proef en waarbij het is aanbevolen ook te kijken naar de tevredenheid en het welzijn van de zieke, zowel bij conventionele als niet-conventionele behandelingen. Hierbij moet onderzoek op het gebied van niet-conventionele behandelingen volgens de groep worden aangemoedigd door de overheden, maar zij moeten er ook over waken dat dit onderzoek beantwoordt aan de vereisten van hoge methodologische kwaliteit.¹⁰⁴

5.1.6.2 *Het aantonen van de klinische effectiviteit*

In haar verslag van 6 maart 1997 over de status van de niet-conventionele geneeskunde, oordeelt het Europees parlement dat de verschillende niet-conventionele geneeswijzen moeten worden onderscheiden. Hierbij zijn klinische proeven, een evaluatie van de behandelingsresultaten en andere wetenschappelijke studies of academisch onderzoek noodzakelijk om de waargenomen feiten en het verband daartussen te analyseren. Deze evaluatie dient volgens het Europees parlement te gebeuren volgens voor de verschillende geneeswijzen geschikte methodologieën. Dit is echter niet evident nu de therapeutische werking ervan niet kan worden bewezen volgens de algemeen aanvaardbare wetenschappelijke methodes. Bovendien maakt dit het voorwerp uit van controverses. Het is dan ook belangrijk om aanvaarde methodologieën en adequate geldigheidscriteria op te stellen. Anderzijds is het Europees parlement er zich wel degelijk van bewust dat er eerder moet worden gesproken van een "fluctuerende waaier" van bewijzen en aanvaardbaarheid, dan van een rigide verdeling tussen wetenschappelijke versus niet-wetenschappelijke bewijzen. Daar komt nog bij dat er reeds verschillende niet-conventionele geneeswijzen zijn die al een zekere vorm van wettelijke erkenning hebben in bepaalde lidstaten en soms zelfs beschikken over een beroepsorganisatie op Europees niveau, waarvan er bovendien (weliswaar beperkte) onderzoeken bestaan over de effectiviteit die over het algemeen wel overtuigend zijn (vb. chiropraxie en homeopathie).

Kernboodschappen: de beoefening van de niet-conventionele geneeskunde in Europese context

- **Binnen de Europese Unie bestaan er twee opvattingen over de gezondheidszorg.**
- **De eerste opvatting gaat er principieel van uit dat enkel artsen bevoegd zijn om de geneeskunde te beoefenen.**
- **De tweede opvatting stelt daarentegen dat iedereen die dat wenst de geneeskunde kan beoefenen, met uitzondering van bepaalde handelingen die uitsluitend door artsen mogen worden verricht.**
- **Het aantonen van een klinische effectiviteit is belangrijk om de verschillende niet-conventionele praktijken te onderscheiden.**

5.1.7 Besluit over het Belgische en Europees wettelijk kader

5.1.7.1 *De beoefening van de conventionele gezondheidszorg in België*

De beoefening van de conventionele gezondheidszorg in België is hoofdzakelijk terug te vinden in het koninklijk besluit nr. 78. Onder de conventionele gezondheidszorg wordt verstaan de uitoefening van de geneeskunst, de geneeskunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en het beroep van vroedvrouw. Elk van deze beroepen is onderworpen aan eigen voorwaarden.

5.1.7.2 *De beoefening van de niet-conventionele geneeskunde in België*

Via de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen is een kaderwet tot stand gekomen tot erkenning van de uitoefening van (bepaalde vormen) van niet-conventionele geneeskunde. Als niet-conventionele praktijk beschouwt de wet Colla de homeopathie, de chiropraxie, de osteopathie en de acupunctuur. Andere niet-conventionele praktijken kunnen nog aan deze lijst worden toegevoegd.

De wet Colla wil er voor zorgen dat de patiënt steeds kan rekenen op kwaliteitsvolle zorgen. Dit moet voornamelijk worden gegarandeerd door een dubbel registratiesysteem. Hierdoor moeten niet alleen de niet-conventionele praktijken worden geregistreerd (wat pas kan na het vervullen van een aantal voorwaarden), maar moet ook elke individuele beoefenaar ervan worden geregistreerd (die eveneens een aantal voorwaarden hiertoe moet vervullen).

Een paritaire commissie speelt hierin een sleutelrol doordat deze onder andere een advies moet verstrekken over de algemene voorwaarden die gelden voor de uitoefening van alle niet-conventionele praktijken.

Omdat deze paritaire commissie evenwel nog niet is samengesteld, kan ze haar sleutelrolpositie niet vervullen, waardoor de wet niet kan worden uitgevoerd en dus nog geen toepassing kan vinden.

5.1.7.3 *De verhouding tussen de wet Colla en het koninklijk besluit nr. 78*

Het koninklijk besluit nr. 78 omschrijft de uitoefening van de geneeskunde zo ruim dat ook de uitoefening van een niet-conventionele praktijk eronder valt.

De beoefenaar van een niet-conventionele praktijk die ook arts is, heeft de keuze tussen het beoefenen van een niet-conventionele praktijk of het beoefenen van een conventionele praktijk. In het eerste geval moet hij de bepalingen van de wet Colla respecteren, in het tweede geval de bepalingen van het koninklijk besluit nr. 78.

De beoefenaar van een niet-conventionele praktijk die daarentegen geen arts is, heeft in principe voorafgaandelijk aan de niet-conventionele behandeling een schriftelijke en recente diagnosestelling nodig van een arts omtrent de klacht.

5.1.7.4 *De gevolgen van de (niet) conventionele beoefening van de gezondheidszorg*

Enkel de houders van een diploma van arts en licentiaat in de tandheelkunde mogen een diagnose stellen en een behandeling voorschrijven.

De bepalingen van de wet patiëntenrechten van 22 augustus 2002 en de wet vergoeding schade gezondheidszorg van 31 maart 2010 kunnen pas worden toegepast op de beoefenaars van een niet-conventionele praktijk nadat de wet Colla volledige uitwerking krijgt.

Zolang de wet Colla geen volledige uitwerking krijgt, komt de beoefening van de niet-conventionele geneeskunde door een niet-arts neer op de onwettige uitoefening van de geneeskunde. Verschillende beoefenaars van een niet-conventionele praktijk die geen arts zijn, werden hiervoor reeds veroordeeld. Anderzijds valt er op te merken dat rechtspraak meer en meer neigt in de richting van een vrijspraak in de mate aan bepaalde voorwaarden is voldaan (zoals een degelijke opleiding) en in de mate de Belgische overheid nalaat om aan de wet Colla uitvoering te geven. Bovendien kunnen bepalen medische handelingen die mogelijks overlappen met CAM handelingen wettelijk worden uitgevoerd door bepaalde beroepsgroepen zoals de kinesitherapeuten.

5.1.7.5 *De beoefening van de niet-conventionele geneeskunde in Europese context*

Binnen de Europese Unie bestaan er twee opvattingen over de gezondheidszorg. Volgens de eerste opvatting zijn in principe enkel artsen bevoegd om de geneeskunde te beoefenen. Volgens de tweede opvatting kan iedereen die dat wenst de geneeskunde beoefenen, evenwel met uitzondering van bepaalde handelingen die uitsluitend door artsen mogen worden verricht.

5.2 DE SITUATIE IN NEDERLAND, FRANKRIJK EN HET VERENIGD KONINKRIJK

5.2.1 Structuur van het hoofdstuk

Hoofdstuk 5.2 geeft een korte beschrijving van de wettelijke situatie in Nederland (punt 5.2.2), Frankrijk (punt 5.2.3) en het Verenigd Koninkrijk (punt 5.2.4).

5.2.2 Nederland

5.2.2.1 *De wettelijke situatie*

In 1865 kwam de Nederlandse Wet op de Uitoefening der Geneeskunst (“WUG”) tot stand die een examen tot arts in de gezondheidszorg introduceerde. Deze wet voerde een onderscheid in tussen de conventionele en de alternatieve geneeskunst, doordat deze wet het uitoefenen van de conventionele geneeskunst door onbevoegden strafbaar maakte. Weliswaar gedoogde de Nederlandse overheid de groep alternatieve genezers. In Nederland staat de “alternatieve” geneeskunde tegenover de “reguliere” geneeskunde.

In november 1993 veranderde deze monopoliepositie van artsen door de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (hierna weergegeven als de “wet BIG”). Deze Nederlandse wet laat in beginsel iedereen toe om medische zorgen te verstrekken, op bepaalde “voorbehouden” handelingen na die enkel mogen worden beoefend door beroepsbeoefenaars die de wet BIG hiertoe bevoegd verklaart. Het betreft meer bepaald handelingen die een aanmerkelijk risico voor de gezondheid van de patiënt inhouden indien ze niet door deskundigen worden uitgevoerd (vb. heilkundige handelingen, verloskundige handelingen, narcose, ...). Een diagnose stellen mag daarentegen iedereen doen. Op de vrijheid van het verstrekken van medische zorgen staat er echter wel een strafrechtelijke rem: wie schade toebrengt aan de gezondheid van een persoon is strafbaar volgens de wet BIG.

5.2.2.2 *De wet BIG*

De Wet BIG is deels een kaderwet. De voornaamste onderwerpen die de wet regelt, zijn de constitutieve registratie en titelbescherming, de voorbehouden handelingen (inclusief de opdracht daartoe), het tucht- en strafrecht en voorts de specialismen en de toelating van buitenlandse gediplomeerden. Veel zaken moeten nader worden uitgewerkt in zogenaamde algemene maatregelen van bestuur (“AMvB” of uitvoeringsbesluiten), zoals opleidingseisen, deskundigheidsgebieden, het systeem van periodieke registratie en kwaliteitseisen. De wetgever heeft bovendien een aanzienlijk aantal onderwerpen aan zelfregulering door de beroepsgroepen overgelaten binnen de kaders die de wet stelt, waaronder het instellen van specialismen.¹¹ Precies doordat ook Nederland (deels) werkt met een kaderwet, hangt de toepasselijkheid ervan voornamelijk af van verdere uitvoeringsbesluiten. Ook dit is in Nederland niet altijd van een leien dakje gegaan en heeft meerdere jaren in beslag genomen.

De werking van de wet BIG berust op de registratie van beroepstitels en opleidingstitels waarbij er een onderscheid wordt gemaakt tussen twee categorieën. De eerste categorie is wat men noemt “de zware regeling” en omvat artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen (artikel 3). Voor deze beroepen zijn krachtens de wet BIG het deskundigheidsniveau en de opleidingseisen geregeld. Verder voorziet de wet BIG ook in een bepaling die het instellen van een specialisme regelt waarbij de representatieve beroepsorganisatie een belangrijke rol speelt. De tweede categorie is de “lichte regeling” en is bedoeld voor paramedische beroepen waarbij als uitgangspunt geldt dat de opleiding aan kwaliteitseisen moet voldoen (artikel 34). Enkel wie de door de minister geregelde of aangewezen opleiding met goed gevolg heeft afgelegd, mag de opleidingstitel gebruiken.¹²

Via een constitutionele registratie *annex* titelbescherming voorzien voor de “zware regeling” van de artikel 3-beroepen en via een opleidingstitelbescherming voorzien voor de “lichte regeling” van de artikel 34-beroepen, wordt de juridische bevoegdheid verleend om een wettelijk beschermde titel te voeren. Het met goed gevolg afgerond hebben van de respectievelijke opleiding vormt een rechtstitel voor inschrijving in het zogenoemde BIG-register (vergelijkbaar met het RIZIV in België) uit hoofde van artikel 3 of voor opleidingstitelbescherming krachtens artikel 34. Inschrijving in het artikel 3-register geeft de bevoegdheid de bij de gevolgde opleiding behorende titel te voeren. De opleidingstitel van de artikel 34-beroepen is daarentegen beschermd en mag zonder voorwaarde van registratie mag worden gevoerd. Niet-geregistreerden zijn niet bevoegd de titel te voeren. Het ten onrechte voeren van een beschermde titel of een daarop gelijkende benaming, is strafbaar.¹¹¹

Inherent aan de inschrijving in het BIG-register is de bevoegdheid zich zelfstandig op het terrein van de voorbehouden handelingen te mogen begeven voor zover die ingevolge de wet behoren bij het desbetreffende beroep. De inschrijving is meteen ook een formele erkenning van deskundigheid op het desbetreffende bij het beroep (respectievelijk de specialisatie) behorende terrein. Per beroepsgroep zijn de deskundigheidsgebieden omschreven, wat voornamelijk belangrijk is voor de voorlichting van het publiek. Daarnaast speelt het deskundigheidsgebied een rol bij het tuchtrecht (hetgeen enkel van toepassing is op artikel 3-geregistreerden, wat niet wegneemt dat de beoefenaars van een artikel 34-beroep de wettelijke plicht hebben tot het verstrekken van verantwoorde zorg) en de strafbepalingen. De respectievelijke deskundigheidsgebieden van de arts, tandarts, apotheker en verpleegkundige zijn summier in de wet BIG omschreven. Voor de overige artikel 3-beroepen en voor de artikel 34-beroepen is het deskundigheidsgebied bij AMvB geregeld, vermits het vakgebied van deze beroepen minder zou zijn uitgekristalliseerd en er hierdoor rekening kan worden gehouden met ontwikkelingen die deze beroepen kunnen doormaken. De bekwaamheid voor het verrichten van voorbehouden handelingen is de wettelijke beperking ten aanzien van het beroepsmatig handelen door bevoegden. De bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen mag men in de praktijk zelfstandig gebruiken mits men door ervaring bekwaam is.

Is men bevoegd, maar niet bekwaam tot het verrichten van de voorbehouden handelingen, dan mag men wel een opdracht geven daartoe. De beoordeling van de bekwaamheid wordt aan de desbetreffende beroepsbeoefenaar respectievelijk de beroepsgroep zelf overgelaten.¹¹¹

5.2.2.3 *Evaluatie van de wet BIG*

Wat de alternatieve geneeskunde betreft, heeft de Nederlandse overheid gekozen voor zelfregulering inzake de kwaliteitsverbetering en betere voorlichting door alternatieve behandelaars aan het publiek. De beoefenaars van alternatieve geneeswijzen worden niet in de wet BIG genoemd en hebben geen officiële erkenning. Evenmin is er sprake van een registratie van alternatieve geneeswijzen.¹⁰⁶

Door de wet BIG zou de maatschappelijke positie van alternatieve beroepsorganisaties op verschillende punten aanzienlijk zijn veranderd, voornamelijk nu er geen sprake meer is van het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst. Anderzijds richt de wet BIG zich uitsluitend tot wat de wet “gekwalficeerden” noemt, waardoor de balans teveel zou zijn doorgeschoten naar de keuzevrijheid van de burger ten nadele van diens veiligheid. Bovendien wordt de controle van de overheid op niet-reguliere (alternatieve) behandelaars als onvoldoende ervaren, en zou het openbaar ministerie onvoldoende overgaan tot vervolging. Andere kritiek bestaat erin dat het strafrecht gezien wordt als een te zwaar middel, dat er voor de zorgvrager onvoldoende bescherming zou zijn en dat de kwaliteit afhankelijk is van de opstelling van beroepsverenigingen.¹¹¹

Er wordt dan ook veel kritiek geuit op de houding van de overheid die zich eerder afzijdig houdt ten opzichte van alternatieve geneeskunde. Er wordt geopperd dat de overheid zo snel mogelijk een beleid moet ontwikkelen gericht op het aanmerken van alternatieve beroepen die als artikel 34-beroep in aanmerking komen. Over de te hanteren criteria zou inmiddels immers voldoende duidelijkheid bestaan.¹¹¹

Kernboodschappen: de situatie in Nederland

- De wet **BIG** laat in beginsel iedereen toe om medische zorgen te verstrekken, op bepaalde “voorbehouden” handelingen na die enkel mogen worden beoefend door beroepsbeoefenaars die de wet **BIG** bevoegd verklaart.
- De wet **BIG** is deels een kaderwet die een aantal belangrijke punten regelt. Een aanzienlijk aantal punten is evenwel onderworpen aan zelfregulering door de beroepsgroepen.
- De wet **BIG** berust op de registratie van beroepstitels en opleidingstitels waarbij er een onderscheid wordt gemaakt tussen twee categorieën die elk onderworpen zijn aan eigen regels.

5.2.3 Frankrijk

5.2.3.1 Algemeen

Net als België volgt Frankrijk de opvatting dat enkel artsen met een diploma de geneeskunde kunnen beoefenen. Dit heeft tot gevolg dat het gebruik van alternatieve behandelmethoden is voorbehouden aan artsen, wat ook in Frankrijk leidt tot de tegenstrijdige situatie waarin (bepaalde) artsen met een gebrekkige kennis van alternatieve behandelmethoden alternatieve methoden mogen gebruiken, daar waar niet-artsen die wel een degelijke alternatieve opleiding hebben genoten dit niet mogen. Doen ze dit toch, kunnen ze strafrechtelijk worden vervolgd.¹¹¹

Desalniettemin kan er in Frankrijk worden gesproken over een zekere tolerantie zoals hieronder zal blijken.

5.2.3.2 Homeopathie

In Frankrijk worden homeopathische geneesmiddelen die worden verstrekt na een medisch voorschrift vergoed door de ziekenfondsen en dit sinds 1948. Dit is eerder merkwaardig nu homeopathie in Frankrijk niet eens wettelijk is erkend gezien er nog geen universitair diploma voor bestaat¹¹³ en de verrichtingen zelf van homeopaten niet in aanmerking komen voor een gedifferentieerde vergoeding.¹⁰⁹

5.2.3.3 Osteopathie en chiropraxie

In maart 2000 heeft minister Kouchner een commissie in het leven geroepen met als opdracht de voorwaarden voor te bereiden voor de officiële erkenning van osteopathie en chiropraxie. Uiteindelijk komt dit er via artikel 75 van de wet van 4 maart 2002 “relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé”.

Volgens artikel 75 van deze wet is het gebruik van de beroepstitel van osteopaat of chiropractor voorbehouden voor houders van een diploma uitgereikt door een opleidingsinstituut erkend door de minister van Volksgezondheid en dit onder voorwaarden vastgesteld bij decreet. Het programma en de duur, die minstens 3.520 uur bedraagt, alsook de examens worden via reglementaire weg vastgelegd. Aan buitenlandse diploma's moet een analoge erkende kwalificatie worden verleend en dit volgens modaliteiten vastgesteld bij decreet. Verder bepaalt artikel 75 onder andere dat deze beroepsbeoefenaars een plicht hebben tot een permanente vorming waarvan de voorwaarden eveneens via een decreet moeten worden vastgelegd. De “Haute Autorité de Santé” heeft de opdracht gekregen om aanbevelingen van goede praktijken uit te werken en te valideren, alsook een lijst van goede praktijken die in de opleidingsinstellingen moeten worden onderwezen. Bovendien bepaalt artikel 75 dat er via decreet een lijst moet worden opgesteld met daarin de handelingen die osteopaten en chiropractors mogen verrichten alsook de voorwaarden waarin. Tot slot mogen ze enkel handelingen verrichten na te zijn ingeschreven op een daartoe voorziene lijst.

Ondertussen zijn er op het vlak van de osteopathie verscheidene uitvoeringsbesluiten uitgevaardigd. Zo is er het decreet nr. 2007-435 van 25 maart 2007 « relatif aux actes et aux conditions d'exercice de l'ostéopathie » en allerlei besluiten van 25 maart 2007 die de uitoefening van de osteopathie in Frankrijk nader uitvoeren. Via deze regelgeving wordt het doel van de osteopathie omschreven, de manier waarop er aan dat doel mag worden tegemoetgekomen alsook de handelingen die wel en niet mogen worden gesteld. Enkel (1) artsen, vroedvrouwen, masseurs-kinesitherapeuten en verpleegkundigen met een universitair ("DU") of een interuniversitaire diploma ("DIU"), (2) houders van een diploma osteopathie afgeleverd door een erkende instelling en (3) houders van een toelating tot het beoefenen van de osteopathie of het gebruiken van de titel van osteopaat verleend door de bevoegde instantie, mogen de titel van beoefenaar in de osteopathie gebruiken. Osteopaten moeten bovendien hun titel laten registreren. Voorts bepalen voornamelijk de besluiten van 25 maart 2007 de opleiding en de erkenning van de opleidingsinstellingen.

Wat de diploma's betreft, leveren Franse universiteiten twee soorten diploma's af: de nationale diploma's die aan habilitatie door het ministerie zijn onderworpen enerzijds, en de diploma's die onder de loutere verantwoordelijkheid van de universiteit worden afgeleverd op een autonome manier en dit na goedkeuring van de raad van bestuur. Er is sprake van een "DU" ("diplôme universitaire") indien er slechts één universiteit is die de materie onderwijst, en van een "DIU" ("diplôme interuniversitaire") indien meerdere universiteiten de materie onderwijzen.¹¹³

5.2.3.4 Acupunctuur

De acupunctuur is sinds 1950 erkend door de Franse "Académie de médecine" en kan legaal worden uitgeoefend, doch enkel door artsen.¹¹³ In de mate het na een medisch voorschrift gebeurt, komt de sociale zekerheid zelfs tegemoet in de verstrekte zorgen. Acupuncturisten niet-artsen zijn daarentegen niet erkend in Frankrijk. Indien zij de acupunctuur beoefenen, maken zij zich schuldig aan de onwettige uitoefening van de geneeskunde.

Voor artsen bestaat er al jaren in Frankrijk een interuniversitair diploma ("DIU") in de acupunctuur. Op die manier wordt het onderwijs en de goede praktijken van de acupunctuur gereguleerd. Volgens de Franse orde van geneesheren mogen enkel artsen die houder zijn van een dergelijk diploma ook vermelden dat ze de acupunctuur beoefenen. Sinds november 2009 biedt de "Faculté de Médecine Paris Sud XI" een universitair diploma ("DU") aan in de Westerse medische acupunctuur. Deze opleiding wordt aangeboden aan artsen, dierenartsen en vroedvrouwen.

5.2.3.5 Ziekenfondsen

Ook in Frankrijk komen verscheidende ziekenfondsen tegemoet in de verstrekte niet-conventionele zorgen. Vaak zijn de tegemoetkomingen beperkt tot een bepaald aantal sessies, dan wel wordt een tegemoetkoming aangeboden via een aanvullende verzekering. Bovendien geldt vaak als voorwaarde voor tegemoetkoming dat er sprake is van een diploma dat door het ziekenfonds is erkend.¹¹³

Kernboodschappen: de situatie in Frankrijk

- Enkel artsen met een diploma mogen de geneeskunde beoefenen. Het gebruik van alternatieve behandelmethoden is voorbehouden aan artsen.
- Hoewel de homeopathie niet wettelijk is erkend, worden homeopathische geneesmiddelen onder bepaalde voorwaarden vergoed door de ziekenfondsen.
- Frankrijk heeft reeds allerlei stappen ondernomen tot de erkenning van de osteopathie en de chiropraxie.
- De acupunctuur is in Frankrijk erkend door de "Académie de médecine" en kan legaal worden beoefend door artsen.

5.2.4 Verenigd Koninkrijk

5.2.4.1 *Het gewoonterecht versus zelfregulering*

In het Verenigd Koninkrijk wordt er gesproken over aanvullende en alternatieve geneeskunde, namelijk over “complementary and alternative medicine” of kortweg “CAM”.

In het Verenigd Koninkrijk kan iedere persoon die geen arts is krachtens het gewoonterecht (“common law”) een alternatieve therapie aanbieden op voorwaarde dat hij zich niet voor arts uitgeeft en geen beschermde discipline uitoefent, zoals tandarts, vroedvrouw, dierenarts of het afleveren van voorschrijfplichtige geneesmiddelen.¹¹⁴ Evenmin mogen deze beoefenaars beweren bepaalde ziektes (zoals kanker, tuberculose, epilepsie, enz.) te kunnen genezen noch mogen ze hiervoor reclame maken.¹¹⁵ Wel mogen ze deze ziektes behandelen.

Precies omdat er geen verbod is in het Verenigd Koninkrijk tot het beoefenen van de alternatieve geneeskunde zijn er amper verplichtingen inzake het tegemoetkomen aan een bepaalde standaard waardoor individuele beoefenaars hierdoor vaak hun eigen weg gaan bewandelen en een eigen programma gaan volgen.¹¹⁴

Dit neemt niet weg dat er ook in het Verenigd Koninkrijk vraag was naar een regelgevend optreden. Zo voorzag de “Health Act” van 1999 dat “CAM”-beoefenaars gereguleerd kunnen worden zonder de lange procedure van een parlementaire wet te moeten afleggen, zoals het geval is geweest bij de osteopathie en de chiropraxie (zie verder).

Desalniettemin verkiest de meerderheid van de “CAM”-beoefenaars een (vrijwillige) zelfregulering boven een wettelijk optreden. Bovendien is er veel weerstand tegen dit laatste precies door de grote vrijheid die het gewoonterecht biedt.¹¹⁵

In 2000 heeft de “House of Lords” een rapport uitgevaardigd over de “CAM”. In dit rapport werden er drie groepen “CAM” opgedeeld waarvan de eerste groep de alternatieve therapieën zijn die professioneel georganiseerd zijn. Het is onder deze groep dat de acupunctuur, de chiropraxie, de osteopathie en de homeopathie vallen.¹¹⁴ Verder maakt het rapport melding van aanbevelingen op het vlak van opleiding, onderzoek en ontwikkeling, de verspreiding van informatie, enz.¹¹⁵

5.2.4.2 *De osteopathie en de chiropraxie*

Ondanks het gewoonterecht, zijn de osteopathie en de chiropraxie in het Verenigd Koninkrijk een andere weg ingeslagen. Nadat deze disciplines reeds een hele weg hadden afgelegd op het vlak van zelfregulering, hebben ze een juridisch statuut gekregen via een wetgevend optreden.

Zo kreeg de osteopathie een juridisch statuut door de “Osteopaths Act” van 1993. Deze wet reglementeert de uitoefening van de osteopathie op het vlak van registratie van erkende osteopaten, de opleiding ertoe en de voorwaarden van de uitoefening van het beroep. De wettelijke regelgevende instantie is de “General Osteopatic Council”. Iedereen die de osteopathie in het Verenigd Koninkrijk wenst te beoefenen, moet zich bij deze instantie laten registreren na het hebben gevolgd van een erkende opleiding.

Ook de uitoefening van de chiropraxie werd geregeld en dit door de “Chiropractors Act” van 1994. Deze wet regelt de chiropraxie op het vlak van registratie van erkende chiropractors, de opleiding ertoe en de voorwaarden van de uitoefening van het beroep. De wettelijke regelgevende instantie is de “General Chiropractic Council”. Iedereen die de chiropraxie in het Verenigd Koninkrijk wenst te beoefenen, moet zich bij deze instantie laten registreren na het hebben gevolgd van een erkende opleiding.

5.2.4.3 De homeopathie

In 1950 werd de *homeopathie* door de “Faculty of Homeopathy Act” erkend. Deze “Faculty” leidt (dieren)artsen, tandartsen en vroedvrouwen op in de homeopathie en is een officieel door de staat erkend onderwijsinstituut voor homeopathie.¹¹⁶

Voor de andere homeopaten, die dus geen (dieren)arts, tandarts of vroedvrouw zijn, is er geen specifieke regeling. Weliswaar zijn er professionele organisaties van homeopaten die vereisen dat hun leden voldoende verzekerd zijn en dat ze zich houden aan de “Code of Professional Ethics”.¹¹⁷

5.2.4.4 De acupunctuur

In het rapport uitgevaardigd door de “House of Lords” in 2000 werden de beoefenaars van de kruidengeneeskunde en de acupunctuur aanbevolen om net als de osteopathie en de chiropraxie over te gaan tot een wettelijke regeling.¹¹⁵ Uiteindelijk werden er door de “Department of Health” voorstellen geformuleerd voor een wettelijke regeling hiervan. Deze heeft voornamelijk als doel de patiënten te beschermen door richtlijnen inzake opleiding en bekwaamheid vast te leggen. Deze voorstellen zijn op vandaag nog niet omgezet in wetgeving.

5.2.4.5 De andere “CAM”-therapieën

Voor de overige “CAM”-therapieën moedigt de overheid in het Verenigd Koninkrijk aan om zelfregulerend op te treden en is er geen intentie om wetgevend op te treden. De overheid gaat er van uit dat niet-gereguleerde “CAM”-beoefenaars hun eigen modaliteiten en voorwaarden moeten regelen. Weliswaar is er de “Complementary and Natural Healthcare Council” waar er een register is opgericht waarop beoefenaars die zich aan bepaalde standaarden houden, een bepaalde opleiding hebben gevolgd en voldoende zijn verzekerd, zich vrijwillig kunnen inschrijven.¹¹⁸

5.2.4.6 De terugbetaling

In het algemeen worden de kosten verbonden aan de niet-conventionele geneeskunde in het Verenigd Koninkrijk niet door de “National Health Service” vergoed.¹¹⁹ Weliswaar heeft het Verenigd Koninkrijk (als enige in Europa) een aantal ziekenhuizen in de publieke sector die (uitsluitend) alternatieve geneeskunde aanbieden (in Glasgow, Londen, Liverpool, Bristol en Tunbridge Wells).¹¹⁷ Deze behandelingen worden wel vergoed door de “National Health Service”. Daarnaast komen ook verschillende particuliere zorgverzekeringen tegemoet in de kosten van een alternatieve behandeling, doch vaak onder de voorwaarde dat de handelingen worden verricht door een erkend beoefenaar.¹¹⁹

Kernboodschappen: de situatie in het Verenigd Koninkrijk

- **Iedere persoon die geen arts is, kan krachtens het gewoonterecht een alternatieve therapie aanbieden op voorwaarde dat hij zich niet voor arts uitgeeft en geen beschermde discipline beoefent. Evenmin mag deze persoon beweren bepaalde ziektes te kunnen genezen. Hij mag wel de ziektes behandelen.**
- **De osteopathie en de chiropraxie hebben een juridisch statuut gekregen via een wetgevend optreden.**
- **De homeopathie is erkend door de “Faculty of Homeopathe Act” en leidt (dieren)artsen, tandartsen en vroedvrouwen op in de homeopathie.**
- **Ook de acupunctuur zou een juridisch statuut krijgen via wetgeving, doch dit is er op vandaag nog niet.**
- **Voor de overige alternatieve praktijken moedigt de overheid aan om zelfregulerend op te treden.**

5.2.5 Besluit over de situatie in Frankrijk, Nederland en het Verenigd Koninkrijk

5.2.5.1 *De situatie in Nederland*

De wet BIG laat in beginsel iedereen toe om medische zorgen te verstrekken, op bepaalde “voorbehouden” handelingen na die enkel mogen worden beoefend door beroepsbeoefenaars die de wet BIG bevoegd verklaart.

De wet BIG is deels een kaderwet die een aantal belangrijke punten regelt. Een aanzienlijk aantal punten is evenwel onderworpen aan zelfregulering door de beroepsgroepen. De wet BIG berust op de registratie van beroepstitels en opleidingstitels waarbij er een onderscheid wordt gemaakt tussen twee categorieën die elk onderworpen zijn aan eigen regels.

5.2.5.2 *De situatie in Frankrijk*

Enkel artsen met een diploma mogen de geneeskunde beoefenen. Het gebruik van alternatieve behandelmethoden is voorbehouden aan artsen. Frankrijk heeft wel reeds allerlei stappen ondernomen tot de erkenning van de osteopathie en de chiropraxie. De acupunctuur is in Frankrijk erkend door de “Académie de médecine” en kan legaal worden beoefend door artsen.

5.2.5.3 *De situatie in het Verenigd Koninkrijk*

Iedere persoon die geen arts is, kan krachtens het gewoonterecht een alternatieve therapie aanbieden op voorwaarde dat hij zich niet voor arts uitgeeft en geen beschermde discipline beoefent. Evenmin mogen deze beoefenaars beweren bepaalde ziektes te kunnen genezen, wat niet verhindert dat ze de ziektes mogen behandelen.

De osteopathie en de chiropraxie hebben een juridisch statuut gekregen via een wetgevend optreden. De homeopathie is erkend door de “Faculty of Homeopathe Act” en leidt (dieren)artsen, tandartsen en vroedvrouwen op in de homeopathie. Ook de acupunctuur zou een juridisch statuut krijgen via wetgeving, doch dit is er op vandaag nog niet. Voor de overige alternatieve praktijken moedigt de overheid aan om zelfregulerend op te treden.

5.2.5.4 *Afsluitende bemerking*

De korte beschrijving van hoe Nederland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk de uitoefening van de niet-conventionele geneeskunde heeft aangepakt, toont duidelijk aan hoe er binnen de Europese Unie verdeeldheid bestaat over de uitoefening van de geneeskunde. Elke lidstaat heeft dan ook voorzien in een eigen systeem, waarbij het opvalt dat de uitoefening van de niet-conventionele geneeskunde tot op vandaag niet vaak aan een sluitende regelgeving is onderworpen. Dit gebrek aan harmonie en uniformiteit en de atypische situatie waarin België zich bevindt, laten niet toe om uit Nederland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk lessen te trekken voor het Belgische juridische kader.

5.3 ORGANISATIE VAN DE OPLEIDING

5.3.1 Osteopathie

5.3.1.1 *Vóór de wet Colla*

Tijdens de jaren '70 zijn twee, heel verschillende opleidingen, zowel geografisch als filosofisch vlak, opgericht door oud-leeringen van de Ecole Française d'Ostéopathie (opgericht in 1957).

- Sommige oud-leerlingen steken het Kanaal over om daar de **European School of Osteopathy** op te richten (in Maidstone in het Verenigd Koninkrijk in 1970). Hieruit ontstaan een hele reeks Belgische scholen die de regels van de stichters (Still, Wernham) aanhangen, waaronder: het Flanders International College of Osteopathy (FICO) en de International Academy of Osteopathy (IAO). Uit deze traditie ontstaat ook een gecombineerde opleiding in osteopathie en kinesitherapie binnen de Belgian School of Osteopathy (BELSO).
- Andere oud-leerlingen blijven in Frankrijk en richten er het **Collège français d'Ostéopathie** (1973) op waaruit vervolgens in België het Institut William Gardner Sutherland (IWGS) ontstaat, later het Sutherland College of Osteopathic Medicine (SCOM). Deze opleidingen richten zich meer op het onderrichten van een wetenschappelijke osteopathie gebaseerd op manipulatietechnieken eerder dan op de principes van de stichters.

In 1987 wordt de titel van osteopaat « D.O. » neergelegd. Dit is een kwalificatie voor hen die hun opleiding voltooiën door een eindwerk te presenteren.

5.3.1.2 *Na de wet Colla*

Belgische opleidingsinstituten

Vandaag, in 2010, zijn er in België 5 privé-opleidingscentra voor osteopathie:

- het FICO (1992)
- het Collège Belge d'Ostéopathie (CBO) (1996)
- het SCOM (1994)
- de BELSO (1992)
- de IAO (1993)

en een universitaire opleiding :

- de Université Libre de Bruxelles (ULB) –Aanvullende master in osteopathie (2004)

Elke opleiding verleent de D.O. titel, om te kunnen voldoen aan de voorwaarden van de beroepsverenigingen voor lidmaatschap. De opleidingen (IAO en ULB) verbonden aan een universitaire instelling, verlenen ook de bachelor en master-titel.

Een gedetailleerde beschrijving van alle opleidingsinstellingen kunt u aantreffen in een tabel die in bijlage is gevoegd.

Als een rechtstreeks gevolg van de ontwikkeling van het universitair onderwijs kondigde het SCOM aan dat zijn academische werkzaamheden niet meer hervat zullen worden vanaf 2010. Het SCOM begint dan met een omvorming tot instelling voor permanentevorming.

Oprichtingsdata

De nog bestaande scholen zijn allemaal opgericht in de jaren 90. Geen enkele nieuwe privé-school werd gecreëerd na de wet Colla. Een universitaire opleiding werd ingericht in 2004.

Geografische verdeling

De opleidingsinstellingen zijn verdeeld over heel België. De opleidingen worden voor de helft in het Frans en voor de helft in het Nederlands gegeven.

De IAO heeft vestigingsplaatsen in verschillende landen (Duitsland, Zwitserland, Oostenrijk, Denemarken, Nederland)

Toelatingscriteria

Aan de ULB kan de voltijdse opleiding worden gevolgd na het beëindigen van het secundaire onderwijs.

Idem voor de IAO behalve indien de student reeds een diploma in kinesitherapie of geneeskunde heeft (de duur van de opleiding wordt dan met een jaar ingekort).

Om een deeltijdse opleiding te volgen moet men een diploma van kinesitherapie of geneeskunde hebben (of van dierenarts of vroedvrouw voor het CBO).

Duur en structuur van de opleiding

In de meeste privé-scholen richten de opleidingen in osteopathie zich tot een publiek dat reeds een beroepsactiviteit heeft. Dit betekent dat deeltijdse opleidingen de meerderheid uitmaken en tijdens het weekend worden gegeven (gemiddeld 5 jaar). Het is echter mogelijk om een voltijdse opleiding in osteopathie te volgen nadat men het secundair onderwijs voltooid heeft, in 5,5 jaar in de IAO (na 4 j fulltime opleiding Bachelor (i.s.m. de Universiteit van Wales) en D.O., de master houdt 18 maanden in (i.s.m. de Universiteit van Innsbruck) of in 6 jaar aan de ULB (5 jaar master in bewegingswetenschappen + 1 jaar osteopathie) . De duur wordt verkort tot 3 jaar in fulltime voor het bachelor-diploma en de D.O. titel, de master is 18 maanden extra aan de IAO voor houders van een diploma hoger onderwijs of universiteit in kinesitherapie of geneeskunde.

Inhoud van de opleiding

De historische oorsprong van de privé-scholen bepaalde in sterke mate de inhoud van de programma's.

In alle privé-scholen houden de cursusprogramma's een vorming in manipulatietechnieken, cranio-sacrale en viscerale osteopathie in.

Het programma van de opleiding aan de ULB is ontstaan uit lange onderhandelingen tussen de lesgevers van het SCOM, de Faculteit Geneeskunde en het Institut Supérieur de Motricité. Uit naam van de rationaliteit sluit het vorming in cranio-sacrale en viscerale technieken uit.

Prijs van de opleiding

De te betalen bedragen door de studenten schommelen rond 2000 euro per jaar. De gemiddelde kostprijs van osteopathische studies bedraagt dus 11.000 euro voor het voltooien van een volledige opleiding. Enige uitzondering: het CBO vraagt 3600 euro per jaar.

Officiële erkenning

Accreditatie is de formele erkenning van een opleiding op grond van een beslissing van een onafhankelijk orgaan waarin vastgesteld wordt dat de opleiding voldoet aan vooraf vastgestelde minimale kwaliteits- en niveauvereisten.

De opleiding osteopathie kent geen officiële erkenning in België, waardoor de scholen niet onderworpen zijn aan externe audits van de structuur en inhoud van hun opleiding.

In 1986 is er een Belgische Academie van de Osteopathie opgericht met als doel advies te geven betreffende normen voor de opleiding, advies te geven bij het beantwoorden van filosofische, wetenschappelijke en morele vragen betreffende osteopathische geneeskunde en het bevorderen van het wetenschappelijk onderzoek.¹²⁰

Er zijn zowel voor het deeltijdse als het universitaire onderwijs minimale academische criteria opgesteld. De criteria voor het deeltijds onderwijs omvatten :

- de toelatingsvoorwaarden (diploma geneesheer, kinesitherapie)
- de duur van de studie (5 jaar), waarbij de verklarende hypothesen binnen de osteopathie tot een strikt minimum dienen worden te herleid
- de competentie van de lesgevers (drager zijn van een D.O. titel)
- de inhoud van de cursus semiologie (met de inclusie-of exclusiediagnostiek)
- de examens (klinisch examen en eindwerk)

De criteria voor het universitair onderwijs omvatten :

- toelatingsvoorwaarden (diploma hoger secundair onderwijs)
- duur van de studies (6 jaar, waarvan 3 bachelor-jaren, 2 master-jaren en een complementaire master)
- de examens (een proefschrift)

Deze criteria weerspiegelen de universitaire opleiding die aan de ULB wordt gedoceerd.

Leden van deze academie zijn academische osteopaten, voornamelijk verbonden aan de ULB-opleiding.

Ondanks deze grijze zone van erkenning van opleidingen, hebben IAO en FICO het heft zelf in handen genomen en zelf kwaliteitsprocedures opgestart.

De IAO sinds 1997 het ISO-9001 kwaliteitslabel behaald. Dit label dekt specifieke procedures en externe audits om de kwaliteit te waarborgen.

Ook biedt de IAO een bachelor en master-opleiding aan die verbonden zijn aan een universiteit (Wales, Innsbruck). Deze verbintenis houdt ook de regelmatige doorlichting van de opleiding door een visitatiecommissie.

Door de verbintenis met een universiteit, volgen IAO en ULB de beginselen van de Bologna-verklaring^x. Het Bologna-proces is voornamelijk gekend door de hervorming van het hoger onderwijs naar een drieledige structuur (bachelor-master-doctorate) met als doel een European Higher Education Area (EHEA) te ontwikkelen, waarbij de mobiliteit van studenten en docenten tussen verschillende opleidingsinstituten wordt vergemakkelijkt. Naast een gestandaardiseerde, internationale onderwijsstructuur, valt ook de kwaliteitscontrole onder de Bologna-verklaring, met name het opstellen van kwaliteitsstandaarden (Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area). FICO richt zijn opleiding osteopathie in volgens de richtlijnen van het Beroepscompetentieprofiel Osteopathie (zie verder), opgesteld door het Nederlandse Vereniging voor Osteopathie en Stichting het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO)¹²². Dit BCP geldt als norm voor de accreditatie van de door het NRO erkende opleidingen. In het BCP worden de ingangseisen, de eindtermen, en kwaliteitseisen opgesteld voor de deeltijdse en de voltijdse opleiding. De kwaliteitsbewaking gebeurt op basis van het lesmateriaal (opstellen raamleerplan en leerdoelen, minimumeisen examens en klinische stages), een interne kwaliteitscontrole (evaluatie door studenten en docenten) en een externe kwaliteitscontrole (visitatie door het NRO).

^x Meer informatie over de Bologna-verklaring kan gevonden worden op de website¹²¹

Wat hebben we geleerd uit de enquête bij de osteopaten

In 87,8% van de gevallen is de opleiding van de Belgische osteopaten aanvullend op een eerdere opleiding (tabel 1^y). Aangezien de voltijdse opleidingen in osteopathie zeer recent zijn, worden ze vooral gevolgd door jonge osteopaten.

Kinesitherapie is de basisopleiding voor 83,4% van de osteopaten die hun beroep in België uitoefenen (tabel 2).

Het merendeel van de Belgische osteopaten heeft een (en slechts één) vorming in osteopathie in België gevolgd. De meest recente (de ULB) is het minst vertegenwoordigd in de steekproef (1,1%). De grootste in aantal leerlingen (de IAO) is ook het best vertegenwoordigd (39,7%) (tabel 6).

De zeer sterke samenhang tussen deze opleidingen en de beroepsverenigingen wordt in de enquête bevestigd.

De drie volgende verenigingen: SBO/BVO, UBO/BUO en UKO, zijn de meest veelzijdige beroepsverenigingen omdat leerlingen van minstens 6 verschillende opleidingen er deel van uit maken (8 voor UKO) (tabel 7).

Ongeveer 35% van de osteopaten (n=165) hebben een opleiding in het buitenland gevolgd, die voor iets meer dan de helft van hen aanvullend is op hun opleiding in België.

Twee landen worden vaak genoemd als plaats van opleiding: Groot-Brittannië en Frankrijk. Ze worden hieronder geklasseerd volgens het aantal studenten die er opgeleid werden (tabel 3):

- Groot-Brittannië (n=76)
- Frankrijk (n=49)

Hier ook ziet men dat de beroepsverenigingen sterk verbonden zijn met de opleidingen in het buitenland via, met name, de organisatie van bepaalde grensoverschrijdende opleidingen.

De meeste osteopaten (89,5%) volgt permanente vorming (tabel 5).

Kernboodschappen

- **De opleiding osteopathie kan gevolgd worden via deeltijdse of voltijdse opleiding. Beide vormen van opleiding leiden tot de titel van D.O., waarbij de voltijdse opleidingen leiden tot een master (complementaire) in de osteopathie.**
- **Er vindt een verschuiving plaats van deeltijdse weekend-opleiding aan privé-scholen (5 jaar) naar voltijdse, universitaire opleidingen (4-6 jaar)**
- **De gemiddelde totale kostprijs van een opleiding osteopathie aan een privé-school bedraagt tussen de 11 000 en de 18 000 euro.**
- **Ook de vooropleiding in de kinesitherapie of geneeskunde verliest aan belang bij de voltijdse opleidingen**
- **De ULB-opleiding stapt af van de osteopathische filosofie en principes en beperkt de inhoud van de opleiding tot de manipulatieve technieken van het pariëtale systeem**
- **Momenteel zijn er nog geen garanties op vlak van kwaliteit van de opleiding**

^y De tabellen zijn beschikbaar in de bijlage "resultaten" van het hoofdstuk "opleiding".

5.3.2 Chiropraxie

5.3.2.1 Opleidingsinstellingen

De chiropraxie wordt niet onderwezen in België. In het buitenland is de opleiding een fulltime, universitaire opleiding. Meest gekende opleidingsinstellingen zijn (aangebracht door UBC-BVC) :

- Anglo-European College of Chiropractic in Bournemouth (AECC) (U.K.), affiliatie met de universiteit van Portsmouth
- Institut Franco-Européen de Chiropraxie in Parijs (Frankrijk)
- Real Centro Universitario Escorial-Maria Christina (Spanje)
- University of Southern Denmark in Odense (Denemarken)
- De belangrijkste scholen in V.S. bevinden zich in Chicago, Los Angeles, New York en Toronto

De opleiding leidt tot de titel van Doctor of Chiropractic (D.C.) in de V.S. of tot een Masters' degree in chiropractic in U.K.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft in 2005 richtlijnen aangaande de opleiding chiropraxie en de contra-indicaties voor behandeling gepubliceerd¹².

De richtlijn stelt verschillende modellen van opleiding op :

- Categorie I volledige opleiding chiropraxie
 - Categorie IA omvat de voltijdse opleidingen voor studenten zonder vooropleiding (4 jaar voltijds programma, 5 jaar bachelor programma, 2 of 3 jaar pre-professional master programma)
 - Categorie IB omvat de opleiding voor studenten met een vooropleiding (duur van de opleiding is afhankelijk van de vooropleiding)
- Categorie II : (tijdelijke) beperkte opleiding chiropraxie (voor landen waar de chiropraxie nog niet wettelijk georganiseerd is)
 - Categorie IIA omvat een conversieprogramma voor studenten met een vooropleiding, dat leidt tot een beperkte kwalificatie in de chiropraxie
 - Categorie IIB omvat de opleiding (variabel in duur en inhoud) tot meer uitgebreide maar niet volledige kwalificatie (eerste bachelor-niveau) voor mensen met een vooropleiding

De oplistings van contra-indicaties voor behandeling in de richtlijnen wordt hier niet verder besproken, maar kan teruggevonden worden in het hoofdstuk rond evidence en het hoofdstuk rond het beroepscompetentieprofiel (zie volgend hoofdstuk).

Oprichtingsdata

De opleiding chiropraxie aan de verschillende opleidingsinstellingen is gestart tussen 1965 (AECC) en 2007 (Spanje).

Geografische verdeling

De opleiding chiropraxie wordt georganiseerd in volgende landen : Australië, Brazilië, Canada, Denemarken, Frankrijk, Japan, Maleisië, Mexico, Nieuw-Zeeland, Zuid-Afrika, Zuid-Korea, Spanje, Zweden, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten.

Toelatingscriteria

Elk opleidingsinstituut heeft eigen criteria en modaliteiten voor toelating tot de opleiding, maar in het algemeen kan gesteld worden dat een diploma hoger secundair onderwijs en een taalproef Engels voldoende is om toegelaten te worden.

Alvorens de studie te kunnen aanvragen, dient er een gesprek plaats te vinden tussen de kandidaat-student en de nationale beroepsvereniging.

De locatie en taal van de studie leidt tot een beperkte instroom van Belgische studenten.

Duur en structuur van de opleiding

De zesjarige opleiding bestaat uit een vijfjarige opleiding in het opleidingsinstituut en een verplicht aanvullend stagejaar in het thuisland van de student (het zogenaamde GEP-programma).

Studenten met een vooropleiding in de medische sector kunnen een verkort programma volgen, waarbij de eerste 2 jaren tot 1 jaar worden gebundeld.

Inhoud van de opleiding

De zesjarige opleiding bestaat uit 3 bachelorjaren, 2 master jaren en een stagejaar in het land waar het beroep zal worden uitgeoefend. De opleiding ziet er als volgt uit:

- In de eerste 2 jaren de basiswetenschappen
- In het 3de en 4de jaar de klinische wetenschappen met het aanleren van de therapeutische en diagnostische technieken en de eerste stages in de opleidingskliniek
- Het 5de jaar bestaat hoofdzakelijk uit klinische stages met de verdediging van een proefschrift voor een internationale jury
- Het 6de jaar bestaat uit kliniekstages en zit vervat in het GEP-programma (georganiseerd door de beroepsvereniging)

Het Graduate Education Program (GEP) bestaat uit het volgen van seminaries, het schrijven van wetenschappelijke artikels, het volgen van stages bij chiropractors en chirurgen en het slagen voor een eindexamen. Meer informatie over de inhoud van het GEP-programma kan teruggevonden worden in bijlage.

Prijs van de opleiding

In Europa is AECC de meest bekende opleiding. De kostprijs van de volledige opleiding tot chiropractor bedraagt £ 3290 per jaar voor de bachelor-jaren en £ 10400 per jaar voor de master-jaren (academiejaar 2010-2011).¹²³ De prijzen van de andere opleidingen zijn niet verder vermeld.

Accreditatie/erkenning

Op Europees vlak is er een accreditatiecommissie, European Council on Chiropractic Education (ECCE), opgericht om een waarborg op de opleiding te bieden.¹²⁴ Deze internationale, autonome organisatie heeft normen uitgeschreven waaraan opleidingsinstellingen moeten voldoen om een (re)accreditatie voor hun opleiding chiropraxie te verkrijgen. Deze standaards hebben als doel een opleiding te waarborgen dat competente gezondheidswerkers voortbrengt die de noden van de patiënt in de eerstelijnszorg kunnen verhelpen. Het is echter niet de bedoeling om gedetailleerde curricula uit te werken, maar deze commissie heeft zich eerder toegelegd op het beschrijven van de kennis, de attitudes en de vaardigheden waaraan een chiropractor na afstuderen zou moeten voldoen om een veilige eerstelijnszorg te kunnen aanbieden aan de patiënt.

De standaards omschrijven het volledige onderwijskader, onderverdeeld in 10 gebieden met 36 subgebieden. De volledige versie van deze standaards wordt hier niet verder besproken (de volledige versie is terug te vinden in bijlage).

Het ECCE heeft een zelfstudie rapport opgesteld waardoor elke opleidingsinstelling in staat is een zelfevaluatie te houden van zijn opleiding. Ook moet jaarlijks een rapport door de opleidingsinstellingen worden ingevuld waarin de meest recente hervormingen van het programma worden meegedeeld.

De werking van het ECCE heeft ertoe geleid dat er tussen de verschillende opleidingsinstellingen een hoge graad van gelijkheid in structuur, proces en product van opleiding zit.

Wat leert ons de enquête bij de chiropractors

De opleiding van de Belgische chiropractors is in 45,2% van de gevallen aanvullend op een eerdere opleiding (Tabel 1). De kinesitherapie is de meest voorkomende basisopleiding (21,9%) (Tabel 2).

Alle Belgische chiropractors werden opgeleid in het buitenland. Vier verschillende landen worden vermeld als plaats van opleiding. Ze worden hieronder geklasseerd volgens het aantal studenten dat er werd opgeleid (Tabel 3) :

- Groot-Brittannië (n=39)
- Verenigde Staten van Amerika (n=32)
- Canada (n=3)
- Frankrijk (n=2)

In de Verenigde Staten werden meer dan 7 colleges vermeld (het meest vermeld werd het Palmer College of Chiropractic) tegen een enkel college in het Verenigd Koninkrijk (het Anglo-European College of Chiropractic) (Tabel 4).

Bijna 80% van de chiropractors volgt permanente vorming (Tabel 5).

Kernboodschappen

- **Er bestaat geen opleiding chiropraxie in België, dit heeft als gevolg dat de studenten gedurende 5 jaar in het buitenland hun opleiding moeten volgen (met hoge studiekost)**
- **De opleidingen zijn gestuurd vanuit een Europese organisatie met een Europees accreditatiemechanisme, waardoor een uniformiteit tussen de opleidingen wordt nagestreefd.**
- **De opleiding wordt afgerond met een GEP-programma (onder verantwoordelijkheid van de beroepsvereniging), waarbij de student een klinisch jaar met onderzoeksmogelijkheden volgt in het land waar hij zal praktiseren**
- **Dit GEP-programma kan de integratie van de beginnende chiropractor faciliteren en hem ondersteunen in de uitbouw van zijn eigen praktijk**

5.4 ORGANISATIE VAN HET BEROEP^z

5.4.1 Osteopathie

5.4.1.1 *Vóór de wet Colla*

De twee eerste Belgische osteopathische verenigingen werden gecreëerd door oud-leerlingen van de Franse (het Institut William Gardner Sutherland (IWGS)) en Britse (the European School for Osteopathy in Maidstone (ESO)) osteopathiescholen . In het begin hielden ze zich vooral bezig met manuele therapie, waarna ze zich volledig profileerden als osteopathische verenigingen.

De Belgische Vereniging voor Osteopathie (BVO/SBO) (1986) die uit deze twee organisaties is ontstaan, speelde een basisrol bij de verdediging en de erkenning van het beroep. Gedurende bijna vijftien jaar was ze verwickeld in een juridische strijd met de beroepsorganisaties van artsen om erkend te worden als beroepsvereniging. Hierdoor heeft de BVO jurisprudentie geschapen voor alle verenigingen die nog zullen ontstaan.

^z Een uitgebreidere beschrijving van de beroepsverenigingen is beschikbaar in bijlage, net als de methodologie voor het verzamelen van alle gegevens.

5.4.1.2 Na de wet Colla

Vanaf 1999 maakte de proliferatie van scholen en verenigingen plaats voor groepering. Op niveau van de organisatie groepeerde een nieuwe VZW - de Groupement Nationale Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie Groepering, Nationaal en Representatief voor de Professionele Osteopaten (GNRPO) – volgende vijf beroepsverenigingen: ^{7, 125, 126}

- De Belgische Vereniging van Osteopaten (BVO/SBO) (1986) : 343 leden,
- De Unie voor Osteopaten (UVO) (1995) : 68 leden,
- De Belgische Unie van Osteopaten (BUO/UBO) : 84 leden,
- Het Register Osteopaten België (ROB-ABRO) (1995) : 290 leden,
- De Belgische Associatie van Klassieke Osteopaten (BAKO/ABOC) (1999) : 29 leden.

De Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten (GNRPO) streeft naar een exclusieve beoefening van de osteopathie. De effectieve leden moeten dus aan hun RIZIV-nummer verzaken.

De criteria voor lidmaatschap bij de GRNPO zijn :

- een vooropleiding (die valt onder KB78), behalve voor de studenten die een fulltime opleiding hebben gevolgd na het secundair onderwijs
- diploma D.O. in osteopathie (met verdediging van de thesis)
- een burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering
- een jaarlijks blanco-attest van terugbetalingen onder RIZIV-nummer

In 2010 werd de Unie voor gediplomeerden in de kinesitherapie en osteopathie (UKO) (214 leden) op haar beurt erkend, hoewel ze al meer dan tien jaar bestond. Ze verdedigt een gecombineerde beoefening van osteopathie en kinesitherapie¹²⁷.

De GNRPO onderscheidt zich van de UKO, door de verplichting aan de leden van het indienen van het RIZIV-nummer en enkel de osteopathie als een uniek beroep uit oefenen. Waarbij de UKO de leden wel toestaat om de kinesitherapie te combineren met osteopathie.

Om erkend te worden als beroepsorganisaties moeten al deze verenigingen beantwoorden aan verschillende voorwaarden wat betreft de opleiding van hun leden, de geldende honoreringen, dekking van de burgerlijke aansprakelijkheid, enz.

De beroepsorganisaties hebben een zeer wisselend aantal leden dat gaat van 29 (de BAKO die zijn belangrijkste school al snel gesloten zag) tot 343 (de BVO die het oudst is) (zie beschrijvende tabellen in bijlage). De meeste van deze verenigingen worden sterk beïnvloed door deze of gene opleidingsschool al naargelang het aantal van hun leden dat uit een bepaalde school afkomstig is.

De meeste recente opleiding in de osteopathie (ULB) heeft ook tot een nieuwe beroepsvereniging geleid. Deze beroepsvereniging (Union Professionnelle de Médecine Ostéopathique/Beroepsvereniging Voor Osteopathische Geneeskunde (UPMO/BVOG)) is momenteel nog niet erkend door het GRNPO en door de staat. Het verschil met andere beroepsverenigingen is het volgen van het discours van de ULB, waarbij (tijdelijk) afstand wordt genomen van de cranio-sacrale en viscerale principes¹²⁸.

Al deze beroepsverenigingen zijn maken deel uit van grotere internationale beroepsorganisaties.

5.4.1.3 Opdracht

Uit de geschiedenis van de verenigingen blijkt dat ze erg actief zijn op vlak van de verdediging van de belangen van hun beroepsbeoefenaars (zie tijdlijn in bijlage). Al vanaf de jaren '70 zijn ze bezig met een procedure tot erkenning van het beroep :

- in het midden van de jaren '80 verdedigden ze de osteopaten die aangeklaagd werden voor het illegaal uitoefenen van de geneeskunde;
- in 1986 dienden ze een verzoek in om erkend te worden als beroepsvereniging;
- in 1987, neerlegging van de titel van DO;
- in 2007, bescherming van de titel;
- in 2010 proces tegen de Staat ingevolge het niet publiceren van de uitvoeringsbesluiten van de wet Colla.

5.4.1.4 Beroepscompetentieprofiel (BCP)

De hereniging van de verschillende beroepsverenigingen onder de overkoepelende organisatie van de GNRPO heeft ook geleid tot het uiteenzetten van een gemeenschappelijke visie op de beroepsuitoefening van de osteopathie in België. Deze visie is uiteengezet in het beroepscompetentieprofiel (BCP)².

Een BCP heeft als doel de criteria op te stellen voor beroepsuitoefening van de Belgische osteopaat na zijn basisopleiding . Deze criteria worden als minimumvereisten voor de beroepsuitoefening beschouwd. Dit BCP oogt de professionalisering van het beroep te verhogen door inzicht en herkenbaarheid in de osteopathie en normen voor waarborg op kwaliteit en identiteit van de osteopaat te verschaffen.

Dit profiel is in september 2010 ter stemming voorgelegd aan de raad van bestuur van de GRNPO. Het ROB heeft tegen gestemd en heeft een eigen profiel opgesteld. UVO en BAKO/ABOC hebben het profiel onder enkele voorwaarden goedgekeurd. Na bevraging van de verschillende partners bleken volgende elementen voornamelijk dwars te liggen: het gebruik van de universitaire opleiding van de ULB als voorbeeld-opleiding, de beperkte nadruk op de cranio-sacrale, viscerale technieken en concepten uit de osteopathie en de nadruk op de toekomstvisie met beperkte weergave van de huidige beroepsuitoefening door de osteopaten in België.

Momenteel zijn er nog volop onderhandelingen bezig om toch tot een gemeenschappelijke visie te komen.

Ook op Europees vlak hebben de twee Europese organisaties (FORE en EFO) in de osteopathie de handen in elkaar geslagen om zo tot een "Scope of Osteopathic Practice in Europe" te komen. De meest recente versie van dit document is een voorlopige versie die ter validatie naar alle leden is gestuurd. De structuur en inhoud leunt sterk aan bij het BCP GNRPO.

In dit hoofdstuk zal voornamelijk aandacht besteed worden aan de gelijkenissen en verschillen tussen de BCP's van de GNRPO en van het ROB^{2, 129}. De beschrijving van het BCP is voornamelijk toegespitst op de identiteit van de osteopathie en de visie op de integratie van de osteopathie in de gezondheidszorg. De volledige versie van de BCP's zit in bijlage.

Identiteit van de osteopathie

DEFINITIE

Verschiedende definities van de osteopathie worden aangehaald en in de beschrijving van de identiteit springen (zowel bij GRNPO als bij ROB) volgende kernbegrippen er uit: **eenheid van lichaam en geest, zelfregulering van het menselijk lichaam, wederzijds verband tussen structuur en functie onderbouwd door 5 modellen van structuur-functie relaties** (biomechanisch, neurologisch, respiratorisch/circulatorisch, bio-psychosociaal en bio-energetisch model). Deze modellen tonen het **holistisch karakter** aan van de osteopathie.

Het BCP ROB onderscheidt zich van het BCP GRNPO door de functionaliteit van de systemen explicieter te beschrijven als een **pariëtale functie** (ivm bewegingsapparaat en alle bindweefselige structuren), een **viscerale functie** (functie voor de stofwisseling) en een **cranio-sacrale functie** (ivm sturing, regulatie van verschillende lichaamsfuncties). En wordt er een extra dimensie aan de definitie toegevoegd, waarin de osteopathische geneeskunde wordt omschreven als een **filosofie, een wetenschap en een kunst**. Het BCP Rob pleit voor een osteopathische geneeskunst volgens de evidence based richtlijnen (waar mogelijk), zonder echter van de osteopathische principes en filosofie af te stappen.

In tegenstelling tot het BCP GRNPO, waarin bewust afstand wordt genomen van de doctrines van de stichter en het idee wordt gesteund van een verdere uitbouw van het onderzoeksluik om zo de kwaliteit van het osteopathisch handelen te waarborgen.

TECHNIEKEN

Het osteopathisch handelen wordt gekarakteriseerd door manuele technieken, waarbij GRNPO meer de nadruk legt op de ontwikkelde **osteopathische tastzin**. Deze osteopathische tastzin (osteopatic touch) wordt omschreven als een hoog ontwikkeld haptisch vermogen gekoppeld aan een vaardig technisch handelen.

Het doel van een osteopathische behandeling is het herwinnen van de normale functie van een weefsel. De klinische praktijk is beperkt tot het gebruik van de handen met diagnostisch en therapeutisch doel om pijnklachten t.h.v het **locomotorisch apparaat** te verhelpen (volgens GRNPO). Dit sluit het gebruik van medicatie en invasieve technieken uit. Ook zijn de klachten (nog) beperkt tot klachten t.h.v. het locomotorisch apparaat, voor de klachten t.h.v. spijsvertering of bloedsomloop is verder onderzoek nodig.

In het BCP van het ROB wordt de osteopathie omschreven als een **functionele prikkeltherapie** die inspeelt op de prikkelbaarheid in bepaalde systemen van het lichaam die een normale functie van dat lichaam in de weg staat. Een osteopathische behandeling bestaat uit een verscheidenheid aan technieken (**osteopathic manipulative techniques (OMT)**) waarvan de viscerale en cranosacrale technieken ook deel uitmaken.

COMPETENTIES

Het bewerkstelligen van een kwaliteitswaarborg uit zich ook in het oplijsten van de verschillende competenties van een osteopaat (en student-osteopaat). Deze verschillende rollen en competenties zijn uitgewerkt volgens het CanMEDS model^{aa} en aangevuld met het SERV-model^{bb} in BCP GRNPO en met het piramide-model van Miller in het BCP van ROB)¹³⁰⁻¹³². De verschillende rollen van de osteopaat zijn: osteopathisch expert, communicator, gezondheidswerker, student, pleitbezorger voor gezondheid, manager, professioneel. Elke rol is beschreven aan de hand van een definitie, de competenties, de indicatoren en nodige kennis. In deze beschrijving van het BCP wordt niet dieper ingegaan op deze verschillende rollen.

Visie op de integratie van de osteopathie in de gezondheidszorg

In beide BCP's stelt men dat de osteopathie zowel op diagnostisch niveau als op therapeutisch niveau een **eerstelijnsfunctie** vervult, waarbij deze zowel complementair als alternatief voor de standaard medische behandeling kan zijn. Argumentatie voor deze plaats in de gezondheidszorg is de competentie van het stellen van een differentiaal diagnose. De competentie van het stellen van een diagnose wordt gestaafd door het oplijsten van de absolute en relatieve contra-indicaties voor directe en indirecte technieken.

aa CanMeds: Canadian Medical Education Directions for Specialists

bb SERV: Sociaal-Economische Raad voor Vlaanderen

Net zoals de GRNPO pleit het ROB voor een eerstelijnsfunctie binnen de gezondheidszorg, waarbij diagnosestelling een onderscheidende factor is t.o.v. andere therapieën. De competentie van **diagnosestelling** wordt omschreven als het definiëren van hulpvragen, het afnemen van een anamnese en het doelmatig uitvoeren van lichamelijk onderzoek om zo te komen tot een osteopathische diagnose, waarbij via differentiaal diagnose contra-indicaties zijn uitgesloten. De osteopathische diagnose houdt een manueel opsporen in van de somatische disfuncties, waarbij gebruik wordt gemaakt van palpatie, manueel mobiliteitsonderzoek en de interpretatie van klinische testen.

Deze competentie komt reeds aan bod in de opleiding en wordt nogmaals beklemtoond in de visie op de opleiding van de toekomstige osteopaat (zie verder).. Naast een curatieve functie, speelt de osteopathie ook een preventieve rol

OPLEIDING

Het BCP van GRNPO schetst een beeld van de beroepsuitoefening van de osteopathie. In het BCP worden eindtermen voor de opleiding geformuleerd met als kernboodschap een verdere uitbouw van de professionalisering van het beroep via de opleiding. De GRNPO schaart zich achter een **academisering** van de opleiding osteopathie door het steunen van de universitaire opleiding (zoals aan de ULB) en het oprichten van een **stagejaar** (apprenticeship) voor pasafgestudeerden om zo ervaring, klinische, organisatorische vaardigheden en bijkomende kennis te vergaren.

Dit BCP zal als basisdocument dienen voor het opleidingsprofiel, waarin kwaliteitscriteria voor de opleiding zullen worden opgesteld.

Net als in het BCP GNRPO wordt het profiel als een leidraad beschouwd voor de eindtermen van de opleiding in osteopathie. Hierbij staat de **Bologna-verklaring** centraal, met een bachelor-master structuur, waarbij het ROB pleit voor een opleiding aan een universitaire of aan een universiteit verbonden instelling.

PLAATS IN DE GEZONDHEIDSZORG

In een laatste hoofdstuk van het BCP ROB wordt het onderscheid met aanverwante beroepen aangehaald (kinesithérapie, chiropraxie, manuele geneeskunde en manuele therapie en allopathische geneeskunde) met klemtoon op de somatische disfunctie als mogelijke oorzaak van klachten, de specifieke diagnostiek en het gebruik van enkele manuele technieken in de osteopathie.

In het BCP GRNPO worden de verschillen niet opgesomd, maar wordt enkel aangehaald dat het onderscheid met andere therapieën wordt gesteld door het onderliggende osteopathische concept

Samenvattend kan men stellen dat beide BCP's grote gelijkenissen vertonen, zoals het pleiten voor de uitoefening van osteopathie als eerstelijnszorg. Ook wordt in beide profielen geen vermelding gemaakt van het uniek uitoefenen van de osteopathie (uitsluiting van combinatie kinesithérapie en osteopathie). Maar ook in beiden komt geen duidelijke profilering en definiëring van het beroep naar boven.

De verschillen zitten eerder in het dieper uitwerken van bepaalde hoofdstukken, zoals het opleidingsprofiel. In het BCP van het GNRPO worden enkele eindtermen aangehaald en wordt er verwezen naar een toekomstig opleidingsprofiel, in tegenstelling tot het BCP van het ROB waarin de richtlijnen volgens de Bologna-verklaring worden aangehaald. In het BCP van het ROB worden de osteopathische technieken expliciet vermeld, waaronder ook de cranio-sacrale en viscerale technieken, in tegenstelling tot de GRNPO, die zich distantieert van de concepten achter deze technieken. Een laatste duidelijke verschil tussen beide profielen zit in het al dan niet vergelijken van de osteopathie met de andere zorgberoepen.

Momenteel is er nog geen Europese overeenkomst gevonden om een CEN-standaard op te stellen. Meer informatie over CEN is beschreven onder chiropraxie.

ONDERZOEK

Het onderzoek in de osteopathie wordt aangemoedigd door de oprichting van een financieringsfonds (Swiss Fund for Evidence Based Osteopathic Medicine-SFEBOM). Deze organisatie werkt samen met CORPP (Commission for Osteopathic research, Practice and Promotion). Deze organisatie heeft als doel het wetenschappelijk onderzoek te promoten¹²⁵.

Kernboodschappen

- **sinds 1999 hebben de verschillende beroepsverenigingen in de osteopathie zich herenigd in 1 overkoepelende organisatie, GNRPO, die de osteopathie als unieke therapie verdedigt**
- **UKO staat los van GRNPO door de verdediging van de combinatie van kinesitherapie met osteopathie**
- **de recente ontwikkelingen op onderwijsvlak hebben geleid tot een nieuwe beroepsvereniging, die de EBOM in de osteopathie verdedigt en afstapt van osteopathische concepten achter de viscerale en cranio-sacrale technieken**
- **HET BCP GNRPO schetst een beeld van de beroepsuitoefening in België, maar heeft ook geleid tot een (tijdelijke) verdeeldheid binnen de GNRPO**
- **als reactie op dit BCP heeft het ROB (tweede grootste vereniging binnen de GNRPO) een eigen BCP opgesteld, waarin meer de nadruk ligt op het osteopathisch concept van de OMT technieken**

5.4.2 Chiropraxie

De enige beroepsvereniging van chiropractors (Union Belge des chiropractors/Belgische Vereniging van chiropractors, UBC-BVC) in België telt 105 leden en is representatief voor 95% van alle chiropractors in België. Deze beroepsvereniging (opgericht in 1945) is lid van the European Chiropractor's Union en the World Federation of chiropractic¹³³.

UBC-BVC heeft criteria opgesteld om als chiropractor te kunnen toetreden tot de beroepsvereniging:

- Een diploma behaald bij een door het Council of Chiropractic Education (CCE) erkende instelling
- De kandidaat wordt op basis van zijn diploma tot een voorlopig lidmaatschap toegelaten (maximum periode van 2 jaar).
- Tijdens periode van voorlopige lidmaatschap is men verplicht in een door UBC-BVC georganiseerde Graduate Education Program (GEP) succesvol te slagen (verplicht sinds 1995) (verdere beschrijving van dit programma, zie hoofdstuk opleiding)

Na succesvol slagen kan men volwaardig lid worden van de beroepsvereniging

5.4.2.1 Missie van UBC-BVC

De missie van UBC-BVC omvat:

- Verdediging en erkenning van de wetenschappelijke en wettelijke aspecten m.b.t. de uitoefening en de ontwikkeling van de chiropraxie
- Waken over de beroepsethiek en de deontologie van het beroep
- De dialoog met de overheid onderhouden
- De verspreiding van wetenschappelijke informatie
- De promotie van het wetenschappelijk onderzoek, met de nadruk op een multidisciplinaire benadering
- De verspreiding van de onderzoeksresultaten
- Organisatie van een permanente nascholing voor de chiropractors

UBC-BVC heeft ook een code opgesteld met de ethische principes en beroepsregels die samen de plichtenleer van de chiropraxie uitmaken, waaronder het verbod van combinatie van een chiropractische praktijk met een andere beroepsactiviteit, het verplicht afsluiten van een burgerlijke beroepsaansprakelijkheid, een buitencontractuele aansprakelijkheid en rechtsbijstand (via collectieve polissen).

5.4.2.2 *BCP van chiropraxie*

UBC-BVC heeft niet zelf een BCP opgesteld maar volgt de richtlijnen opgesteld door de European Chiropractors' Union, met name de Code of Good Practice en de ECU Chiropractic Profile Document^{3, 134}.

In de Code of Good Practice worden algemene gedragsregels opgesteld in verband met het werken met patiënten, het werken met collega's, integriteit en hun eigen gezondheid en veiligheid³.

Het ECU Chiropractic Profile Document beschrijft de criteria voor beroepsuitoefening en opleiding om zo tot een verdere optimalisatie van de kwaliteit van zorg te komen binnen een multidisciplinair kader. Binnen dit kader is de zorg gecentreerd rond de patiënt. Dit document baseert zich ook op de documenten van de World Federation of Chiropractic¹³⁴.

Momenteel is er ook een eerste draft van een Europese standaard (Health care provision by chiropractors) opgesteld door CEN (European Committee for Standardization) i.s.m. met de beroepsverenigingen uit verschillende Europese landen. Dit document wordt voorgelegd aan alle leden, na een laatste aanpassing zal dit document de Europese standaard worden voor chiropractische zorg. CEN – het Europese comité voor normalisatie – is het door de EU en de lidstaten erkende organisme voor het maken en publiceren van Europese normen (ISO is de tegenhanger op wereldvlak). Meer informatie over deze organisatie kan teruggevonden worden op de website¹³⁵.

Identiteit van de chiropraxie

De chiropraxie wordt omschreven als: Chiropractic care, including diagnosis and management, focuses upon the relationship between structure, primarily the spine, and function, primarily via the nervous system, as it relates to health, posture and performance (ECU definition, 2005). Chiropractische zorg, inclusief diagnose en management, legt de focus op de relatie tussen structuur (voornamelijk de wervelkolom) en functie, voornamelijk via het zenuwstelsel en zijn invloed op gezondheid, houding en werking.

De te behandelen klachten zijn gekoppeld aan bio-psychosociale aandoeningen van het neuromusculoskeletale systeem.

De competenties van de chiropractor zijn gedefinieerd als volgt (World Federation of Chiropractic):^{134, 136}:

- Bekwaamheid om tot een verbetering te komen van de functie in het neuromusculoskeletaal systeem, de gezondheid, het welzijn en de levenskwaliteit
- Gespecialiseerde aanpak van het onderzoek, de diagnose en de behandeling op basis van het voorhanden onderzoek en klinische evidentie met een nadruk op de relatie tussen de wervelkolom en het zenuwstelsel
- Geen gebruik van medicatie of chirurgie en het in staat stellen van de patiënt te vrijwaren van deze behandelstrategieën waar mogelijk
- Gespecialiseerde beoefenaars van "spinal adjustment", manipulatie, andere manuele technieken, oefeninstructie and patiënteneducatie
- Een patiënt-gecentreerde and bio-psychosociale aanpak, waarbij de nadruk ligt op de relatie tussen geest en lichaam, de zelfhelende vermogens van het individu, de individuele verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid en het aanmoedigen van de patiënt zijn onafhankelijkheid

De chiropractische zorg kan opgedeeld worden in 3 hoofdtaken: het functioneel, klinisch en diagnostisch onderzoek, het klinisch redeneren (met het concept van het subluxatie complex) en de chiropractische behandeling. Deze behandeling bevat manipulatietechnieken t.h.v. de wervelkolom en de extremiteiten, ergonomisch advies, preventie en evaluatie van de therapie.

Naast de competenties van de chiropractor als therapeut worden ook de competenties als professional aangehaald, zoals de ontwikkeling van onderzoek om de kwaliteit te verbeteren en het opzetten van een samenwerking met de andere gezondheidszorgdisciplines.

Visie op de integratie van de chiropraxie in de gezondheidszorg

De identiteit van de chiropractor wordt omschreven, volgens de gedefinieerde identiteit van de World Federation of Chiropractic, als de rugspecialist binnen de gezondheidszorg, waarbij hij een eerstelijnsfunctie vervult (zonder nodige doorverwijzing). De chiropraxie is aangestuurd door het evidence-based onderzoek, maar een gebrek of onvoldoende evidentie mag niet onmiddellijk leiden tot een verwerping van een behandelingsconcept.

Op Europees vlak wordt het wetenschappelijk onderzoek onderbouwd door een onderzoeksraad (Research Council). Deze onderzoeksraad evalueert wetenschappelijke voorstellen op basis van relevantie, potentiële impact, kwaliteit en uitvoerbaarheid. Ook wordt alle onderzoek rond chiropraxie verzameld in een register (European Chiropractic Research Register) en worden jonge onderzoekers gesteund. Het ECU (European Chiropractors' Union) heeft i.s.m. het Research Council een onderzoeksfonds opgericht om het wetenschappelijk onderzoek te promoten en (financieel) ondersteunen, zodat de kennis, het inzicht en de praktijk van de chiropractische zorg deel zal uitmaken van de wetenschappelijke geneeskunde¹³⁷.

In de richtlijnen van de WHO staan de contra-indicatoren voor chiropractische behandeling opgelijst.

Het belang van een degelijke opleiding wordt in dit document benadrukt door een korte beschrijving van de European Council on Chiropractic Education (ECCE), het Graduate Education programme (GEP) and de permanente vorming (voor verder beschrijving, zie hoofdstuk over opleiding binnen de chiropraxie).

Kern boodschappen

- **de chiropractors zijn vertegenwoordigd door 1 beroepsvereniging (UBC-BVC)**
- **de beroepsvereniging ondersteunt de pas afgestudeerde chiropractor door het verplichte GEP-programma, waardoor de student sneller wordt geïntegreerd in de klinische praktijk in België**
- **het BCP van de chiropractors is op Europees niveau opgesteld en goedgekeurd en wordt als handvest gebruikt in België**

6 WAT BETEKENT HOLISME EN GLOBALITEIT IN HET GEVAL VAN CHIROPRACTIE EN OSTEOPATHIE?

6.1 HOLISME EN GLOBALITEIT

Het gebruik van woorden en concepten met een sterk symbolisch karakter maar met een schimmige inhoud, zoals energie, 'vitalisme', globaliteit en natuurlijk 'holisme' is eigen aan het discours van niet erkende geneeswijzen. De noties holisme en globaliteit staan centraal in de woordenschat van zowel de osteopathie als de chiropraxie. Het is bijgevolg nuttig hun betekenis te verduidelijken. De twee begrippen hebben een verschillende betekenis naargelang de context waarin ze gebruikt worden.

Holisme (Grieks: holon: het geheel) is het idee dat de eigenschappen van een systeem (fysiek, biologisch, technisch, chemisch, economisch, enz.) niet kunnen worden verklaard door de som van alleen zijn componenten te nemen. Het woord, samen met het bijvoeglijke naamwoord holistisch, werd ingevoerd door Jan Smuts in de vroege jaren '20. Smuts definieerde holisme als "De tendens in de natuur om gehelen te vormen die groter zijn dan de som der delen door creatieve evolutie"¹³⁸. Holisme wordt soms beschreven als tegengesteld aan reductionisme (wikipedia).

Het begrip '**globaliteit**', afkomstig van het woord 'globe', betekent elke benadering van een fenomeen in zijn geheel, zijn totaliteit. **Globalisme** slaat dan weer meer op de doctrine met dezelfde betekenis.

Die termen zijn in feite bijna synoniem en bevatten het idee dat de eigenschappen van een systeem (fysisch, biologisch, chemisch, economisch, psychisch, symbolisch, therapeutisch enz.) niet kan verklaard worden uit de som van de samenstellende delen alleen.

Holisme wordt soms beschreven als tegengesteld aan reductionisme ²¹. Holistische ideeën vindt men terug in verschillende disciplines maar met een verschillend niveau van acceptatie.

- In de natuurkunde (onder de vorm of wat men soms enigszins smalend 'quantum mysticism' noemt, waarvan de bekendste proponent Fritjof Capra is met zijn seventies bestseller, *The Tao of Physics* Capra, 1975 #207}, waar hij parallellen trekt tussen oosterse filosofie en quantummechanica,.
- in de psychologie (globalistische psychologie, systeemaanpak, psychoanalyse volgens Jung enz.)
- in de sociologie (durkheimisme, structuro-fonctionnalisme, enz.) ;
- in des theologie (panthéisme, zoals in het Griekse en Romeinse heidendom, New Age, bepaalde 'nieuwe' religieuze bewegingen) ;
- Ook in de 'reguliere' geneeskunde worden de term en de concepten gebruikt, de Mesh term geïntroduceerd in 1980 in Pubmed geeft bijvoorbeeld de definitie: 'Health as viewed from the perspective that humans and other organisms function as complete, integrated units rather than as aggregates of separate parts'.
- In de verpleegwetenschappen word holistic nursing gedefinieerd als 'A philosophy of nursing practice that takes into account total patient care, considering the physical, emotional, social, economic, and spiritual needs of patients, their response to their illnesses, and the effect of illness on patients' abilities to meet self-care needs'. ¹³⁹.

Het onderkennen van het belang van sociale en psychische invloeden op de physiologie van de patiënt is ook sterk aanwezig in klinische milieus die zich bezig houden met chronische pijn, meer bepaald in ziekenhuisdiensten die een multidisciplinaire aanpak van de patiënt adopteren zoals bijvoorbeeld in de oncologie of in pijnklinieken^{140, 141}. Deze “biopsychosociale aanpak” kan tot op zekere hoogte ook als ‘globaal’ worden beschouwd, ook al is de concrete uitvoering niet altijd even goed gedefinieerd en beperken de ‘sociale’ aspecten zich tot de economische situatie van de patiënt.

Om verwarring te vermijden wordt soms ervoor gepleit om die vorm van holism de naam ‘wholism’ te geven om zich te onderscheiden van de meer ‘metaphysische’ concept ‘holism’ zoals het in diverse vormen van alternatieve geneeskunde wordt gebruikt¹⁴².

6.2 HOLISME IN DE OSTEOPATHIE EN DE CHIROPRACTIE

Holism wordt in de chiropractische en osteopathische literatuur vaak aangehaald, maar de term kwam pas later in zwang en werd door de stichters nooit expliciet in die betekenis gebruikt.

Wel haalt Still bijvoorbeeld aan als een van de grondbeginselen van de osteopathie aan: ‘Het lichaam wordt beschouwd als een biologische eenheid’ (Philosophy of Osteopathy, Dr. AT Still, Kirksville 1899). Er is niet echt overeenstemming over wat dit dan concreet betekent voor de osteopathische praktijk, maar men kan uit de behandelingsmethodes in zekere zin afleiden dat dit verder gaat dan het ‘wholism’ die ook in de ‘reguliere’ geneeskunde gebruikt wordt.

Bijvoorbeeld, proberen een koliek bij een zuigeling te behandelen met manipulaties, een courante praktijk bij osteopaten en chiropractici, impliceert dat aangenomen wordt dat er een of ander ‘verbindend’ element is die een dergelijk effect mogelijk of plausibel maakt maar die niet kan waargenomen worden. Er is hier dus toch sprake van een in zekere zin ‘magisch’ (in oorsprong ‘vitalistisch’) aspect. Dit aspect kan niet bevestigd of ontkend worden op wetenschappelijke grond en maakt de twee disciplines ‘alternatief’.

Men zou de ‘wholistisch’ aanpak van de patient in de osteopathie en de chiropraxie op verschillende manieren kunnen invullen:

- Als een therapeutische aanpak die rekening houdt met bepaalde karakteristieken, zoals leeftijd, conditie, emotionele toestand, relationele verankering enz., die eigen zijn aan elke patiënt. Dit lijkt noch bij de osteopathie noch bij de chiropraxie echt het geval te zijn, gezien hun behandelingen vaak bestaan uit de manipulatie van een gewricht en de herhaling van de dezelfde manipulatie bij dezelfde patiënt. Als de anamnese en de diagnostiek min of meer complex zijn dan is de behandeling dit veel minder.
- Men zou het ook kunnen zien als een combinatie van verschillende vormen van therapeutische aanpak, gericht op de verschillend klachten of problemen van de patiënt, maar ook dit lijkt in de praktijk niet echt het geval te zijn.

De bekommernis om de globaliteit van de patiënt en daarvan afgeleid de vrees voor het reduceren van de patiënt tot zijn symptoom zijn waarschijnlijk evenzeer aanwezig in de geneeskunde als in de niet-conventionele geneeswijzen. We hebben voor dit rapport niet uitgezocht in welke mate die bekommernis verdergaat dan het discours en intentie.

6.3 CONCLUSIE

Het diverse gebruik van het concept globaliteit en holisme maken die begrippen tot wat in de Angelsaksische wereld 'buzzwords' worden genoemd, containerbegrippen die door hun vaagheid en hun symbolische lading zo'n beetje voor van alles kunnen worden gebruikt. In het discours van de praktijkvoerders worden die termen gebruikt als een « boundary object »¹⁴⁰, om zich te profileren en een grens te trekken tussen 'wij' en 'zij'. Aan de ene kant de artsen, die ervan beschuldigd worden een geneeskunde te bedrijven die geen rekening houdt met de bio-psycho-sociale aspecten en de osteopaten en chiropractoren die pretenderen een globale benadering van de patiënt te hebben.

7 ALGEMENE DISCUSSIE EN CONCLUSIES

7.1 INLEIDING

Op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken stelde het KCE een stand van zaken op van de vier niet-conventionele therapieën die door de “wet Colla” sinds 1999 in België worden omkaderd, nl. acupunctuur, homeopathie, chiropraxie en osteopathie. Deze geneeswijzen worden gedefinieerd als een « groep van verschillende medische systemen en gezondheidszorgen, praktijken en producten die momenteel niet worden beschouwd als deel uitmakende van de conventionele geneeskunde ¹. De therapieën worden gekwalificeerd als ‘complementair’ wanneer ze samen met conventionele behandelingen worden gebruikt en als ‘alternatief’ wanneer ze in de plaats van een conventionele behandeling worden gebruikt. Deze geneeswijzen verschillen van de klassieke of conventionele geneeskunde omdat ze niet gebaseerd zijn op wetenschappelijke experimenten. Ze worden nochtans gebruikt door een groot aantal personen.

Dit rapport is het eerste uit een reeks van drie : het heeft betrekking op de chiropraxie en de osteopathie, twee disciplines die voornamelijk gebaseerd zijn op manuele therapieën.

Dit rapport heeft, meer specifiek, als doel een antwoord te bieden aan volgende vragen:

3. Wat is de effectiviteit van osteopathie en chiropraxie? Wat zijn de voordelen en de schadelijke effecten?
4. Hoe definiëren deze geneeswijzen zichzelf en hoe worden ze gebruikt door de Belgische populatie?
5. Wat is het legaal statuut van deze geneeswijzen en hoe zijn ze georganiseerd in België?
6. Hoe zijn de therapeuten opgeleid?

Om deze geneeswijzen in hun complexiteit te kunnen begrijpen, koos het KCE voor een multidisciplinaire aanpak, die zowel medisch, sociologisch, antropologisch, juridisch als organisatorisch is. Deze keuze lag voor de hand omwille van het ‘holistisch’ karakter, eigen aan deze alternatieve geneeswijzen, en is gebaseerd op opvattingen van het lichaam en de gezondheid die verschillen van de opvattingen die worden gebruikt door de conventionele geneeskunde (zie verder).

Het KCE gebruikte voor elk van deze dimensies aangepaste methodes: een systematische review van de wetenschappelijke literatuur om de klinische effectiviteit en de veiligheid van deze therapieën te evalueren, een telefonische enquête bij de algemene bevolking om de omvang van consumptie van deze therapieën door de algemene populatie te meten, een enquête via een gesprek van socio-antropologische type om de perceptie te begrijpen bij regelmatige gebruikers en therapeuten, een online enquête bij de beoefenaars om de beoefenaars en hun praktijk te beschrijven, een gedetailleerde analyse van het juridische en organisatorische kader als hulp om de wet Colla en zijn inzet beter te begrijpen en tenslotte de consultatie van beroepsverenigingen en van deskundigen, dat toelaat om de manier waarop deze beroepen zich organiseren en hoe de therapeuten zijn opgeleid te beschrijven.

7.2 OSTEOPATHIE EN CHIROPRACTIE IN BELGIE: DE GEBRUIKERS, DE BEOEFENAARS, DE PRAKTIJKEN

7.2.1 Een toenemend gebruik

De nationale gezondheidsenquête, over het gedrag en de consumptie van individuen op gebied van gezondheidszorgen, die elke 4 jaar wordt uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, benadrukte reeds het succes van de alternatieve, zogenaamd 'niet-conventionele' geneeswijzen. In 2001 en 2008, had respectievelijk 11% en 12% van de ondervraagden in de loop van de voorbije 12 maanden een 'alternatieve therapeut' geraadpleegd.

De enquête, die in 2009 door het KCE werd uitgevoerd bij een representatieve steekproef van volwassen Belgen, wijst erop dat een derde van de respondenten minstens één keer een alternatieve therapeut had geraadpleegd tijdens zijn leven en dat tijdens de voorbije 12 maanden 7 % een osteopaat, 6% een homeopaat, 3% een acupuncturist en 2% een chiropractor hebben geconsulteerd. Deze cijfers, tonen aan dat een niet te verwaarlozen aantal personen, beroep doet op niet-conventionele geneeswijzen.

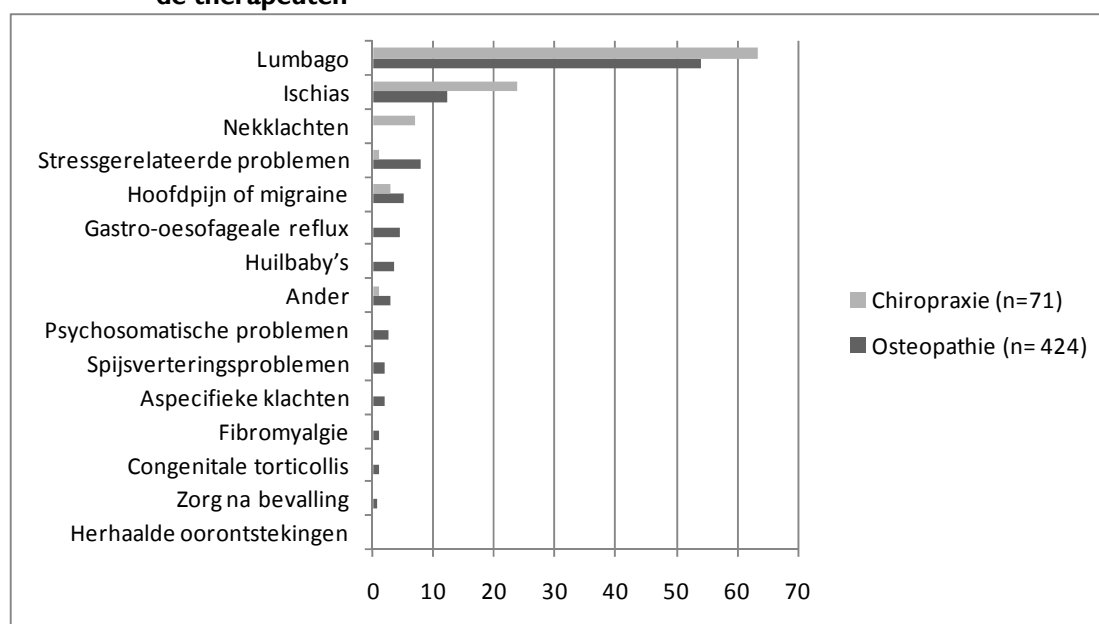
7.2.2 Wie zijn de patiënten?

Het algemene patiëntenbestand van osteopaten bestaat voornamelijk uit baby's en volwassenen. Men treft slechts weinig adolescenten aan. Sommige osteopaten hebben zich gespecialiseerd in de behandeling van ofwel baby's en zwangere vrouwen, ofwel volwassenen. Overigens stelt men geen statistisch significant verband vast tussen het geslacht van de therapeut en dat van zijn patiënten.

De chiropractors behandelen patiënten van alle leeftijden, maar wel voornamelijk volwassenen.

Uit de gesprekken met de patiënten blijkt dat zij een beroep doen op osteopaten of chiropractors voor vrijwel identieke klachten die betrekking hebben op het musculo-skeletaal stelsel (in hoofdzaak rug- en nekklachten). Meestal hebben patiënten eerst een conventionele therapeut geraadpleegd. Dit wordt bevestigd door de therapeuten zelf.

Figuur 1: Redenen voor consultatie van osteopaten en chiropractors volgens de therapeuten^{cc}



^{cc} De vraag over nekpijn werd per vergissing niet aan de osteopaten gesteld.

Naast deze redenen voor consultatie duikt er ook nog de vraag naar specifieke zorg voor baby's op (bijna uitsluitend gericht tot osteopaten). De voornaamste redenen waarom jonge ouders zich tot deze therapie wenden zijn gastro-oesofageale reflux bij zuigelingen en huilbaby's..

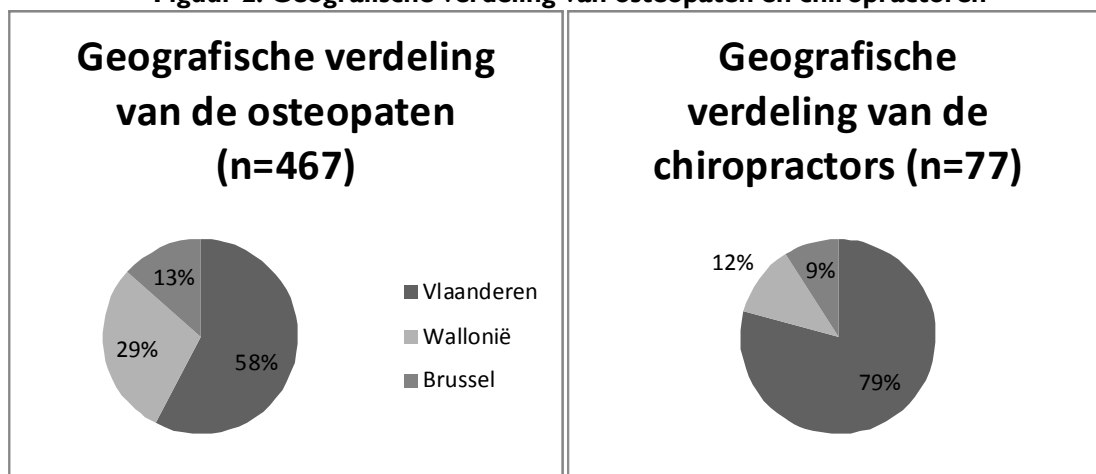
7.2.3 Wie zijn de beoefenaars?

Momenteel beoefenen ongeveer 1000 osteopaten, die lid zijn van een beroepsvereniging, hun beroep uit in België. Bijna de helft daarvan is tussen 40 en 59 jaar oud en iets meer dan een vierde zijn vrouwen (28%).

Wat betreft chiropractors zijn er 110 aangesloten bij een beroepsvereniging. Iets meer dan de helft (55%) is tussen 30 en 50 jaar oud en 29% zijn vrouwen.

Chiropraxie wordt meer beoefend in Vlaanderen dan in Wallonië of Brussel.

Figuur 2: Geografische verdeling van osteopaten en chiropractoren



De meerderheid van de osteopaten (58%) werkt alleen. en, Indien ze in een groepspraktijk werken, doen ze dit meestal aan de zijde van andere osteopaten en/of kinesitherapeuten. Sommigen combineren een solo praktijk met een groepspraktijk. De solopraktijk is minder gangbaar bij de chiropractors (42%). De meerderheid die in een groepspraktijk (88%) werken doen dit uitsluitend samen met andere chiropractors.

De osteopaten hebben meestal eerst een opleiding als kinesitherapeut (83%) of arts (1%) gevolgd. Bij chiropractors, daarentegen, is de opleiding in de chiropraxie voor de meerderheid (58%) de eerste opleiding. Tweeëntwintig procent van de chiropractors zijn kinesitherapeut van opleiding en 3% arts (zie verder: hoe wordt men osteopaat of chiropractor?). Om volledig te zijn dient te worden vermeld dat sommige artsen (huisartsen en specialisten), ter aanvulling van hun klassieke opleiding een opleiding 'manuele therapie' hebben gevolgd. Deze artsen voeren als dusdanig vertebrale manipulaties uit, zonder dat ze osteopaat of chiropractor zijn. Vermits ze dit uitoefenen in het kader van de klassieke geneeskunde, worden ze niet meegenomen in dit rapport.

7.2.4 Typisch traject van een patient

7.2.4.1 *De sprong wagen naar de alternatieve geneeswijzen*

Uit de enquête bij patiënten blijkt dat patiënten niets (of zeer weinig) afweten van de onderliggende filosofieën en theorieën van deze twee therapieën, en dat ze zich daar ook niet voor interesseren. Vaak weten ze zelfs niet of ze nu een chiropractor of een osteopaat consulteren. Ze zoeken gewoon naar een snelle en doeltreffende manier om hun klachten te verlichten.

De patiënten die al een alternatieve therapeut consulteerden verwerpen de conventionele geneeskunde niet, maar doen meestal een beroep op een aanvullende geneeswijze als aanvullende stap. Uit de telefonische bevraging van de bevolking blijkt dat in het algemeen 87% van de respondenten die een beroep doen op beoefenaars van alternatieve geneeswijzen ook een conventionele arts raadplegen en vaak voor dezelfde medische reden. Toch blijken ze zich bewust te zijn van het bestaan van een kloof tussen conventionele artsen en alternatieve therapeuten. De regelmatige gebruikers aarzelen immers om hun conventionele arts mee te delen dat ze een beroep doen op deze niet-conventionele therapieën. Bijgevolg hebben de artsen en therapeuten vaak geen zich op de behandelingen die patiënten ergens anders krijgen. Het ontbreken van dit algemeen overzicht op de behandelingen die hun patiënten krijgen komt een kwaliteitsvolle zorgverlening niet ten goede.

Wanneer een patiënt zich richt tot een beoefenaar van de osteopathie of van de chiropraxie is dit meestal gebaseerd op mondelinge informatie en raadgevingen van kennissen. Dit is sterk verschillend van wat zich voordoet binnen de conventionele geneeskunde (arts, tandarts, enz.) waar artsen meestal zelf patiënten doorverwijzen naar een collega. de enige bron die hiervoor beschikbaar is in tegenstelling tot het opsporen van andere soorten therapeuten.

Vier procent van de telefonisch ondervraagde personen doen nooit een beroep op alternatieve geneeswijzen omdat hun arts hen dit heeft afgeraden.

7.2.4.2 *De consultatie*

De activiteit van de osteopaten en de chiropractors vertoont een gemeenschappelijk stramien waarin toch enkele verschilpunten kunnen worden opgemerkt.

Een **eerste afspraak** bij een chiropractor is relatief snel gemaakt (in 81% van de gevallen de dag zelf of de volgende dag) Bij osteopaten gaat dit iets trager (in 57 % van de gevallen de dag zelf of de volgende dag).

De **eerste consultatie** duurt tussen 30 en 60 minuten bij de meerderheid van de therapeuten (79% van de chiropractors en 83% van de osteopaten). Bij 16% van de osteopaten is dit meer dan een uur wat bijna nooit het geval is bij een chiropractor.

We kunnen enkele duidelijke verschilpunten vaststellen tussen osteopaten en chiropractors in het **contact met de patiënten**:

- de **duur van de opvolgingsconsultatie**: die duurt maximum 30 minuten bij een chiropractor en minimum 30 minuten bij een osteopaat. In de osteopathische consultatie is er inderdaad veel meer ruimte voor dialoog dan in de chiropractische consultatie. Bovendien duren de handelingen bij osteopathie langer.
- Naast dit verschil in tijd die aan de patiënt wordt besteed, worden de consultatieruimten soms ook op een verschillende manier **georganiseerd**: terwijl bij sommige chiropractors verschillende patiënten tegelijkertijd hun beurt kunnen afwachten in een kleedhokje waar ze zich op voorhand kunnen ontkleden, zal een osteopaat slechts één patiënt per keer ontvangen.
- de behandeling: zowel chiropractors als osteopaten gebruiken **verschillende manuele therapieën** in functie van de klacht waarvoor de patiënt consulteert:

- De HVLA (High Velocity Low Amplitude) wordt in beide beroepen gebruikt. Deze techniek bestaat uit het uitvoeren van een korte en snelle beweging (beperkte verplaatsing= 'lage amplitude') waardoor het gewricht wordt gekraakt. Deze manipulatie, die zeer precies gedoseerd wordt, kan spiercontracturen in de nabijheid van de desbetreffende gewrichten opheffen. 99% van de chiropractors en 63% van de osteopaten passen deze techniek vaak of zeer vaak toe. **De manier waarop deze manipulaties worden uitgevoerd** verschilt echter en berust op de onderliggende filosofieën (zie historisch kader verder in de tekst).
- **'Zachte' technieken**, zonder 'kraken' worden bij beide beroepen gebruikt. Meer dan 77% van de osteopaten en 75% van de chiropractors gebruikt deze techniek vaak of zeer vaak. Hier verschillen de technieken echter meer tussen beide disciplines:
 - De meeste osteopaten gebruiken viscerale en cranio-sacrale technieken. Die bestaan uit het manipuleren van de organen en de schedel door druk uit te oefenen. Deze technieken worden vooral gebruikt voor het behandelen van baby's. De grondslagen en het gebruik van deze technieken zijn niet unaniem in het beroep (zoals we verder nog zullen zien bij de definitie van de osteopathie).
 - Chiropractors gebruiken voornamelijk technieken die gericht zijn op de "triggerpoints", hypergevoelige punten die zich binnen een spanningsgordel van skeletspieren of bindweefsel bevinden. Deze technieken worden ook uitgevoerd door de osteopaten.
- De osteopaten gebruiken veel verschillende handelingen die de verscheidenheid van de "osteopathische scholen" weerspiegelen, een andere specificiteit die hen onderscheidt van de chiropractors. Deze **relatief 'verdeelde' interne samenstelling van de osteopathie** (drie pijlers: visceraal, craniaal en pariëtaal – zie competentieprofiel) is in schril contrast met de homogeniteit van de chiropraxie, die berust op een 'arsenaal' van technieken waarin alle chiropractors zich terugvinden.
- Osteopaten gebruiken weinig technisch materiaal. Chiropractors daarentegen, doen een beroep op een hele reeks technische hulpmiddelen, zoals de activator (een soort pistool met een veer die een gedoseerde puls geeft ter hoogte van de wervelkolom). Chiropractors voeren hun behandeling grotendeels uit met behulp van een speciale tafel, waardoor het lichaamscontact dat nodig is voor het uitvoeren van manipulaties beperkt is. Dit in tegenstelling osteopaten, die veel lichamelijk contact nodig hebben om hun manipulaties uit te voeren.

Over het algemeen zijn de door ons gecontacteerde osteopaten en chiropractors van mening dat slechts een minderheid van de klachten in een enkele sessie kan worden behandeld.

7.2.5 Financiële aspecten

Na afloop van de consultatie betalen patiënten tussen 25 en 50 euro bij een osteopaat, en tussen 35 en 50 euro bij een chiropractor. Voor een opvolgingsconsultatie is dit soms minder.

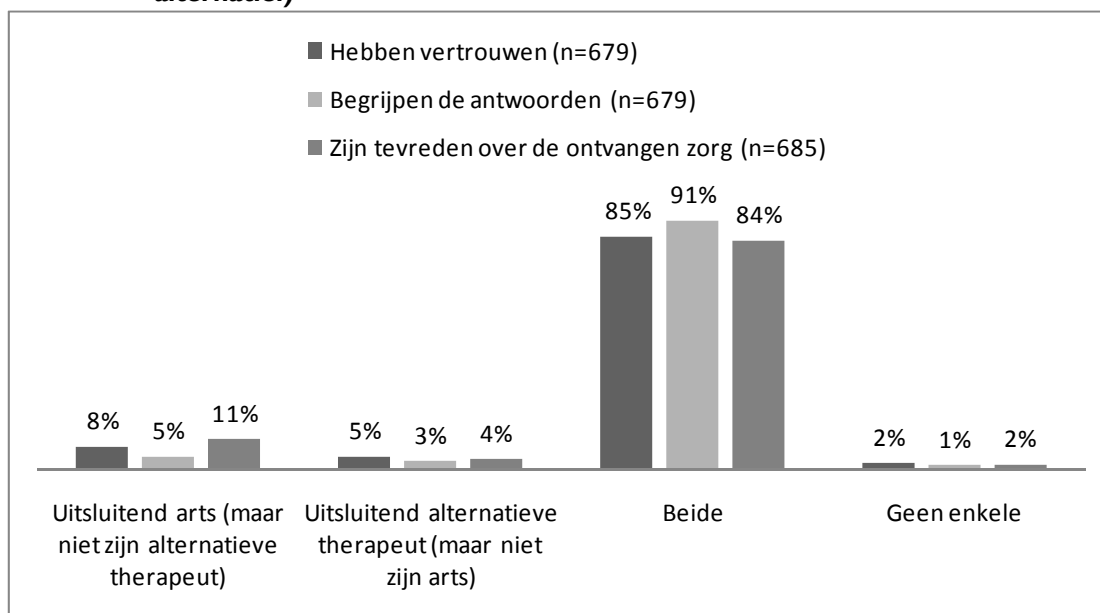
Noch osteopathie, noch chiropraxie worden terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering. Patiënten die lid zijn van bepaalde ziekenfondsen kunnen echter genieten van een gedeeltelijke terugbetaling van hun consultatie in het kader van de aanvullende ziekteverzekering (tussen 10 en 12,5 €/consultatie voor maximum 5 sessies van een alternatieve therapie per jaar) en dit op voorwaarde dat hun therapeut erkend is door hun ziekenfonds. Sommige privé-verzekeringen, die ambulante of ziekenhuiskosten dekken, voorzien eveneens een terugbetaling, afhankelijk van het type dekking dat men onderschreven heeft, op basis van een medisch voorschrift.

De financiële kosten van het gebruik van deze praktijken is dus voornamelijk ten laste van de patiënt. De telefonische enquête wijst er trouwens op dat 12% van de ondervraagde personen nog nooit een beroep heeft gedaan op een alternatieve geneeswijze omdat ze die te duur vinden.

7.2.6 Beoordeling door de patienten

De antwoorden op de telefonische enquête wijzen erop dat, na afloop van de behandeling, de patiënten tevreden zijn over hun therapeut, over de zorgen die ze kregen, dat ze vertrouwen hebben in hem/haar en de gegeven informatie juist begrijpen. Hun houding ten overstaan van de alternatieve therapeuten verschilt niet van die ten aanzien van hun 'conventionele' arts. Patiënten die niet tevreden zijn (in ruime zin) over de toegediende zorgen zijn zeldzaam.

Figuur 3: Relatie tussen de patiënten en hun therapeuten (al dan niet alternatief)



De regelmatige gebruikers van de osteopathie waarden voornamelijk het algemeen gevoel van welzijn dat tijdens de consultatie ontstaat, terwijl gebruikers van de chiropraxie eerder de snelheid van de beschikbaarheid van de behandeling voorop stellen.

Deze tevredenheid die door de patiënten wordt geuit, verhoogt hun ongenoegen dat deze therapieën financieel niet in ruimere mate voor iedereen toegankelijk zijn.

Ondanks de algemene tevredenheid die door de gebruikers wordt gemeld tijdens de telefonische enquête (bij de bevolking) en de individuele gesprekken hebben sommige regelmatige gebruikers toch negatieve ervaringen gehad. Die hadden tot gevolg dat ze van therapeut wisselden, maar niet noodzakelijk dat ze niet langer een beroep deden op deze vormen van niet-conventionele geneeswijze.

De gebruikers, overtuigd door de ontvangen behandeling, zullen in het algemeen hun therapeut consulteren voor andere klachten dan hun aanvankelijke probleem. Het lijkt er dus op dat hun positieve ervaring hen trouw maakt aan deze praktijken. Zo verklaart 88% van de osteopaten dat ze eenzelfde patiënt 1 tot 5 keer per jaar zien. Bij de chiropractors ontvangt 69% dezelfde patiënt 1 tot 6 keer per jaar. De frequentie van bezoeken bij een chiropractor is zelfs in een derde van de gevallen meer dan 6 keer per jaar.

Tabel I : Consultatie bij een osteopaat en een chiropractor

	Bij een osteopaat	Bij een chiropractor
Organisatie van de praktijk	58% alleen	42% alleen
basisopleiding van de therapeut	Osteopathie: 12% Kinesithérapie: 84%	Chiropraxie: 56% Kinesithérapie: 22%
Andere activiteiten van de therapeut	Alleen osteopathie: 73.5% Osteopathie + kinesithérapie: 15.3%	Alleen chiropraxie 83% Chiropraxie + kinesithérapie: 8.5%
Wachttijd voor het bekomen van een afspraak	Afspraak dezelfde dag nog of de volgende dag: 57%	Afspraak dezelfde dag nog of de volgende dag: 81%
Duur van de 1ste consultatie	1 uur tot 1,5 uur of meer	1 uur tot 1,5 uur maximum
Duur van de opvolgingsconsultatie	<u>Minimum</u> 30 minuten	<u>Maximum</u> 30 minuten
Organisatie van de praktijk en de consultatieruimte	<u>Maximum</u> 10 patiënten/dag bij 60% van de osteopaten	<u>Minimum</u> 10 patiënten/dag bij 70% van de chiropractors Soms meerdere omkleedkabinen
Gemeenschappelijke technieken gebruikt bij de behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • HVLA : 63% • Zachte technieken: 77% • Gericht op de triggerpoints: 33% 	<ul style="list-style-type: none"> • HVLA : 99% • Zachte technieken: 75% • Gericht op de triggerpoints: 68%
Verscheidenheid van handelingen	Grote verscheidenheid gebaseerd op de 3 pijlers (visceraal, pariëtaal, craniaal)	Gericht op articulaire manipulaties
Materiaal	Weinig	Verschillend waaronder speciale tafel en activator
Honoraria	25-50 €	35-50 €
Terugbetaling door verzekeringen (aanvullend of privé)	Max 5 sessies per jaar (alle alternatieve geneeswijzen samen)	Max 5 sessies per jaar (alle alternatieve geneeswijzen samen)
Aantal sessies per jaar	88% : 1 tot 5 sessies	69% : 1 tot 6 sessies

7.3 OORSPRONG EN CONCEPTUEEL KADER VAN DE OSTEOPATHIE EN DE CHIROPRACTIE

Om de onderliggende principes van beide praktijkvormen te begrijpen hebben wij twee soorten bronnen geraadpleegd.

Eenzijds hebben wij de fundamenteën van deze geneeswijzen onderzocht. Er werd vooral gekeken naar de manier waarop ze zich in het Belgische medische landschap hebben ingeplant vanuit de Verenigde Staten.

Anderzijds raadpleegden we de competentieprofielen die tot doel hadden beide beroepen te definiëren.

7.3.1 De geschiedenis van de osteopathie

7.3.1.1 *Oorsprong in de Verenigde Staten:*

Osteopathie gaat terug op AT Still (1828-1917), een plattelandsarts geboren uit een methodistische predikantenfamilie in het midwesten van de Verenigde Staten. Na de dood van drie van zijn kinderen, vermoedelijk door meningitis, waarvoor de toenmalige geneeskunde geen genezing kon brengen, ging hij op zoek naar een nieuwe vorm van geneeskunde. Hij keerde zich vooral tegen de zeer toxische geneesmiddelen en ingrepen zoals aderlatingenmethodes die toen gebruikt werden. Hij werd sterk beïnvloed door de ideeën van J. Wesley, de stichter van het methodisme. Wesley benadrukte dat een geneeskunde voor de armen moest teruggrijpen op natuurgeneeswijzen van 'primitieve' volkeren en dieren en verzette zich tegen alle vormen van geneesmiddelen. Still zijn ideeën over het door God perfect geschapen lichaam en het zelfhelend vermogen van de mens waren eveneens geïnspireerd op Wesley. Hij nam verder manipulatie technieken over van een groep genezers, bonesetters genaamd en bepaalde technieken gebruikt door Shawnee indianen⁷. Van de Oostenrijks arts FA Mesmer, nam hij dan weer het concept "magnetisme" over. Het inzicht dat leidde tot het ontwikkelen van de principes van wat hij 'osteopathie' doopte kwam, naar eigen zeggen, toen hij in 1874 een patiënt behandelde voor dysenterie door middel van rugmanipulaties. Hij noemde zichzelf ook de 'enlightened bonesetter'.

Still beschouwde dat afwijkingen in de wervelkolom een goede bloed- en lymfestroom belemmeren, en de oorzaak van de meeste ziekten zijn. Dit wordt in de Osteopathie 'law of the artery' genoemd. Volgens dit principe, dienen de bloed- en lymfestromen eerder als dragers van een 'levenskracht' gezien worden. Dit kadert in de opvatting gangbaar in de achttiende en negentiende eeuw (ook in de toenmalige wetenschap) dat alle levensvormen een speciale 'vitale kracht' bezitten die leven uniek maakt, 'vitalisme' genoemd. Die ideeën van Still stuitte op felle weerstand in geneeskundige middelen maar vonden wel veel weerklank bij de bevolking⁸.

In 1892 richtte Still de eerste Amerikaanse school voor osteopathie op in Kirksville. Daarna werden, doorheen de Verenigde Staten, steeds meer scholen opgericht.

In 1905 maakte het Flexner rapport, waarin de voorwaarden voor het medisch onderwijs in de Verenigde Staten waren opgesteld (en wat ook aan de basis ligt van het moderne geneeskundige onderwijs) een kritische evaluatie van het osteopatisch onderwijs. Als gevolg hiervan werden hervormingen doorgevoerd in het osteopatisch onderwijs, met onder meer een grotere nadruk op biomedische vakken zoals fysiologie en scheikunde. Die hervormingen legden de basis voor een erkenning van de osteopathie als een vorm van geneeskunde in de Verenigde Staten. Steeds meer gingen osteopaten functioneren als een eerstelijnsarts, geïntegreerd in het gezondheidszorgsysteem maar ondertussen ook een deel van de identiteit van de osteopathie verloren.

De vraag naar de ware identiteit van de osteopathie en de relatie tot de wetenschap vormt nog steeds het voorwerp van verhitte discussies. Dit vertaalt zich in verschillende stromingen binnen de osteopathie:

WG Sutherland, een leerling van AT Still, ontwikkelde de craniale osteopathie. Bij deze vorm van osteopathie wordt de nadruk gelegd op de beweeglijkheid van de schedelbotten. Deze opvattingen worden echter niet algemeen aanvaard, zelfs niet binnen de osteopathie⁸.

John Martin Littlejohn, een Schotse arts die in 1892 naar de VS emigreerde en ook doceerde in Still's school speelde een belangrijke rol in de implementatie van osteopathie binnen Europa toen hij terugkeerde naar het Verenigd Koninkrijk. Hij had een conflict met Still over de 'ware' osteopathie, omdat hij, door de ontwikkeling van wetenschap en geneeskunde, nieuwe elementen binnen de osteopathie wilde introduceren.⁸

7.3.1.2 *Ontwikkeling in België*

Osteopathie vond zijn ingang in België omstreeks 1970. Zoals in de rest van Europa, bleef de osteopathie grotendeels buiten de reguliere geneeskunde. Verschillend van de Verenigde Staten, waar osteopathie zich manifesteerde als een vorm van de conventionele geneeskunde, ontwikkelde osteopathie zich bij ons met een grotere nadruk op manipulaties. Tezelfdertijd, bleef de polarisatie bestaan tussen twee visies over deze discipline, de ene gebaseerd op de traditionele concepten en onderliggende filosofie van Still, en de andere meer gebaseerd op de 'technische' en wetenschappelijke benadering. Osteopathie in Europa blijft zeer divers en pogingen om tot een gemeenschappelijke consensus te komen over wat osteopathie eigenlijk is blijft moeilijk.

7.3.1.3 *De opleidingen weerspiegelen de polarisatie*

Deze filosofische polarisaties weerspiegelen zich in de **verschillende opleidingen** van de Belgische osteopaten:

- De meeste osteopaten zijn gevormd in het Verenigd Koninkrijk (Maidstone) of in een van de opleidingen in België die in navolging van deze opleiding georganiseerd werden. Deze opleidingen zijn gebaseerd op de conceptuele oorsprong van de osteopathie (Flanders International College of Osteopathy – FICO ; International Academy of Osteopathy – IAO ; of Belgian School of Osteopathy – BELSO die een gecombineerde opleiding osteopathie/kinesitherapie voorstelt).
- Het andere deel volgt een opleiding die meer gericht is op een osteopathie met een "wetenschappelijke" roeping, die zich tracht aan te passen aan de klinische evaluatiecriteria. Deze vorm van opleiding is eerder gebaseerd op manipulatietechnieken dan op concepten. Deze opleidingen worden gegeven in het Instituut William Gardner Sutherland (IWGS) en daarna ook aan het Sutherland College of Osteopathic Medicine (SCOM).

7.3.1.4 *De beroepsverenigingen – een veelbewogen geschiedenis*

Verschillende beroepsverenigingen ontstonden geleidelijk vanuit de opleidingscentra met uitzondering van het BUO (Belgische Unie van osteopaten) die opgericht werd als reactie tegen de systematische associatie tussen opleidingen en beroepsverenigingen.

Deze afwijkingen vervaagden geleidelijk vanaf het midden van de jaren 80 toen de osteopaten zich verenigden in de Beroepsvereniging Belgische Osteopaten (BVO). Dit had tot doel om enerzijds het beroep te verdedigen tijdens processen tegen osteopaten wegens onwettig uitoefenen van de geneeskunst, en anderzijds in de juridische strijd om de erkenning van de beroepsverenigingen.

Om de bescherming van het beroep te kunnen garanderen, moeten de osteopaten het werkgebied van de osteopathie afbakenen ten opzichte van de geneeskunde (waar ze echter wil op lijken als beroep met een hoge medische beroepsverantwoordelijkheid) en ten opzichte van de kinesitherapie (die alleen in de tweedelijns tussenkomt na medisch voorschift).

In 1987 werd de titel van osteopaat 'D.O.', "gediplomeerd osteopaat" neergelegd. Deze titel is een kwalificatie voor hen die hun opleiding voltooiden door het indienen van een eindwerk.

In 1999 werd de « wet Colla » uitgevaardigd. Deze wet heeft tot doel de erkenning van de vier alternatieve geneeswijzen te organiseren, waaronder ook de osteopathie (zie verder, het wetgevend kader).

In een poging tot zelfregulering van de osteopathische sector in België werd de GNRPO (Groepering, Nationaal Representatief van de Professionele Osteopaten) opgericht in 2002. Deze vereniging overkoepelt de 5 voornaamste beroepsorganisaties en streeft naar een uitsluitende beoefening van de osteopathie. Deze vereniging verzet zich dus in die zin tegen de vereniging van kinesisten-osteopaten (het UKO: Unie voor gediplomeerden in de kinesitherapie en osteopathie) die aanspraak maakt op een gezamenlijke beoefening van beide activiteiten.

In dezelfde beweging zijn de osteopaten van de GNRPO overeengekomen om een opleiding van het universitaire type in te richten, daar een uitvoeringsbesluit van de "wet Colla" voorziet in een definitie van de te verwerven competenties (zie de beschrijving van de competentieprofielen verder in de tekst) evenals een lijst van de toegestane handelingen.

Het is nu juist bij het definiëren van dit "competentieprofiel", dat geacht wordt het beroep te definiëren, dat de samenhang van de osteopaten van de GNRPO verbroken werd. De oorzaak hiervan ligt in grondige meningsverschillen over de onderliggende concepten en geassocieerde technieken. Men kwam dus terug tot de twee originele polarisaties die aan de oorsprong lagen van de verschillen in opleiding en praktijk van de osteopathie in België. Maar in de afgelopen veertig jaar heeft het beeld van de osteopathie als meer wetenschappelijke roeping, die vroeger in de minderheid was, zich verspreid op gebied van de opleidingen. Dit werd geconcretiseerd in 2004 door de oprichting van een academische opleiding aan de ULB. Desalniettemin bleef, in de privé-praktijken, de beoefening van de osteopathie eerder eclectisch.

7.3.1.5 *Situatie in 2010*

Globaal kan de situatie in 2010 als volgt worden samengevat: in België zijn **993 osteopaten** gegroepeerd in 6 erkende beroepsverenigingen, geassocieerd met de overeenkomstige opleidingsinstituten.

Zoals reeds vermeld heeft een deel van deze verenigingen zich gegroepeerd onder de vlag van de GNRPO die de osteopaten vertegenwoordigt die uitsluitend osteopathie beoefenen. Daarnaast, vertegenwoordigt het UKO van zijn kant de kinesitherapeut-osteopaten.

Er is dus geen unieke gesprekspartner voor de politieke machthebbers.

De GNRPO groepeert de meeste Belgische osteopaten in 2010 :

- **de Beroepsvereniging Belgische Osteopaten (BVO/SBO) (1986): 343 leden,**
- **de Unie voor Osteopaten (UVO) (1995): 68 leden,**
- **de Belgische Unie voor Osteopaten (BUO-UBO) 84 leden,**
- **Het Register Osteopaten België (ROB-ABRO) (1995): 290 leden,**
- **de Belgische Associatie van Klassieke Osteopaten (BAKO-ABOC) (1999): 29 leden,**

De Beroepsvereniging voor Osteopathische Geneeskunde (BVOG-UPMO) wacht op haar erkenning.

De Unie voor gediplomeerden in de kinesitherapie en osteopathie (UKO) telt 179 leden.

7.3.2 Geschiedenis van de chiropraxie

7.3.2.1 Oorsprong: In de Verenigde Staten

Chiropraxie gaat terug op DD Palmer (1845-1913), een Amerikaanse magnetische genezer die een manipulatie van de ruggengraat voor het eerst toepaste op een huisbewaarder om zijn al 17 jaar aanslepende doofheid te genezen. Over de vraag of dit succesvol was bestaat onenigheid. Palmer ontwikkelde de theorie dat ziektes ontstaan omdat de ruggengraat op de zenuwen drukt. Hierdoor zou de circulatie van wat hij de 'Innate Intelligence' heette geblokkeerd worden. Dit is een kracht die alle levensvormen organiseert, in stand houdt en heelt. Volgens hem zouden de meeste ziektes door dit fenomeen kunnen verklaard worden. Hij noemde deze afwijkingen subluxaties^{dd 8}.

De predominante rol van het zenuwstelsel contrasteerde met de theorieën van Still en wordt soms 'the law of the nerve' genoemd⁸. Hij startte de Palmer School of Chiropractic, later overgenomen door zijn zoon BJ Palmer.

Chiropraxie is 20 jaar jonger dan osteopathie. Er ontstond wel vrij snel competitie en strijd tussen de 2 geneeswijzen, waarbij de osteopaten Palmer ervan beschuldigden hun osteopathie te hebben 'gestolen en herverpakt'⁹.

Omstreeks het begin van de 20e eeuw heeft de American Medical Association in de VS in een wet laten vastleggen, dat iedereen die beweert dat hij de geneeskunde beoefende in het bezit moest zijn van een artsdiploma. Op basis hiervan werd D.D. Palmer in 1906 veroordeeld vanwege het onwettig uitoefenen van de geneeskunde en osteopathie.

Rond de 15 000 aanklachten en veroordelingen zouden volgen. Later werd het beroep gelegaliseerd in de Verenigde Staten en groeide chiropraxie tegen 1930 uit tot de grootste verstrekker van alternatieve geneeskunde. Hoewel aanvankelijk het gebruik van instrumenten werd afgewezen, zowel door vader als zoon, werd rond 1910 de radiografie ingevoerd. Nog later werd door de zoon de neuro-calometer geïntroduceerd. Dit is een soort van thermometer van eigen vinding om subluxaties op te sporen waarop hij het patent en monopolie had⁹ en die ook door veel chiropractoren als oplichterij en geldklopperij werd beschouwd omdat hij poogde de chiropractoren te dwingen om het instrument te huren aan exorbitante prijzen. Palmer is gestorven als een rijk man.

Net zoals bij osteopathie, resulteerden interne twisten in het ontstaan van twee grote stromingen, door henzelf de 'straights' en de 'mixers' genoemd tengevolge van een tegenstelling waarvan de oorsprong reeds teruggaat tot de begindagen van chiropraxie. De (denigrerende) term 'mixer' is van DD Palmer zelf.

De tegenstelling is complex en gaat voornamelijk over de graad waarin chiropraxie als leer 'zuiver' wordt gehouden met een verschillende graad van aanvaarding van elementen en opvattingen uit de moderne geneeskunde en wetenschap. Een evolutie die in vele opzichten vergelijkbaar is met de osteopathie.

Andere controversiële punten zijn, onder andere, de rol van micro-organismen in het ziekteproces (inclusief de rol van vaccinatie) en de aanvaarding van wetenschappelijke methodes zoals Randomized Control Trials als manier om de behandelingen te evalueren⁹.

De 'straights' vertegenwoordigen dan de stroming die meer teruggrijpt en de nadruk legt op de oorspronkelijke concepten van Palmer & zoon zoals subluxatie als (enige) oorzaak van ziekte, en manipulaties als enige aanvaardbare geneeswijze. Ze zouden momenteel een minderheid vormen, en zijn in de Verenigde Staten verenigd in de International Chiropractors Association (ICA).

^{dd} Een gewrichtsproblematiek die zich manifesteert door een abnormal functionele mobiliteit (chiropraxie).

De 'mixers' mengen spinale manipulaties met andere geneeswijzen, zowel uit de reguliere als de alternatieve geneeskunde en zouden meer geneigd zijn toenadering te zoeken tot de reguliere geneeskunde en veel van de oorspronkelijke 'vitalistische' concepten te verwerpen. In de Verenigde Staten zijn ze verenigd onder de American Chiropractic Association (ACA), opgericht in de jaren twintig als reactie op BJ Palmers campagnes om het beroep te 'zuiveren'. Ze vertegenwoordigen voor het moment het merendeel van de chiropractici aldaar⁹.

7.3.2.2 In België

De eerste chiropractor die zich vestigde in België was Jules Gilet in 1923, samen met zijn twee zonen. Hij kreeg al vlug te maken met aanklachten voor het onwettig uitoefenen van de geneeskunde.

De orde der geneesheren legde een aantal klachten neer van het jaar 1964 tot 1997 maar er kwamen geen veroordelingen. Dit ongunstig klimaat voor de chiropraxie bereikte een hoogtepunt op het einde van de jaren 70 met een golf van huiszoekingen in praktijken van de Brusselse beoefenaars.

Op hetzelfde tijdstip begint het streven naar erkenning van de discipline bij de Belgische politieke instanties, een streven dat uiteindelijk uitmondt in de "wet Colla" in 1999.

Er zijn geen chiropraxie scholen in België, en de tegenstellingen tussen straights en mixers, zo dominant in de Amerikaanse chiropraxie, lijkt hier minder of geen rol te spelen. Op gebied van organisatie van het beroep wordt in 2010 95% van de 110 actieve **chiropractors** in België vertegenwoordigd door één enkele beroepsvereniging: de UBC-BVC (Union Belge des chiropracteurs - Belgische Vereniging van chiropractors).

7.3.3 Definitie van de discipline via competentieprofielen

Om te weten wat een therapie aan een patiënt kan bieden en op welke manier dit wordt geacht te gebeuren, moet men de definitie van deze therapie raadplegen. Deze definitie wordt in het competentieprofiel gegeven.

Over het algemeen weerspiegelt het competentieprofiel het beeld van het beroep, de identiteit van de discipline en het beeld van de integratie van de therapie in het systeem van de gezondheidszorg. Het competentieprofiel heeft tevens tot doel de criteria te definiëren voor het uitoefenen van het beroep na een basisopleiding. Het document definieert de identiteit van de discipline, en het beeld van de integratie van de therapie in het systeem van de gezondheidszorg. Men zou dus kunnen verwachten dat men over één enkel document per discipline zou kunnen beschikken.

Jammer genoeg is dit voor de **osteopathie** niet het geval. De aanvankelijke polarisaties tussen de verschillende opvattingen over de osteopathie lieten de beroepsverenigingen echter niet toe om een consensus te bereiken over één enkel profiel. Vandaar dat er, eind 2010,2 profielen naast elkaar bestaan: dat van de GNRPO, en dat van het ROB-ABRO.

De twee beroepsverenigingen zijn het eens over het feit dat de osteopathie een holistische benadering van de patiënt is, die wordt gekenmerkt door manuele technieken.

De GNRPO definieert het doel van een **osteopathische behandeling** als het herstellen van de normale werking van weefsel². De klinisch praktijk is beperkt tot het gebruik van de handen om een diagnose te stellen en klachten of pijn te behandelen met betrekking tot het locomotorisch stelsel. Het gebruik van medicamenteuze behandelingen of invasieve technieken is dus uitgesloten. Voor andere klachten, zoals spijsverteringsproblemen of problemen met de bloedsomloop, wordt de huidige kennis als onvoldoende ingeschat en is er meer diepgaand (wetenschappelijk) onderzoek nodig.

In hun respectievelijke competentieprofielen eisen zowel de GNRPO als het ROB-ABRO een functie als eerstelijnsbehandelaar op, waardoor het mogelijk is om een diagnose te stellen. Dit wil zeggen de vraag van de patiënt definiëren, een anamnese opstellen, een onderzoek uitvoeren om tot een osteopathische diagnose te komen waarbinnen contra-indicaties worden geïdentificeerd door differentiaal diagnose. De Koninklijke Academie voor Geneeskunde verzet zich tegen het stellen van een diagnose.

Daarentegen wijken de profielen van de GNRPO en het ROB af van elkaar wat betreft de vorm en vooral de fundamenten op gebied van concepten: de GNRPO minimaliseert het belang van de onderliggende filosofie van de osteopathie terwijl het ROB binnen het disciplinaire veld de pariëtale, craniale en viscerale functies behoudt terwijl het toch, net zoals de GNRPO, een osteopathie verdedigt die gebaseerd is op Evidence-Based Medicine.

Op gebied van de praktijk, waarbij de GNRPO een lijst van contra-indicaties opstelt voor het gebruik van bepaalde technieken (problemen met de bloedsomloop, stollingsproblemen, problemen met stofwisselingsziekten, metastasen, voorgeschiedenis van CVA, enz.) en geen lijst van technieken opstelt, stelt het ROB-ABRO een lijst van 9 'technieken' op zonder dat hierbij contra-indicaties uitdrukkelijk worden vermeld.

Het ROB-ABRO vergelijkt de osteopathie met andere verwante manuele therapieën, wat de GNRPO niet doet.

Tenslotte situeert de GNRPO zich op gebied van opleiding uitsluitend in het kader van een academische opleiding gegeven aan de universiteiten. Het ROB laat ruimte voor de scholen en situeert zich in het kader van de Bologna-akkoorden.

De **chiropractors** van hun kant beschikken niet over een Belgisch competentieprofiel. Ze volgen de richtlijnen die worden geformuleerd in de 'Code van Goede praktijk' en het Profiel van de 'Europese vereniging van chiropractors'. Ze stellen een norm voor via het ECS (European Committee for Standardization) dewelke zich in de laatste fase van bespreking bevindt.

De **chiropraxie** wordt hierin gedefinieerd als een zorg, waaronder ook diagnose en behandeling behoren. De aandacht is gericht op de relatie tussen de structuur van het lichaam van de patiënt, voornamelijk de wervelkolom, en de functie van de verschillende delen van het lichaam. Deze relatie gebeurt voornamelijk via het zenuwstelsel en hangt samen met de gezondheidstoestand, de houding en prestatievermogen van het lichaam¹³⁴.

De chiropractische zorg kan worden onderverdeeld in 3 hoofdtaken: (1) het functioneel, klinisch en diagnostisch onderzoek, (2) de klinische gedachtegang (waaronder ook het concept van subluxatie dat ervan uitgaat dat diverse spierspanningen correcte bewegingen verhinderen), en (3) de chiropractische behandeling.

Deze behandeling omvat technieken van manipulatie van de wervelkolom en van de ledematen, advies op gebied van ergonomie, preventie en evaluatie van de therapie. Geen enkele chirurgische of medicamenteuze behandeling wordt gebruikt.

Een lijst van contra-indicaties voor het gebruik van deze therapie, gelijkaardig aan die van de osteopaten, werd opgesteld door de chiropractors zelf en de WGO.

De chiropractors zeggen dat ze een eerstelijnsbehandeling zijn en dat ze, indien die beschikbaar zijn, zich baseren op wetenschappelijk bewijsmateriaal¹³⁴.

7.4 ZIJN ER BEWIJZEN VOOR EFFECTIVITEIT?

Net zoals alle therapieën hebben de osteopathie en de chiropraxie als doel het verzorgen en/of genezen van patiënten. De vraag naar hun effectiviteit is dus gerechtvaardigd. De wetenschappelijke literatuur brengt ons, voor zover men een beroep kan doen op de beproefde technieken van *evidence-based medicine*, een antwoord dat als objectief kan worden beschouwd. Een ander type antwoord, dat als subjectief kan worden beschouwd, kan van de patiënten zelf komen. De patiënt is zelf het onderwerp, en formuleert een mening die betrekking heeft op hetgeen hij heeft ervaren.

7.4.1 Wetenschappelijke literatuur: onvoldoende bewijzen

Osteopathie en chiropraxie zijn zeer divers en weinig gedefinieerd, waarbij de praktijkvoerders zich in wisselende mate beroepen op de leer/filosofie/principes van de grondleggers van beide disciplines. Dezelfde technieken worden ook gebruikt door andere manueel therapeuten, waarmee een grote overlap bestaat. De eigenheid van osteopathie en chiropraxie ligt vooral in de filosofieën die aan de basis liggen van beide disciplines. Binnen beide disciplines bestaat er echter geen consensus over de inhoud van deze filosofie. Bovendien is het grootste deel ervan gebaseerd op concepten die in de negentiende eeuw intuïtief werden geformuleerd waardoor ze intrinsiek niet verifieerbaar of falsifieerbaar. Daarom kunnen wij geen wetenschappelijk gefundeerde uitspraken doen over het waarheidsgehalte ervan, in het voordeel van de ene of de andere therapie. We kunnen ook geen uitspraak doen over de vraag wat het objectieve verschil is tussen technieken uitgevoerd door osteopaten, chiropractors en andere beoefenaars van manuele therapie, ook al weten we dat deze verschillende disciplines andere accenten leggen.

Daarentegen, kan men op basis van gegevens uit de wetenschappelijke literatuur wel uitspraken doen over de effectiviteit van verschillende manuele therapieën, al zijn die niet altijd even goed beschreven.

7.4.1.1 *Weinig bewijs aangetoond*

Een studie dient aan strenge criteria (voldoende aantal patiënten, vergelijking behandeling tussen interventiegroep en controlegroep, dubbele blindering, ...) te voldoen om te kunnen bijdragen aan het wetenschappelijk bewijs dat een bepaalde behandeling werkt. Er zijn maar een beperkt aantal studies naar de effectiviteit van osteopatische of chiropractische behandeling, en zelfs wanneer de zoektocht wordt uitgebreid naar studies naar andere vormen van manuele therapie, blijft de oogst beperkt en beantwoorden ze zelden aan de strenge wetenschappelijke criteria.

Voor **lage rugpijn (lumbalgie)**, blijven de meeste van de gerapporteerde effecten onder het niveau van klinische relevantie, zoals vastgelegd door de Cochrane Back Review Group (een referentie voor de evidence-based medicine).

Wel zijn er aanduidingen van de werkzaamheid van manipulaties en mobilisaties voor **chronische en subacute nekpijn (cervicalgie)**.

De tabel hieronder geeft de gegevens weer met betrekking tot de effectiviteit voor lumbalgie en cervicalgie.

De manuele technieken worden niet exclusief door de osteopaten en chiropractoren gebruikt. Ze zijn niet specifiek voor deze disciplines en worden ook gebruikt in de "manuele geneeskunde" of de "manuele therapie".

Tabel 3: Effectiviteit van manipulaties en mobilisaties bij lumbalgie en cervicalgie^{ee}

LAGE RUGPIJN				
Indicatie	Interventie	Vergelijking met	geobserveerd resultaat op	Effect
Acute specifieke lage rugpijn	manipulaties en mobilisaties van de wervelkolom	geen behandeling of behandelingen die niet als effectief beschouwd worden (tractie, bedrust)	pijnverlichting en functieverbetering	op de korte termijn: klein effect
Chronische specifieke lage rugpijn	manipulaties en mobilisaties wervelkolom	geen behandeling of behandelingen die niet als effectief beschouwd worden (tractie, bedrust)	pijnverlichting en functieverbetering	op de korte en lange termijn: klein tot matig effect
Lage rugpijn in het algemeen	manipulaties en mobilisaties wervelkolom	andere behandelingsmethoden die eveneens een lage effectiviteit hebben	niet gepreciseerd	geen bewijs (niet beter of slechter)
	de ene vorm van manuele therapie	een andere vorm van manuele therapie	niet gepreciseerd	geen bewijs
NEKPIJN				
Indicatie	Interventie	Vergelijking met	geobserveerd resultaat op	Effect en termijn
Chronische of subacute pijn al dan niet met radicaire uitstraling	multimodale aanpak waarvan manipulaties of mobilisaties een onderdeel zijn (gecombineerd met oefeningen)	oefeningen	pijnverlichting op korte termijn	effectiever (bewijs van hoge kwaliteit*)
		oefeningen	<ul style="list-style-type: none"> • pijn op de lange termijn, • functieverbetering, • globaal effect, • patiëntentevredenheid • levenskwaliteit 	bewijs van hoge kwaliteit: gelijkwaardig
Chronische en subchronische pijn	manipulaties en mobilisaties van de nek alleen (niet gecombineerd met een andere interventie)	enkel oefeningen	<ul style="list-style-type: none"> • pijn • functionaliteit • patiëntentevredenheid 	gelijkaardig effect (Bewijs van matige kwaliteit)
		controlegroep	<ul style="list-style-type: none"> • pijnverzachting op korte termijn 	een effect op de korte termijn (bewijs van lage kwaliteit)
Chronische, acute, subacute nekpijn en Whiplash	manipulaties van de thorax als adjuvante therapie	geen adjuvante therapie	pijn en functionaliteit	effectiever (bewijs van lage tot zeer lage kwaliteit)

^{ee} De kwaliteit van het bewijs wordt bepaald door het aantal kwaliteitscriteria waaraan de desbetreffende studie(s) voldoen.

Voor andere indicaties is het bewijs preliminair of onbestaande.

- **Bij zuigelingen** is er **geen wetenschappelijk bewijs** dat manuele technieken een gunstig effect hebben **bij kolieken, gastro-oesofagale reflux of aanverwante aandoeningen**.
- Er is geen eensgezindheid over de definitie van **Fibromyalgie & chronische Myofasciale pijn** noch over de vraag of beide syndromen als aparte entiteit bestaan. Er is dan ook weinig of **geen wetenschappelijk bewijs** dat toelaat uit te maken of manuele technieken een adequate behandeling zijn voor die syndromen
- Er is verder ook **geen bewijs** voor de werking van manipulaties bij **asthma, enuresis bij kinderen, pneumonie, dysmenorrhoea of chronische vermoeidheid**

Geen enkel bewijs voor effectiviteit is gevonden door de viscerale en cranio-sacrale osteopathie en de sacro-iliacale manipulaties.

Samenvattend kan men stellen dat er slechts een beperkt aantal bestaande wetenschappelijke gegevens zijn die proberen de werking van osteopathische, chiropractische of ander vormen van manuele technieken te bewijzen en dat deze niet beantwoorden aan de minimale kwaliteitscriteria. De aangetoonde effecten zijn moeilijk te onderscheiden van placebo.

7.4.1.2 *Placebo-effect heeft ook zijn nut*

Men moet er wel rekening mee houden dat voor indicaties zoals lumbalgie en cervicalgie er eigenlijk in de 'conventionele' geneeskunde ook geen behandelingen voorhanden zijn waarvan de werking afdoende bewezen werd. Patiënten krijgen, bijgevolg in het algemeen geen bevredigend antwoord op hun zorgvraag. De kracht van placebo effecten, door sommige auteurs 'expectancy-enhanced placebo' genoemd, werd onder meer aangetoond voor manipulaties van de wervelkolom en dan vooral wanneer de patiënt een uitgebreide behandeling verwacht. Er is in de medische literatuur een toenemende aandacht voor het belang en het nut van placebo effecten in de klinische praktijk, waarbij het vooral in pijnstilling een cruciale rol speelt.

7.4.2 Het standpunt van de patienten

De resultaten van de literatuurstudie vormen slechts een deel van het antwoord met betrekking tot de effectiviteit van de therapieën zoals osteopathie en chiropraxie. De tevredenheid van patiënten is een indicator die maar weinig mee in rekening wordt genomen. Over het algemeen stelt men vast dat de gebruikers zeggen dat ze verlichting ondervinden na één of meerdere osteopathische of chiropractische sessies. Ze zeggen dus vaak dat ze tevreden zijn over deze therapieën.

7.4.3 Wat zijn de risico's?

Eens te meer beschikken we over zeer weinig gegevens om de risico's van osteopathie of chiropraxie te staven. Over sommige ongevallen verschenen persartikelen, voornamelijk (maar niet uitsluitend) over de chiropraxie die bijdroegen tot het bekladden van de reputatie van deze therapie.

Er worden slechts zelden zaken gemeld aan de verzekeringen wat voor een deel kan worden verklaard door het ontbreken van een systeem voor de bescherming van de patiënt¹⁴³.

Milde neveneffecten blijken zeer frequent (tussen de 30 en 60%) te zijn. Ze bestaan voornamelijk uit een tijdelijke verergering van de pijnklachten en hoofdpijn^{58, 59}.

De wetenschappelijke literatuur meldt eveneens zware en zelfs levensbedreigende complicaties en dit vooral bij de **cervicale manipulaties**⁵⁸. De gegevens laten echter niet toe om een valide kwantitatieve schatting te geven van de risico's. Hierbij mag men echter ook niet vergeten dat ook de niet-steroïdale anti-inflammatoire geneesmiddelen, veel gebruikt bij rug- en nekklachten, ook een moeilijk te schatten risico op levensbedreigende complicaties hebben. Er zijn onvoldoende gegevens om de vraag te beantwoorden of osteopathische manipulaties gemiddeld genomen zachter en minder gevaarlijk zijn dan anti-inflammatoire geneesmiddelen.

Zoals reeds vermeld werd, hebben sommige van de regelmatige gebruikers die we ontmoet hebben, enkele tegenvallers gehad, maar zonder erg. Dit had voor gevolg dat ze naar een andere therapeut gingen, maar niet noodzakelijk dat ze niet langer van deze therapieën gebruik maakten. De verzamelde gegevens laten niet toe de frequentie van incidenten die gelinkt zijn aan beide therapieën te documenteren, noch kan worden nagegaan wat de impact van deze incidenten is op de consumptie van alternatieve therapieën.

7.5 HOE WORDT MEN OSTEOPAAT OF CHIROPRACTOR?

7.5.1 De osteopaten: meestal oorspronkelijk kinesitherapeuten?

Op vandaag heeft de overgrote meerderheid (83%) van de zowat 1000 Belgische osteopaten een basisopleiding van kinesitherapeut, 12% heeft geen basisopleiding, 1% heeft een basisopleiding als arts en de resterende 4% groepeerd verschillende beroepen (acupuncturist, ergotherapeut, herborist, verpleegkundige, pololoog, enz) .

Bij kinesitherapeuten kan de motivatie voor de omschakeling of de uitbreiding van hun aanvankelijke competentie worden gezien als een behoefte zich te onderscheiden van een beroep dat als weinig bevredigend wordt ervaren. Sommige kinesitherapeuten zijn gefrustreerd door redenen zoals het gebrek aan verantwoordelijkheid, het beperkt zijn tot het uitvoeren van een interventie in de tweedelijnszorg op medisch voorschrift gebaseerd op een diagnose die eerder werd gesteld door een arts en de weinige mogelijkheden om hun kennis uit te breiden of permanente vorming te volgen. Daarom wenden sommige kinesitherapeuten zich liever tot een beroep met een hogere graad van verantwoordelijkheid.

Er dient opgemerkt te worden dat wettelijk gezien het stellen van de diagnose nog steeds voorbehouden is aan de artsen behalve indien de patiënt ervan uitdrukkelijk heeft afgezien (zoals uitgelegd in het wettelijk kader).

Overigens telt men slechts 1% artsen-osteopaten terwijl volgens de telefonische enquête, 18% van de patiënten denkt dat ze een osteopaat hebben bezocht die ook huisarts was en 27% denkt dat hij ook specialist was. Men kan zich dus afvragen of sommige patiënten verkeerdelijk hun vertrouwen schenken aan deze therapeuten omdat ze denken in handen te zijn van therapeuten die opgeleid zijn in de conventionele geneeskunde. Het is mogelijk dat er een zekere verwarring ontstaat tussen osteopaten en artsen die een opleiding in manuele therapie hebben gevolgd. Deze verwarring wordt mogelijks versterkt door de titel D.O. die staat in België voor "diploma in de osteopathie" en niet voor "Doctor in de osteopathie" zoals algemeen wordt verondersteld.

7.5.1.1 Opleiding en beroepstitel

De titel van D.O. wordt verkregen door alle osteopaten die een volledige opleiding hebben afgewerkt en een eindwerk hebben gepresenteerd. Deze titel kan worden verkregen in talrijke Belgische en buitenlandse (voornamelijk in Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk) instellingen. De opleidingen die in België worden georganiseerd, worden niet gecontroleerd door een officiële organisatie. De IAO en het FICO hebben echter een externe controle voorzien door, respectievelijk, het ISO-9001 label te aanvaarden en een Nederlandse bezoekcommissie te ontvangen.

Voor een volledige opleiding in de osteopathie moesten de beoefenaars grote sommen neertellen die schommelen tussen 11 000€ en 18 000€. De opleiding kan worden voltooid in 4 tot 6 jaar. Er dient opgemerkt te worden dat alleen de deeltijdse opleidingen een basisdiploma vereisen (meestal kinesitherapie of geneeskunde).

7.5.1.2 Gevolgen van academisering

De momenteel aan de gang zijnde evolutie naar academisering van de opleidingen, met een voltijdse opleiding na het beëindigen van het hoger secundaire onderwijs, heeft meerdere gevolgen:

- De technieken en concepten die dierbaar zijn voor de verdedigers van de "traditionele" osteopathie, zoals de cranio-sacrale en viscerale technieken, die niet worden ondersteund door enige aannemelijke wetenschappelijke uitleg, kunnen niet aan de universiteit worden onderwezen en kunnen alleen een plaats vinden in de niet-universitaire opleidingen;
- De opleiding worden financieel beter toegankelijk;
- De voltijdse opleiding geeft vrouwen een gelijkwaardige toegang tot de opleiding. Dit was niet altijd het geval bij de deeltijdse opleiding omdat men herhaaldelijk vaststelde dat jonge vrouwen het moeilijk hadden een beroepsactiviteit, een deeltijdse opleiding en de zorg voor een gezin konden combineren. Het is dus waarschijnlijk dat de academisering van de opleiding zal leiden tot een vervrouwelijking van het beroep.
- De spanningen tussen osteopaten en kinesitherapeuten zouden moeten verminderen omwille van hun voortaan gescheiden opleidingen.
- Bepaalde privé-scholen oriënteren zich al naar permanente vorming (zie uitdagingen hierna) ;

De academisering van de osteopathische opleiding stelt vooral problemen bij de opbouw van het patiëntenbestand. Uit gesprekken met de therapeuten blijkt dat er een specifiek professioneel traject bestaat voor de osteopaten. Ze volgen een opleiding tijdens hun « eerste professioneel leven » en bouwen geleidelijk een patiëntenbestand op. Wanneer dit voldoende groot is kunnen ze ofwel de combinatie van beide activiteiten behouden (bijvoorbeeld kinesitherapie en osteopathie), ofwel zich volledig aan de osteopathie wijden. Wanneer ze uit een beroepsopleiding komen die uniek is voor de osteopathie en die onmiddellijk plaatsvindt na het secundair onderwijs, kunnen de therapeuten niet langer een "rendabel" patiëntenbestand opbouwen tenzij ze de gelegenheid hebben gekregen om tijdens één of meerdere stageperioden het beroep uit te oefenen.

7.5.2 De chiropraxie: een keuze vanaf het begin

In tegenstelling tot osteopaten worden chiropractors voornamelijk opgeleid in de chiropraxie zonder een eerdere andere opleiding (56% volgens onze enquête bij de beoefenaars). Tweeëntwintig procent zijn echter kinesitherapeut van opleiding en 3% arts. De overigen zijn opgeleid in de exacte wetenschappen, commerciële wetenschappen, ergotherapie, lichamelijke opvoeding of vertaler/tolk.

Vaak richten ze zich op dit beroep "uit interesse", als "roeping" ofwel door aanmoediging van een naast familielid die het beroep ook uitoefent.

Er bestaat geen opleiding voor deze discipline in België. De therapeuten gaan meestal naar de Verenigde Staten of het Verenigd Koninkrijk om er een voltijdse opleiding van 6 jaar te volgen.

Bijgevolg is een opleiding in de chiropraxie duurder dan die in de osteopathie (bijvoorbeeld een voltooide opleiding aan het Anglo-European College of Chiropractic in Bournemouth (AECC) in het Verenigd Koninkrijk kost ongeveer 30 000 £, d.i. 34 000 €). Daarom worden de chiropractors vaak gesponsord door een mecenas (hun familie of de therapeut van wie ze de praktijk zullen overnemen).

Deze opleidingen worden gecontroleerd door het European Council on Chiropractic Education. Een volledige stagejaar is voorzien op het einde van de opleiding (Graduate Education Programme) en helpt bij de installatie van de toekomstige chiropractors. De opbouw van hun patiëntenbestand gebeurt dus geleidelijk tijdens hun stage bij een praktiserende beoefenaar.

7.6 WETGEVEND KADER

7.6.1 Geschiedenis

Tijdens de jaren 1990 speelde Europa een stimulerende rol in de ontwikkeling van een nieuwe Belgische wetgeving inzake de niet-conventionele geneeswijzen na initiatief van P. Lannoye, een Belgisch Europarlementslid. In april 1994 legde hij een voorstel inzake het statuut van de niet-conventionele geneeswijzen voor aan de "Commissie Milieubeheer, Volksgezondheid en Consumentenbescherming" van het Europees Parlement. Hij vroeg met name een tenlasteneming van de handelingen van niet-conventionele geneeswijzen door de nationale ziekteverzekeringen, de integratie van aanvullende systemen in de Europese geneesmiddelenlijst evenals een budget voor onderzoek op gebied van de niet-conventionele geneeswijzen. Maar pas drie jaar later, op 29 mei 1997, wordt een eerste resolutie voorgedragen door het Europees Parlement met als voornaamste doel de Commissie aan te moedigen om een erkenningsprocedure op te starten voor de niet-conventionele geneeswijzen en om op dit gebied breed opgezette onderzoeken te laten uitvoeren om hun onschadelijkheid, hun opportuniteit, hun werkveld en hun complementaire en/of alternatieve karakter aan te tonen. Op 11 juni 1999 is het de beurt aan de Europese Raad om een resolutie te aanvaarden waarin wordt opgeroepen tot de integratie van de niet-conventionele geneeswijzen op Europees niveau en waarin de toegang tot deze geneeswijzen voor zowel de beoefenaars als de patiënten wordt bepaald.

Als reactie op deze resolutie beslist België om zijn wetgeving te wijzigen. Overeenkomstig artikel 2 van het KB nr. 78⁹⁰ is het stellen van een diagnose en het instellen van een behandeling van een fysische of psychische toestand voorbehouden aan de houders van het diploma van arts dat geïssueerd werd bij de bevoegde geneeskundige commissie. Personen die gewoonlijk een diagnose stellen of voornoemde behandelingen instellen die geen arts zijn maken zich in principe schuldig aan onwettige uitoefening van de geneeskunde. Osteopaten en chiropractici die gewoonlijk diagnoses stellen en behandelingen instellen én die geen arts zijn werken in feite in de illegaliteit, behalve indien zij een medische handeling stellen die binnen hun specifieke wettelijke bevoegdheid valt, zoals bijvoorbeeld de handelingen die wettelijk mogen worden gesteld door kinesitherapeuten, zij het wel op medisch voorschrift. De patiënten hebben, dit laatste geval niet te na gesproken van overheidswege geen enkele garantie op kwaliteit en veiligheid.

Op 29 april 1999 keurde het Belgische parlement een nieuwe wet goed met betrekking tot de reglementering van niet-conventionele geneeswijzen, de zogenaamde "wet Colla" (genoemd naar 'Marcel Colla', de toenmalig minister van Volksgezondheid).

7.6.2 De "wet Colla"

De wet Colla beoogt dat elke patiënt steeds kan rekenen op kwaliteitsvolle zorgen. Dit moet voornamelijk worden gegarandeerd door een dubbel registratiesysteem. Hierdoor moeten niet alleen de niet-conventionele praktijken worden geregistreerd (wat pas kan na het vervullen van een aantal voorwaarden), maar moet ook elke individuele beoefenaar ervan worden geregistreerd (die eveneens een aantal voorwaarden hiertoe moet vervullen). Een sleutelrol hierin wordt toebedeeld aan een paritaire commissie. Deze commissie moet immers, ondermeer, een advies verstrekken over de algemene voorwaarden die gelden voor de uitoefening van alle niet-conventionele praktijken en de voorwaarden waaraan de beroepsbeoefenaars van een erkende niet-conventionele praktijk moeten voldoen om individueel geregistreerd te kunnen worden.

Omdat deze paritaire commissie begin december 2010 evenwel nog niet is samengesteld, kan ze haar sleutelrolpositie niet vervullen, waardoor de wet niet volledig kan worden uitgevoerd.

De wet voorziet dat de paritaire commissie voor de helft moet bestaan uit leden die worden voorgedragen door de medische faculteiten, en de andere helft uit beoefenaars van een niet-conventionele praktijk, voorgesteld door de kamers (art. 5).

Een moeilijkheid die zich stelt is dat art. 5 niet bepaalt dat de leden-beroepsbeoefenaars van de paritaire commissie individueel geregistreerd moeten zijn en bovendien definieert de wet het begrip "beoefenaar van een niet-conventionele praktijk" niet. Bijgevolg is het niet duidelijk of de wet voor de eerste samenstelling van de paritaire commissie vereist dat deze beoefenaars geregistreerd zijn. De wet bepaalt wel dat niemand een niet-conventionele praktijk mag uitvoeren zonder daarvoor individueel te zijn geregistreerd (art. 8 § 1). Bovendien is het in de regel zo dat het beroepsmatig uitoefenen van een niet-conventionele praktijk door een niet-arts neerkomt op onwettige uitoefening van de geneeskunde, hetgeen strafbaar is, behalve voor bepaalde behandelingen die wettelijk zijn toegestaan voor bepaalde beroepsgroepen zoals de kinesitherapeuten⁹⁰. Indien men de interpretatie aanneemt dat een individuele registratie nodig is voor een eerste samenstelling van de paritaire commissie, rijst er een probleem aangezien het net diezelfde paritaire commissie is die advies moet geven over de voorwaarden van die registratie^{97,98}.

Op vraag van twee verenigingen die osteopaten vertegenwoordigen, heeft de rechtbank van eerste aanleg van Brussel op 22 januari 2010 de Belgische Staat veroordeeld om de paritaire commissie in te stellen. Dit vonnis, waartegen de Belgische Staat beroep aantekende heeft echter onmiddellijk uitwerking zodat de Belgische Staat maandelijks een dwangsom dient te betalen van 5 000 euro sinds juni 2010.

De leden beoefenaars van de paritaire commissie moeten worden voorgedragen door kamers waarvan er voor elk van de in de Wet Colla vernoemde niet-conventionele praktijken één moet worden opgericht. Deze kamers zijn ook samengesteld uit vertegenwoordigers van de faculteiten geneeskunde en leden voorgedragen door de erkende beroepsorganisaties. Het samenstellen van de paritaire commissie vereist dus allereerst de erkenning van verschillende beroepsverenigingen bij koninklijk besluit. Het koninklijk besluit van 6 april 2010 houdende erkenning van beroepsorganisaties van een niet-conventionele praktijk of van een praktijk die in aanmerking kan komen om als niet-conventionele praktijk gekwalificeerd te worden⁹⁹ bevestigde de erkenning van de 13 beroepsorganisaties die voldoen aan de voorwaarden om erkend te worden.

Opdat dit besluit echter uitwerking kan hebben moet ze overeenkomstig de wet Colla bekrachtigd worden door het Parlement. Het koninklijk besluit kan echter volgens de wet Colla geen uitwerking hebben zo het niet bij wet is bekrachtigd vóór het einde van de zesde maand na de bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad. In casu werd het koninklijk besluit van 6 april 2010 gepubliceerd in het Belgisch staatsblad van 12 april 2010 en zou dus uiterlijk op 12 oktober 2010 bekrachtigd moeten zijn.

Het wetsontwerp werd echter in november goedgekeurd door de kamer en senaat ¹⁴⁴, hetgeen dus laattijdig is. Men zou dus kunnen argumenteren dat het koninklijk besluit bijgevolg niet kan worden uitgevoerd en dat het dus ook geen rechtsgevolgen kan teweeg brengen, zoals het aanduiden van de leden van de kamers. Een mogelijkheid zou dus kunnen zijn om het koninklijk besluit opnieuw te publiceren en het dit keer te bekrachtigen binnen de 6 maanden na publicatie.

Een andere interpretatie bestaat er in dat de wetgever in principe zijn opvolgers niet kan binden in zijn beslissingen en dat een nieuwe wetgever moet kunnen beslissen om de bekrachtiging te laten volgen na deze termijn van 6 maanden. Men kan zich echter de vraag stellen of een dergelijk proces conform is met het gelijkheidsbeginsel (art. 10 en 11 Grondwet), het algemene principe dat stelt dat elke burger (wettelijk) dezelfde rechten heeft en op dezelfde manier dient te worden behandeld in gelijke gevallen? Doet het wijzigen van de algemene regel door een individuele wettelijke toepassing geen afbreuk aan het feit dat elke burger ten opzichte van de overheid recht heeft op een gelijke toepassing van de wet? Door de bekrachtiging van de individuele erkenning van de beroepsverenigingen na de termijn van 6 maanden, wijkt de wetgever af van de algemene regel. De leden van de beroepsverenigingen die in de toekomst zullen worden erkend hebben dus geen enkele rechtszekerheid over de termijn binnen dewelke hun 'erkenningsKB' zal worden bekrachtigd door de wet.

7.6.3 Gevolgen van de gedeeltelijke uitvoering van de “wet colla”

Zolang de wet Colla geen volledige uitwerking krijgt, komt de beoefening van de niet-conventionele geneeskunde door een niet-arts neer op de onwettige uitoefening van de geneeskunde. Verschillende beoefenaars van een niet-conventionele praktijk die geen arts zijn, werden hiervoor reeds veroordeeld. Anderzijds valt er op te merken dat de rechtspraak meer en meer neigt in de richting van een vrijspraak in de mate dat aan bepaalde voorwaarden is voldaan (zoals een degelijke opleiding) en in de mate dat de Belgische overheid nalaat om aan de wet Colla uitvoering te geven. Bovendien kunnen bepaalde medische handelingen die mogelijks overlappen met CAM handelingen wettelijk worden uitgevoerd door bepaalde beroepsgroepen zoals de kinesitherapeuten.

Het uitblijven van de volledige uitvoering van de wet Colla maakt ook dat andere wetgeving die een invloed kan hebben op de arts-patiënt relatie niet van toepassing is. Zo, bijvoorbeeld, kunnen de bepalingen van de wet betreffende de patiëntenrechten van 22 augustus 2002 (publicatie Belgisch Staatsblad 26 september 2002) en de wet vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg van 31 maart 2010 (publicatie Belgisch Staatsblad 2 april 2010) pas worden toegepast op de beoefenaars van een niet-conventionele praktijk nadat de wet Colla volledige uitwerking krijgt.

Binnen de Europese Unie bestaan er twee opvattingen over de gezondheidszorg. Volgens de eerste opvatting zijn in principe enkel artsen bevoegd om de geneeskunde te beoefenen. Volgens de tweede opvatting kan iedereen die dat wenst de geneeskunde beoefenen, evenwel met uitzondering van bepaalde handelingen die uitsluitend door artsen mogen worden verricht.

België positioneert zich eerder binnen de eerste opvatting aangezien zij de uitoefening van de geneeskunde voorbehoudt aan artsen met uitzondering van bepaalde handelingen zoals de niet – conventionele geneswijzen (van zodra de wet Colla zal zijn uitgevoerd).

7.7 TOT SLOT, WELKE ZIJN DE UITDAGINGEN VAN DE TOEKOMST?

In conclusie, osteopathie en chiropraxie zijn twee alternatieve therapieën die sterk op elkaar gelijken, maar toch goed te onderscheiden zijn. De eerste is gekenmerkt door de heterogeniteit (in termen van benadering en technieken) dan de tweede.

Anderzijds werpen onze resultaten een licht op de verschillende uitdagingen op verschillende niveaus : voor de therapeuten en de patiënten op wetgevend niveau, voor de patiënten op gebied van veiligheid, informatie en toegankelijkheid, en voor de therapeuten op gebied van hun plaats binnen het systeem van de gezondheidszorg.

7.7.1 De wetenschappelijke bewijzen voor de klinische effectiviteit zijn niet talrijk

Vanuit een puur klinisch standpunt, is er de noodzaak om het gebrek aan aanvaardbare bewijzen, gebaseerd op overtuigende data, voor de effectiviteit van osteopathie of chiropraxie aan te halen.

De therapeuten zwaaien echter met de tevredenheid van hun patiënten als bewijs van het welslagen van hun behandelingen. Deze tevredenheid hebben wij gedeeltelijk geobjectiveerd door de enquête bij de bevolking en de gesprekken met overtuigde patiënten. Ze berust ook, vooral voor de zorgen die worden verleend door de osteopaten, op het gevoel van algemeen welzijn dat tijdens en na afloop van de consultatie wordt ervaren door de patiënten. De holistische en respectvolle benadering van de persoon als een geheel is hieraan waarschijnlijk niet vreemd. We benadrukken echter dat tevredenheid in geen geval een bewijs is van effectiviteit in de ruime zin van het woord, noch van veiligheid.

7.7.2 “Holistisch” of “niet holistisch”?

Ondanks dat het doel van dit rapport niet is om de fundamenteën van de osteopathie en de chiropraxie te beschrijven, stellen we vast dat de holistische benadering, waarop voornamelijk aanspraak wordt gemaakt door de osteopaten, geen duidelijk concept inhoudt, noch op eenzelfde manier wordt geïnterpreteerd en wordt gebruikt door iedereen. Desalniettemin is de geneeskunde van zijn kant ook bekommerd om de globale, holistische benadering van de patiënt.

Noch de inhoud van deze benadering, noch de manier waarop deze verschilt van de globale benadering van de geneeskunde (huisartsgeneeskunde in het bijzonder) kon duidelijk worden aangetoond in onze studie.

7.7.3 De wet Colla uitvoeren

In het algemeen is de voornaamste uitdaging voor de vier, door de wet Colla, erkende alternatieve geneeswijzen (waaronder de osteopathie en de chiropraxie) om uitvoering te geven aan de wet Colla.

De huidige situatie zorgt immers voor problemen zowel voor de 99% osteopaten en de 97% chiropractors die geen artsen zijn en die dus momenteel in de illegaliteit werken, zelfs al is de rechtspraak tolerant.

7.7.4 Waarborgen van de veiligheid van patiënten

Het probleem stelt zich ook voor de patiënten. Momenteel weten ze niet of ze zich wenden tot een gezondheidszorgverlener die wettelijk zijn competentie kan bewijzen. Ze hebben zeker geen garantie van kwaliteit vooraleer ze met de behandeling beginnen. Bovendien kunnen de verschillende bepalingen van de wet betreffende de patiëntenrechten en de wet betreffende de vergoeding schade ten gevolge van de gezondheidszorg alleen worden toegepast op patiënten van beoefenaars van een niet-conventionele praktijk totdat de wet Colla volledige uitwerking heeft gekregen.

Zoals we reeds hebben aangehaald, bij gebrek aan een erkenning van de therapeuten en een bescherming van de titel van osteopaat en chiropractor, hebben de patiënten geen enkel objectief hulpmiddel dat hen kan ondersteunen bij hun keuze voor een bepaalde therapie of therapeut. Ze kunnen momenteel enkel vertrouwen op hun subjectieve ervaring en op de raadgevingen van hun kennissen. Bovendien zijn de praktijken van de therapeuten uitsluitend privé, en is het daardoor niet mogelijk vertrouwen te stellen in een instelling (medisch huis, polikliniek, ziekenhuis, enz.) waarin deze praktijken opgenomen zouden zijn.

7.7.4.1 *Controle uitoefenen op de opleidingen*

Om de veiligheid van de patiënten te garanderen moeten de alternatieve beoefenaars beschikken over solide kennis op gebied van semiologie. Deze kennis kan of zou moeten worden aangereikt via de verschillende opleidingen die leiden tot de titel van osteopaat of chiropractor. Momenteel is er echter geen enkele externe controle voor het valideren van de huidige opleidingen die in België worden gegeven.

We moeten ook vaststellen dat, om coherent te blijven met de rest van het systeem van de gezondheidszorg, de relatieve garanties die kunnen worden geboden door een betere controle van de opleiding alleen betrekking zouden kunnen hebben op veiligheidsaspecten en de enkele aangetoonde elementen van effectiviteit. Bijgevolg zullen een groot aantal van de momenteel gebruikte praktijken hieraan niet onderworpen zijn. Dit plaatst de verantwoordelijken voor de Volksgezondheid voor een probleem dat nog lang niet opgelost is.

Blijft bovendien ook het probleem van de (erkenning van) de opleiding van de gevestigde osteopaten en chiropractors bestaan.

7.7.4.2 *Informatie voor de patiënten garanderen*

Onze gegevens tonen een duidelijk gebrek aan informatie aan van de patiënten wat betreft de basisopleiding van hun therapeut. Hierdoor bestaat het risico op het ontstaan van verwarring over het statuut en de competenties van de therapeut die ze raadplegen.

Bovendien hebben de patiënten geen idee van hetgeen ze kunnen verwachten bij een van beide therapieën, wat de verschillen zijn inzake filosofie en behandeling en welke waarde deze behandelingen hebben.

Tenslotte vormt het gebrek aan contact en de overdracht van informatie aangaande de gevolgde behandelingen tussen de conventionele artsen en de niet-conventionele therapeuten een mogelijk risico voor de veiligheid van de patiënten.

7.7.5 *Moet men de financiële toegankelijkheid verhogen?*

De financiële toegankelijkheid van deze geneeswijzen is indirect evenredig aan de prijs van de consultaties. Er is inderdaad geen controle op de honoraria die momenteel worden gevraagd en, behalve bij frauduleus gebruik van hun RIZIV nummer door beoefenaars die hierover nog beschikken, wordt geen enkele terugbetaling voorzien door de verplichte ziekteverzekering.

Voorts is slechts voor bepaalde technieken (welke ook de therapeut is die deze uitvoert) een bewijs geleverd voor een beperkte werkzaamheid. Bovendien is de werkzaamheid beperkt voor welbepaalde indicaties (dorsalgie en cervicalgie). Er is geen enkele informatie beschikbaar wat betreft kosten/effectiviteit van het gebruik van deze technieken.

Het betreft dus niet alleen en medisch maar ook een sociologisch fenomeen. Talrijke patiënten doen een beroep op deze relatief dure geneeswijzen terwijl het wetenschappelijk bewijs van hun effectiviteit ontbreekt of weinig overtuigend is. Deze patiënten vinden hierin echter een zekere voldoening hetgeen – en dit hebben we al onderlijnd – geen bewijs van effectiviteit is.

Zonder afbreuk te doen aan de subjectieve waarde die eraan door de gebruikers duidelijk wordt gegeven, is het toch zo dat deze handelingen niet doorheen de filter raken die gewoonlijk wordt gebruikt voor het beslissen over een al dan niet terugbetalen van een behandeling, noch op vlak van wetenschappelijke grondslagen voor hun pathofysiologische rechtvaardiging, noch op vlak van hun bewezen effectiviteit.

7.7.6 Al dan niet op voorschrift werken?

De chiropractors en de osteopaten zien zichzelf als **zorgverleners van de eerstelijns**. Ze beschouwen zichzelf als goed in staat om te werken zonder medisch voorschrift. Bovendien eisen de chiropractors, naast hun positie in de eerstelijnszorg, ook het recht om onderzoeken van medische beeldvorming voor te schrijven, iets waarvoor zij ook opgeleid zijn. Ze willen eveneens attesten voor ziekteverlof kunnen voorschrijven. De osteopaten van hun kant wensen deze positie in de eerstelijnszorg te versterken door een opleiding van het academische type te ontwikkelen die hen zou toelaten om zelf een diagnose te stellen. Ze hebben dit opgenomen in hun competentieprofiel.

De Koninklijke Academie van de Geneeskunde heeft echter een ongunstig advies gegeven op dit verzoek: voor haar, « is de voorgestelde vorming bevredigend wat betreft de veiligheid van de patiënten en voor zover de *praktijk zich beperkt tot de pathologie van het locomotorische stelsel en dat het stellen van de diagnose voorbehouden blijft aan de artsen* »¹⁴⁵.

Dit advies van de Academie heeft geen dwingende waarde maar geeft wel duidelijk weer dat het wettig maken van de strijd voor de onafhankelijkheid van de osteopathie ten overstaan van de conventionele geneeskunde niet uitsluitend zal gebeuren door alleen maar een universitaire cursus in te richten.

Bovendien wijst de wetenschappelijke literatuur niet op verschillen tussen kinesitherapeuten, chiropractors of osteopaten op gebied van het behaalde resultaat. In dit kader kan het verlenen van een verschillende verantwoordelijkheid aan de osteopaten of de chiropractors in vergelijking met de kinesitherapeuten niet worden gerechtvaardigd. Bovendien zijn de diagnostische concepten van de osteopaten (osteopathisch letsel) en van de chiropractors (subluxatie) niet in overeenstemming met de huidige gegevens over de wetenschappelijke kennis of met strenge en gecontroleerde methodologische activiteiten.

7.7.7 De gevolgen van de academisering van de opleiding van de osteopaten

Aan toekomstige osteopaten de mogelijkheid geven om zich voltijds te scholen vanaf het einde van hun secundair onderwijs kan verschillende gevolgen hebben:

7.7.7.1 *Ontwikkeling van een bepaalde osteopathie*

Een osteopathische opleiding aan de universiteit houdt de afwijzing in van het onderricht in bepaalde technieken en bepaalde concepten die pijlers waren bij de originele discipline. Slechts één van beide visies van de osteopathie zal dus aan de universiteit kunnen worden onderwezen.

7.7.7.2 *Sluiting of omvorming van privé-scholen*

Door een financieel makkelijker toegang tot de opleiding in osteopathie aan de universiteit loopt men het risico dat talrijke privé-scholen hun deuren zullen moeten sluiten bij gebrek aan studenten. De oplossing, die al door een van hen werd aangewend, is om zich om te vormen tot een centrum voor permanente vorming of tot hogeschool en zich zo ook binnen het kader van de akkoorden van Bologna te plaatsen. Zo lopen de privé-scholen dus het risico om plaats te worden waar het onderricht in cranio-sacrale, en viscerale technieken nog steeds zullen worden onderricht, ondanks het gebrek aan wetenschappelijk bewijs.

7.7.7.3 *Evolutie van de titel van D.O.*

Momenteel heeft de titel van D.O. geen enkele waarde op Europees niveau. De osteopaten willen deze titel graag zien evolueren naar een Master-titel, die zou worden verkregen na een universitaire opleiding of een opleiding in een hogeschool.

7.7.7.4 *Moeilijkheden bij de opbouw van een patiëntenbestand*

De opbouw van een patiëntenbestand van een osteopaat gebeurde tot op vandaag geleidelijk, door een andere paramedische activiteit te combineren. Na een secundaire, en daarna universitaire opleiding, zonder een uitstap in het beroepsleven, zullen de toekomstige osteopaten onvoldoende ervaring en mogelijkheden hebben om zich bekend te maken. De oplossing die door de chiropractors wordt gebruikt is om een jaar beroepstage in te lassen op het einde van de opleiding.

7.7.7.5 *Kader voor de ontwikkeling van wetenschappelijk onderzoek*

Door de poorten van de universiteit binnen te gaan bevindt de osteopathie zich, naast het opleidingskader, ook in een kader voor wetenschappelijk onderzoek. Op voorwaarde dat men voldoende financiering vindt, bevindt de osteopathie zich zo in een goede positie om onderzoeken uit te voeren waardoor haar effectiviteit kan worden bewezen.

7.7.8 **Aanbevelingen**

Op basis van deze vaststellingen en analyses heeft het KCE een aantal aanbevelingen gedaan. Deze bevinden zich op het einde van de executive summary.

8 REFERENTIES

1. National Center for Complementary and Alternative Medicine;c 2007 [cited 04/11/2008]. CAM Basics. Available from: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/pdf/D347.pdf>
2. van Dun P.L.S. Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, GNRPO. Brussel: GNRPO (vzw); 2010.
3. ECU. Code of Good Practice. European Chiropractors' Union; 2010. Available from: <http://www.ecunion.eu/default.asp?pid=114>
4. British Medical Association. Complementary Medicine: New Approaches to Good Practice. Oxford: Oxford University Press; 1993.
5. WHO. Traditional Medicine Strategy 2000-2005. Geneva: World Health Organization; 2002. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf
6. Mann T, Refshauge K. Causes of complications from cervical spine manipulation. Australian Journal of Physiotherapy. 2001;47(4):255-66.
7. GNRPO;c 2010 [cited 27-10]. Groepering, Nationaal en Representatief voor de Professionele Osteopaten/Groupement Nationale Représentatif des Professionnels de l'Ostéopathie. Available from: <http://www.gnrpo.be/>
8. Pettman E. A history of manipulative therapy. Journal of Manual and Manipulative Therapy. 2007;15(3):165-74.
9. Keating J, Cleveland J, Menke M. Chiropractic history, a Primer. 2004.
10. Gillet J. A short history of chiropractic in Belgium. In: Wilson F, editor. Chiropractic in Europe: Troubador publishing; 2007. p. pp. 65-9.
11. Osteopathie CvANVvOeShNRv. Beroepscompetentieprofiel Osteopathie. 2009
12. WHO. WHO guidelines on basic training and safety in chiropractic. Geneva: World Health Organisation; 2005. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/js14076e/>
13. Harvey E, Burton AK, Moffett JK, Breen A, Uk Beam trial team. Spinal manipulation for low-back pain: a treatment package agreed to by the UK chiropractic, osteopathy and physiotherapy professional associations. Manual Therapy. 2003;8(1):46-51.
14. Team UBT. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. BMJ. 2004;329(7479):1377.
15. Vogel S, Dear J, Evans D. The UK BEAM trial - a review and discussion. Int J Osteopath Med. 2005;8(2):62-8.
16. Gross A, Miller J, D'Sylva J, Burnie SJ, Goldsmith CH, Graham N, et al. Manipulation or mobilisation for neck pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010(1):CD004249.
17. Furlan AD, Pennick V, Bombardier C, van Tulder M, Editorial Board CBRG, Bombardier C, et al. 2009 updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Back Review Group. Spine (Phila Pa 1976). 2009;34(18):1929-41.
18. Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttorp MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004(1):CD000447.
19. Ferreira M, Ferreira P, Latimer J, Herbert R, Maher C. Efficacy of spinal manipulative therapy for low back pain of less than three months' duration. J. Manip. Physiol. Ther. 2003;26(9):593-601.
20. Ferreira M, Ferreira P, Latimer J, Herbert R, Maher C. Does spinal manipulative therapy help people with chronic low back pain? Australian Journal of Physiotherapy. 2002;48(4):277-84.
21. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society. 2010.
22. Team UBT. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: cost effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. BMJ. 2004;329(7479):1381.

23. Bronfort G, Haas M, Evans R, Kawchuk G, Dagenais S. Evidence-informed management of chronic low back pain with spinal manipulation and mobilization. *Spine Journal*. 2008;8(1):213-25.
24. Licciardone JC, Brimhall AK, King LN. Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC musculoskeletal disorders*. 2005;6:43.
25. Walker BF, French SD, Grant W, Green S. Combined chiropractic interventions for low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(4).
26. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*. 2006;15 Suppl 2:S192-300.
27. van Tulder M, Koes B. Low back pain (chronic). *Clinical Evidence*. 2006(15):1634-53.
28. Nielens H, Van Zundert J, Mairiaux P, Gailly J, Van Den Hecke N, Mazina D, et al. Lombalgie chronique. Good Clinical practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2006. KCE reports 48 B Available from: http://kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5269&CREF=8653
29. Snelling N. Spinal manipulation in patients with disc herniation: A critical review of risk and benefit. *Int J Osteopath Med*. 2006;9(3):77-84.
30. Ostelo RWJG, Deyo RA, Stratford P, Waddell G, Croft P, Von Korff M, et al. Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal important change. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(1):90-4.
31. Miller J, Gross A, D'Sylva J, Burnie SJ, Goldsmith CH, Graham N, et al. Manual therapy and exercise for neck pain: a systematic review. *Man Ther*. 2010;15(4):334-54.
32. Gemmell H, Miller P. Comparative effectiveness of manipulation, mobilisation and the Activator instrument in treatment of non-specific neck pain: a systematic review (Provisional abstract). 2006;14:7.
33. Hurwitz EL, Carragee EJ, van der Velde G, Carroll LJ, Nordin M, Guzman J, et al. Treatment of neck pain: noninvasive interventions: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine*. 2008;33(4 Suppl):S123-52.
34. Vernon H, Humphreys BK. Chronic mechanical neck pain in adults treated by manual therapy: a systematic review of change scores in randomized controlled trials of a single session. *The Journal of manual & manipulative therapy*. 2008;16(2):E42-52.
35. Vernon HT, Humphreys BK, Hagino CA. A systematic review of conservative treatments for acute neck pain not due to whiplash. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics*. 2005;28(6):443-8.
36. Bronfort G, Nilsson N, Haas M, Evans R, Goldsmith CH, Assendelft WJJ, et al. Non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headache. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2004(3):CD001878.
37. Lenssinck ML, Damen L, Verhagen AP, Berger MY, Passchier J, Koes BW. The effectiveness of physiotherapy and manipulation in patients with tension-type headache: a systematic review (Structured abstract). 2004;112(3):381-8.
38. Astin JA, Ernst E. The effectiveness of spinal manipulation for the treatment of headache disorders: a systematic review of randomized clinical trials. *Cephalalgia*. 2002;22(8):617-23.
39. Fernandez-de-Las-Penas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML, Miangolarra JC, Barriga FJ, Pareja JA. Are manual therapies effective in reducing pain from tension-type headache?: a systematic review. *The Clinical journal of pain*. 2006;22(3):278-85.
40. Ernst E. Chiropractic spinal manipulation for infant colic: A systematic review of randomised clinical trials. *International Journal of Clinical Practice*. 2009;63(9):1351-3.
41. Rupert R, Gotlib A. An updated systematic review. *Chiropractic and Osteopathy*. 2008;16.
42. Brand PL, Engelbert RH, Helders PJ, Offringa M. Systematic review of the effects of therapy in infants with the KISS-syndrome (kinetic imbalance due to suboccipital strain). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2005;149(13):703-7.

43. Weng LK. Infantile colic: A critical appraisal of the literature from an osteopathic perspective. *Int J Osteopath Med.* 2006;9(3):94-102.
44. Ernst E. Chiropractic treatment for fibromyalgia: a systematic review. *Clinical Rheumatology.* 2009;28(10):1175-8.
45. Schiltewolf M, Hauser W, Felde E, Flugge C, Hafner R, Settan M, et al. Physiotherapy, exercise and strength training and physical therapies in the treatment of fibromyalgia syndrome. *Schmerz.* 2008;22(3):303-12.
46. Schneider M, Vernon H, Ko G, Lawson G, Perera J. Chiropractic Management of Fibromyalgia Syndrome: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics.* 2009;32(1):25-40.
47. Tough EA, White AR, Richards S, Campbell J. Variability of criteria used to diagnose myofascial trigger point pain syndrome--evidence from a review of the literature. *The Clinical journal of pain.* 2007;23(3):278-86.
48. Rickards LD. The effectiveness of non-invasive treatments for active myofascial trigger point pain: a systematic review of the literature (Structured abstract). 2006;9(4):120-36.
49. Hondras MA, Linde K, Jones AP. Manual therapy for asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2005;2(2):CD001002.
50. Ernst E. Spinal manipulation for asthma: a systematic review of randomised clinical trials. *Respiratory Medicine.* 2009;103(12):1791-5.
51. Balon JW, Mior SA. Chiropractic care in asthma and allergy. *Annals of Allergy, Asthma, & Immunology.* 2004;93(2 Suppl 1):S55-60.
52. Yang M, Yuping Y, Yin X, Wang BY, Wu T, Liu GJ, et al. Chest physiotherapy for pneumonia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2010(2).
53. Proctor ML, Hing W, Johnson TC, Murphy PA. Spinal manipulation for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006;3.
54. Glazener CM, Evans JH, Cheuk DK. Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2005(2):CD005230.
55. NHS Centre for Reviews and Dissemination. The effectiveness of interventions used in the treatment/management of chronic fatigue syndrome and/or myalgic encephalomyelitis in adults and children (Structured abstract). 2002:118.
56. Brantingham JW, Globe G, Pollard H, Hicks M, Korporaal C, Hoskins W. Manipulative therapy for lower extremity conditions: expansion of literature review. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics.* 2009;32(1):53-71.
57. McHardy A, Hoskins W, Pollard H, Onley R, Windsham R. Chiropractic treatment of upper extremity conditions: a systematic review. *Journal of manipulative and physiological therapeutics.* 2008;31(2):146-59.
58. Gouveia LO, Castanho P, Ferreira JJ. Safety of chiropractic interventions: a systematic review. *Spine.* 2009;34(11):E405-13.
59. Cagnie B, Vinck E, Beernaert A, Cambier D. How common are side effects of spinal manipulation and can these side effects be predicted? *Manual therapy.* 2004;9(3):151-6.
60. Ernst E. Adverse effects of spinal manipulation: a systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine.* 2007;100(7):330-8.
61. Stevinson C, Ernst E. Risks associated with spinal manipulation. *American Journal of Medicine.* 2002;112(7):566-71.
62. Shekelle PG, Morton SC, Suttrop MJ, Buscemi N, Friesen C, Agency for Healthcare Research and Q. Challenges in systematic reviews of complementary and alternative medicine topics. *Annals of internal medicine.* 2005;142(12 Pt 2):1042-7.
63. Haldeman S, Kohlbeck F, McGregor M. Unpredictability of cerebrovascular ischemia associated with cervical spine manipulation therapy: a review of sixty-four cases after cervical spine manipulation. *Spine.* 2002;27(1):49-55.
64. Paciaroni M, Bogousslavsky J. Cerebrovascular complications of neck manipulation. 2009;61(2):112-8.
65. Ernst E. Ophthalmological adverse effects of (chiropractic) upper spinal manipulation: evidence from recent case reports. *Acta ophthalmologica Scandinavica.* 2005;83(5):581-5.

66. Vohra S, Johnston BC, Cramer K, Humphreys K. Adverse events associated with pediatric spinal manipulation: a systematic review. *Pediatrics*. 2007;119(1):e275-83.
67. Husereau D, Clifford T, Aker P, Leduc D, Mensinkai S. Spinal manipulation for infantile colic 2003. Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clhta/articles/HTA-32004000171/frame.html>
68. Oliphant D. Safety of spinal manipulation in the treatment of lumbar disk herniations: a systematic review and risk assessment. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics* 2004;27(3):197-210.
69. Chou R, Helfand M. Challenges in systematic reviews that assess treatment harms. *Annals of internal medicine*. 2005;142(12 Pt 2):1090-9.
70. Andersson GB, Lucente T, Davis AM, Kappler RE, Lipton JA, Leurgans S. A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. *The New England journal of medicine*. 1999;341(19):1426-31.
71. Licciardone JC, King HH, Hensel KL, Williams DG. Osteopathic Health outcomes in chronic low back pain: The Osteopathic Trial. *Osteopathic medicine and primary care*. 2008;2:5.
72. Licciardone JC, Russo DP. Blinding protocols, treatment credibility, and expectancy: methodologic issues in clinical trials of osteopathic manipulative treatment. *The Journal of the American Osteopathic Association*. 2006;106(8):457-63.
73. Kaptchuk TJ. The placebo effect in alternative medicine: can the performance of a healing ritual have clinical significance? *Annals of internal medicine*. 2002;136(11):817-25.
74. Finnis DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet*. 2010;375(9715):686-95.
75. Hrobjartsson A, Gotzsche PC. Placebo interventions for all clinical conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(1):CD003974.
76. Canter PH, Ernst E. Sources of bias in reviews of spinal manipulation for back pain. *Wiener Klinische Wochenschrift* 2005 May;117(9-10):333-341.
77. Green C, Martin CW, Bassett K, Kazanjian A. A systematic review and critical appraisal of the scientific evidence on craniosacral therapy (Structured abstract). 1999:54.
78. Klein P. Osteopathy and chiropractic. *Revue Medicale de Bruxelles*. 1998;19(4):A283-9.
79. Drieskens S, Van der Heyden J, Hesse E, Gisle L, Demarest S, Tafforeau J. Enquête de santé, 2008. Rapport III - Consommation de soins. Bruxelles: Institut Scientifique de Santé Publique.; 2010. IPH/EPI REPORTS N°2010/018
80. Helman CG. *Culture, Health and Illness*. second ed. Oxford Butterworth Heinemann; 1990.
81. Schmitz O. Plurality and Adjustment in the Realm of Traditional Therapies from a Survey in Wallonia. *Recherches Sociologiques*. 2004;35(1):79-96.
82. Baarts IKPC. Derivative benefits: exploring the body through complementary and alternative medicine. *Sociology of Health & Illness*. 2009;31(5):719-33.
83. Sévigny AQ, A. Lippman, S. Hess, P. Chabot. The evaluation of holistic care practices. *Revue internationale d'action communautaire*. 1990;24:109-14.
84. Lee-Treweek G [Journal Article].c 2002. Trust in Complementary Medicine: The Case of Cranial Osteopathy.
85. Villanueva-Russell Y. Chiropractors as folk devils: published and unpublished news coverage of a moral panic. *Deviant Behavior*. 2009;30(2):175-200.
86. McCorkle T. Chiropractic: a Deviant Theory of Disease and Treatment in Contemporary Western Culture. *Human Organization*. 1961;20(1):20-3.
87. Goffman E. *Les cadres de l'expérience*. Paris: Minuit; 1974.
88. Stacey M. Collective therapeutic responsibility. Lessons from the GMC. In: Budd S, Sharma U, editors. *The Healing Bond. The Patient-Practitioner Relationship and Therapeutic Responsibility*. London and New York: Routledge; 1994. p. 107-33.
89. Roebuck J, Cowie JB. *An Ethnography of a Chiropractic Clinic*. Chicago: Free Press; 1975.
90. Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen Belgisch Staatsblad 14 november 1967
91. Nys H. *Geneeskunde. Recht en medisch handelen*. Mechelen: Story-Scientia; 2005.

92. Parl. St. Kamer 1997-98, nr. 1714/1.
93. Nys H. De wet van 29 april 1999 betreffende de uitoefening van niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde. R.W. 1999-2000:729-37.
94. Van Sande A. Wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen. T. Gez. 2000-01;Speciaal nummer:10-5.
95. Parl. St. Kamer 1997-98, nr. 1714/3.
96. Parl. St. Senaat 1998-99, nr. 1-1310/3.
97. Nys H. Een gat in mijn emmer. *De Huisarts*. 2010;962:14.
98. Nys H. *Recht en Bio-ethiek. Wegwijs voor mensen in de gezondheidszorg*. Lannoo Campus; 2010.
99. Koninklijk besluit van 6 april 2010 houdende de erkenning van beroepsorganisaties van een niet - conventionele praktijk of van een praktijk die in aanmerking kan komen om als niet-conventionele praktijk gekwalificeerd te worden, *Belgisch Staatsblad* 12 april 2010
100. Schriftelijke vraag en antwoord nr. 0144 zittingsperiode 52, *Bulletin* nr. B049 2009.
101. Parl. St. Kamer 1997-98, nr. 1714/7.
102. Ter Heerdt J. De onwettige uitoefening van de alternatieve geneeskunst: een mijnenveld? T. Gez. 2000-01;Speciaal nummer:16-21.
103. Justaert M. De tussenkomst van de verplichte of aanvullende verzekering in de niet-conventionele (NC) of alternatieve geneeswijzen. T. Gez. 2000-01;Speciaal nummer:43-8.
104. Skepp.be. Available from: <http://skepp.be/artikels/pseudo-wetenschap/alternatieve-onbewezen-behandelingen/algemeen/het-cost-b4-rapport>
105. Ter Heerdt J. Alternatieve geneeskunst: nog steeds de stiefdochter in de geneeskunde? T. Gez. 2000-01:242-5.
106. Vermeiren R. Aansprakelijkheid van een homeopaat. T. Gez. 1999-2000:135-8.
107. Wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen, *Belgisch Staatsblad* 25 maart 1964
108. Koninklijk besluit van 14 december 2006 betreffende geneesmiddelen voor menselijk en diergeneeskundig gebruik, *Belgisch Staatsblad* 22 december 2006 2006.
109. Verslag van het Europees Parlement over de status van de niet-conventionele geneeskunde. 1997 6 maart 1997. Available from: <http://www.europarl.europa.eu/>
110. Resolution 1206, A European approach to non-conventional medicines, 1999.
111. ZonMw. *Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*. Den Haag: ZonMw; 2002.
112. Rutten ALB. Alternatieve geneeskunde en de evaluatie van de Wet BIG. T. Gez. 2003:539-41.
113. Derey E. *Réflexions sur les médecines non conventionnelles suivies de deux médecines énergétiques: la médecine traditionnelle chinoise et la trame*: Angers; 2003.
114. Mills SY. Regulation in complementary and alternative medicine. *BMJ*. 2001;322:158-60.
115. Walker LA, Budd S. UK: the current state of regulation of complementary and alternative medicine. *Complementary Therapies in Medicine*. 2002;10:8-13.
116. Faculty of homeopathy. Faculty of homeopathy. Available from: www.facultyofhomeopathy.org
117. similima.com. A portal for homoeopathic students, teachers & professionals Available from: www.similima.com
118. NHS. Welcome to NHS Careers. Available from: <http://www.nhs.uk/careers/details/Default.aspx?Id=910>
119. HAS. *Etude documentaire sur les professions d'ostéopathe et de chiropracteur en Europe: Belgique, Royaume Uni, Suède, Suisse* HAS; 2006 16 juni 2006.
120. SBO-BVO;c 2005 [cited 27-10]. *Belgische Academie voor Osteopathie*. Available from: <http://www.osteopathie.be/default.asp?id=76>
121. Bologna Process;c 2010 [cited 27-10]. *European Higher Education Area*. Available from: <http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/>
122. *Nederlands Vereniging voor Osteopathie. Beroepscompetentieprofiel Osteopathie*. College van Advies; 2009.

123. AECC;c 2010 [cited 27-10]. Anglo-European College of Chiropractic. Available from: <http://www.aecc.ac.uk/>
124. ECCE. Accreditation procedures and standards in undergraduate chiropractic education and training. European Council on Chiropractic Education; 2009. Available from: <http://www.cce-europe.com/downloads.php>
125. Professionele Osteopaten;c 2009 [cited 27-10]. Osteopathie in België. Available from: <http://www.professioneleosteopaten.be/ned/webpage.asp?Webpageld=171>
126. Blanchard N, Fagnani F, S. G. Etude documentaire sur les professions d'ostéopathe et de chiropracteur en Europe: Belgique, Royaume Uni, Suède, Suisse. Haute Autorité de Santé; 2006.
127. UKO;c 2010 [cited 27-10]. Unie voor gediplomeerden in de kinesitherapie en osteopathie/Union des kinésithérapeutes et ostéopathes diplômés. Available from: <http://www.uko.eu/>
128. UPMO-BVOG;c 2010 [cited 27-10]. Union Professionnelle de Médecine Ostéopathique/Beroepsvereniging voor Osteopathische Geneeskunde. Available from: <http://www.upmo.be/>
129. Roggen L.L.M. Competentieprofiel Osteopathie, ROB. Brussel: ROB; 2010.
130. CanMEDS;c 2005 [cited 27-10]. The CanMEDS 2005 Competency Framework. Available from: <http://rcpsc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/index.php>
131. SERV;c 2010 [cited 27-10]. De Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen. Available from: <http://www.serv.be/serv>
132. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine: Journal of the Association of the American Medical Colleges*. 1990;65(9):63-7.
133. UBC-BVC;c 2010 [cited 27-10]. Belgische vereniging voor Chiropractors/Union Belge des Chiropractors. Available from: http://www.chiropraxie.org/language_select.php
134. ECU. ECU Chiropractic Profile Document. European Chiropractors' Union; 2007. Available from: <http://www.ecunion.eu/default.asp?pid=114>
135. CEN;c 2010 [cited 27-10]. European Committee for Standardization/Comité Européen de Normalisation. Available from: <http://www.cen.eu/cen/pages/default.aspx>
136. WFC;c 2010 [cited 27-10]. World Federation of Chiropractic. Available from: http://www.wfc.org/website/index.php?option=com_content&view=article&id=90&Itemid=110&lang=en
137. ECU;c 2010 [cited 27-10]. ECU Research Fund. Available from: <http://www.ecu-research-update.org/>
138. Smuts JC. *Holism and Evolution*. Londres: Macmillan & Co Ltd.; 1926.
139. *Mosby's Medical Dictionary*. 8th édition ed. St Louis: Mosby Elsevier; 2009.
140. Baszanger I. Pain physicians: all alike, all different. In: Berg M, Mol A, editors. *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Durham: Duke University Press; 1998.
141. Coté D. Penser la douleur à la rencontre du culturel et du biologique : repères anthropologiques. *Altérités*. 2009;vol.6(n°2):26-47.
142. Strandberg EL, Ovhed I, Borgquist L, Wilhelmsson S. The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*.8:8.
143. Mello MM, Chandra A, Gawande AA, Studdert DM. National Costs Of The Medical Liability System. *Health Aff*.29(9):1569-77.
144. Wetsontwerp tot bekrachtiging van het koninklijk besluit van 6 april 2010 houdende erkenning van beroepsorganisaties van een niet-conventionele praktijk of van een praktijk die in aanmerking kan komen om als niet-conventionele praktijk gekwalificeerd te worden, Parl. St. Kamer 2010, 0194
145. Académie Royale de Médecine de Belgique. Avis 2009 relatif à l'organisation d'un master complémentaire en ostéopathie à l'ULB. 2010.

This page is left intentionally blank.

Wettelijk depot : D/2011/10.273/91

KCE reports

1. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. D/2004/10.273/1.
2. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase I). D/2004/10.273/2.
3. Antibioticagebruik in ziekenhuizen bij acute pyelonefritis. D/2004/10.273/5.
4. Leukoreductie. Een mogelijke maatregel in het kader van een nationaal beleid voor bloedtransfusieveiligheid. D/2004/10.273/7.
5. Het preoperatief onderzoek. D/2004/10.273/9.
6. Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen. D/2004/10.273/13.
7. Validatie van het rapport van de Onderzoekscommissie over de onderfinanciering van de ziekenhuizen. D/2004/10.273/11.
8. Financieringssystemen van ziekenhuisgeneesmiddelen: een beschrijvende studie van een aantal Europese landen en Canada. D/2004/10.273/15.
9. Feedback: onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport: deel I. D/2005/10.273/01.
10. De kost van tandprothesen. D/2005/10.273/03.
11. Borstkankerscreening. D/2005/10.273/05.
12. Studie naar een alternatieve financiering van bloed en labiele bloedderivaten in de ziekenhuizen. D/2005/10.273/07.
13. Endovasculaire behandeling van Carotisstenose. D/2005/10.273/09.
14. Variaties in de ziekenhuispraktijk bij acuut myocardinfarct in België. D/2005/10.273/11.
15. Evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg. D/2005/10.273/13.
16. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid. Fase II : ontwikkeling van een actuariael model en eerste schattingen. D/2005/10.273/15.
17. Evaluatie van de referentiebedragen. D/2005/10.273/17.
18. Prospectief bepalen van de honoraria van ziekenhuisartsen op basis van klinische paden en guidelines: makkelijker gezegd dan gedaan.. D/2005/10.273/19.
19. Evaluatie van forfaitaire persoonlijk bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst. D/2005/10.273/21.
20. HTA Moleculaire Diagnostiek in België. D/2005/10.273/23, D/2005/10.273/25.
21. HTA Stomamateriaal in België. D/2005/10.273/27.
22. HTA Positronen Emissie Tomografie in België. D/2005/10.273/29.
23. HTA De electieve endovasculaire behandeling van het abdominale aorta aneurysma (AAA). D/2005/10.273/32.
24. Het gebruik van natriuretische peptides in de diagnostische aanpak van patiënten met vermoeden van hartfalen. D/2005/10.273/34.
25. Capsule endoscopie. D/2006/10.273/01.
26. Medico-legal aspecten van klinische praktijkrichtlijnen. D2006/10.273/05.
27. De kwaliteit en de organisatie van type 2 diabeteszorg. D2006/10.273/07.
28. Voorlopige richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek in België. D2006/10.273/10.
29. Nationale Richtlijnen College voor Oncologie: A. algemeen kader oncologisch kwaliteitshandboek B. wetenschappelijke basis voor klinische paden voor diagnose en behandeling colorectale kanker en testiskanker. D2006/10.273/12.
30. Inventaris van databanken gezondheidszorg. D2006/10.273/14.
31. Health Technology Assessment prostate-specific-antigen (PSA) voor prostaatkranscreening. D2006/10.273/17.
32. Feedback : onderzoek naar de impact en barrières bij implementatie – Onderzoeksrapport : deel II. D/2006/10.273/19.
33. Effecten en kosten van de vaccinatie van Belgische kinderen met geconjugerd pneumokokkenvaccin. D/2006/10.273/21.
34. Trastuzumab bij vroegtijdige stadia van borstkanker. D/2006/10.273/23.
35. Studie naar de mogelijke kosten van een eventuele wijziging van de rechtsregels inzake medische aansprakelijkheid (fase III)- precisering van de kostenraming. D/2006/10.273/26.
36. Farmacologische en chirurgische behandeling van obesitas. Residentiële zorg voor ernstig obese kinderen in België. D/2006/10.273/28.

37. HTA Magnetische Resonantie Beeldvorming. D/2006/10.273/32.
38. Baarmoederhalskankerscreening en testen op Human Papillomavirus (HPV). D/2006/10.273/35
39. Rapid assessment van nieuwe wervelzuil technologieën : totale discusprothese en vertebro/ballon kyfoplastie. D/2006/10.273/38.
40. Functioneel bilan van de patiënt als mogelijke basis voor nomenclatuur van kinesitherapie in België? D/2006/10.273/40.
41. Klinische kwaliteitsindicatoren. D/2006/10.273/43.
42. Studie naar praktijkverschillen bij electieve chirurgische ingrepen in België. D/2006/10.273/45.
43. Herziening bestaande praktijkrichtlijnen. D/2006/10.273/48.
44. Een procedure voor de beoordeling van nieuwe medische hulpmiddelen. D/2006/10.273/50.
45. HTA Colorectale Kankerscreening: wetenschappelijke stand van zaken en budgetimpact voor België. D/2006/10.273/53.
46. Health Technology Assessment. Polysomnografie en thuismonitoring van zuigelingen voor de preventie van wiegendood. D/2006/10.273/59.
47. Geneesmiddelengebruik in de belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. D/2006/10.273/61
48. Chronische lage rugpijn. D/2006/10.273/63.
49. Antivirale middelen bij seizoensgriep en griepdemie. Literatuurstudie en ontwikkeling van praktijkrichtlijnen. D/2006/10.273/65.
50. Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen. D/2006/10.273/68.
51. Chronische zorgbehoeften bij personen met een niet- aangeboren hersenletsel (NAH) tussen 18 en 65 jaar. D/2007/10.273/01.
52. Rapid Assessment: Cardiovasculaire Primaire Preventie in de Belgische Huisartspraktijk. D/2007/10.273/03.
53. Financiering van verpleegkundige zorg in ziekenhuizen. D/2007/10 273/06
54. Kosten-effectiviteitsanalyse van rotavirus vaccinatie van zuigelingen in België
55. Evidence-based inhoud van geschreven informatie vanuit de farmaceutische industrie aan huisartsen. D/2007/10.273/12.
56. Orthopedisch Materiaal in België: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/14.
57. Organisatie en Financiering van Musculoskeletale en Neurologische Revalidatie in België. D/2007/10.273/18.
58. De Implanteerbare Defibrillator: een Health Technology Assessment. D/2007/10.273/21.
59. Laboratoriumtesten in de huisartsgeneeskunde. D2007/10.273/24.
60. Longfunctie testen bij volwassenen. D/2007/10.273/27.
61. Vacuümgeassisteerde Wondbehandeling: een Rapid Assessment. D/2007/10.273/30
62. Intensiteitsgemoduleerde Radiotherapie (IMRT). D/2007/10.273/32.
63. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van borstkanker. D/2007/10.273/35.
64. HPV Vaccinatie ter Preventie van Baarmoederhalskanker in België: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/41.
65. Organisatie en financiering van genetische diagnostiek in België. D/2007/10.273/44.
66. Health Technology Assessment: Drug-Eluting Stents in België. D/2007/10.273/47
67. Hadrontherapie. D/2007/10.273/50.
68. Vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg – Fase IV : Verdeelsleutel tussen het Fonds en de verzekeraars. D/2007/10.273/52.
69. Kwaliteit van rectale kankerzorg – Fase I: een praktijkrichtlijn voor rectale kanker D/2007/10.273/54.
70. Vergelijkende studie van ziekenhuisaccrediterings-programma's in Europa D/2008/10.273/57.
71. Aanbevelingen voor het gebruik van vijf oftalmologische testen in de klinische praktijk .D/2008/10.273/04
72. Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en toekomstige uitdagingen. D/2008/10.273/07

73. Financiering van het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt in algemene ziekenhuizen: definitie en evaluatie van een geriatrische patiënt, definitie van de interne liaisongeriatrie en evaluatie van de middelen voor een goede financiering. D/2008/10.273/11
74. Hyperbare Zuurstoftherapie: Rapid Assessment. D/2008/10.273/13.
75. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van slokdarm- en maagkanker. D/2008/10.273/16.
76. Kwaliteitsbevordering in de huisartsenpraktijk in België: status quo of quo vadis? D/2008/10.273/18.
77. Orthodontie bij kinderen en adolescenten. D/2008/10.273/20.
78. Richtlijnen voor farmaco-economische evaluaties in België. D/2008/10.273/23.
79. Terugbetaling van radioisotopen in België. D/2008/10.273/26
80. Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg. D/2008/10.273/35.
81. Kwaliteit van rectale kankerzorg – phase 2: ontwikkeling en test van een set van kwaliteitsindicatoren. D/2008/10.273/38
82. 64-Slice computertomografie van de kransslagaders bij patiënten met vermoeden van coronaire hartziekte. D/2008/10.273/40
83. Internationale vergelijking van terugbetalingsregels en juridische aspecten van plastische heekunde. D/2008/10.273/43
84. Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden. D/2008/10.273/46
85. Vergelijking van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. D/2008/10.273/49.
86. Functiedifferentiatie in de verpleegkundige zorg: mogelijkheden en beperkingen. D/2008/10.273/52.
87. Het gebruik van kinesitherapie en van fysieke geneeskunde en revalidatie in België. D/2008/10.273/54.
88. Chronisch Vermoeidheidssyndroom: diagnose, behandeling en zorgorganisatie. D/2008/10.273/58.
89. Rapid assessment van enkele nieuwe behandelingen voor prostaatkanker en goedaardige prostaathypertrofie. D/2008/10.273/61
90. Huisartsgeneeskunde: aantrekkingskracht en beroepstrouw bevorderen. D/2008/10.273/63
91. Hoorapparaten in België: health technology assessment. D/2008/10.273/67
92. Nosocomiale infecties in België, deel I: nationale prevalentiestudie. D/2008/10.273/70.
93. Detectie van adverse events in administratieve databanken. D/2008/10.273/73.
94. Intensieve maternale verzorging (Maternal Intensive Care) in België. D/2008/10.273/77
95. Percutane hartklep implantatie bij congenitale en degeneratieve kleplessen: A rapid Health Technology Assessment. D/2008/10.273/79
96. Het opstellen van een medische index voor private ziekteverzekeringsovereenkomsten. D/2008/10.273/82
97. NOK/PSY revalidatiecentra: doelgroepen, wetenschappelijke evidentie en zorgorganisatie. D/2009/10.273/84
98. Evaluatie van universele en doelgroep hepatitis A vaccinatie opties in België. D/2008/10.273/88
99. Financiering van het geriatrisch dagziekenhuis. D/2008/10.273/90
100. Drempelwaarden voor kosteneffectiviteit in de gezondheidszorg. D/2008/10.273/94
101. Videoregistratie van endoscopische chirurgische interventies: rapid assessment. D/2008/10.273/97
102. Nosocomiale Infecties in België: Deel II, Impact op Mortaliteit en Kosten. D/2009/10.273/99
103. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek 'therapeutische projecten' - eerste tussentijds rapport. D/2009/10.273/04.
104. Robotgeassisteerde chirurgie: health technology assessment. D/2009/10.273/07
105. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een nationale praktijkrichtlijn voor de aanpak van pancreaskanker. D/2009/10.273/10
106. Magnetische Resonantie Beeldvorming: kostenstudie. D/2009/10.273/14
107. Vergoeding van schade ten gevolge van gezondheidszorg – Fase V: Budgettaire impact van de omzetting van het Franse systeem in België. D/2009/10.273/16

108. Tiotropium in de behandeling van Chronisch Obstructief Longlijden (COPD): Health Technology Assessment. D/2009/10.273/18
109. De waarde van EEG en geëvokeerde potentialen in de klinische praktijk. D/2009/10.273/21
110. Positron Emissie Tomografie: een update. D/2009/10.273/24
111. Medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies voor de ziekte van Alzheimer, een rapid assessment. D/2009/10.273/27
112. Beleid voor weesziekten en weesgeneesmiddelen. D/2009/10.273/30.
113. Het volume van chirurgische ingrepen en de impact ervan op de uitkomst: haalbaarheidsstudie op basis van Belgische gegevens. D/2009/10.273/33.
114. Endobronchiale kleppen bij de behandeling van ernstig longemfyseem Een "rapid" Health Technology Assessment. D/2009/10.273/37.
115. Organisatie van palliatieve zorg in België. D/2009/10.273/40
116. Rapid assessment van interspinale implantaten en pedikelschroeven voor dynamische stabilisatie van de lumbale wervelkolom. D/2009/10.273/44
117. Gebruik van point-of care systemen bij patiënten met orale anticoagulatie: een Health Technology Assesment. D/2009/10.273/47
118. Voordelen, nadelen en haalbaarheid van het invoeren van 'Pay for Quality' programma's in België. D/2009/10.273/50.
119. Aspecifieke nekpijn: diagnose en behandeling. D/2009/10.273/54.
120. Hoe zelfvoorziening in stabiele plasmaderivaten voor België verzekeren? D/2009/10.273/57.
121. Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een "all-in" pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen. D/2010/10.273/01
122. Financiering van de thuisverpleging in België. D/2010/10.273/05
123. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek 'therapeutische projecten' - tweede tussentijds rapport. D/2010/10.273/08
124. Organisatie en financiering van chronische dialyse in België. D/2010/10.273/11
125. Invloed van onafhankelijke artsenbezoekers op de praktijk van artsen in de eerste lijn. D/2010/10.273/14
126. Het referentieprijssysteem en socio-economische verschillen bij het gebruik van goedkopere geneesmiddelen. D/2010/10.273/18
127. Kosteneffectiviteit van antivirale behandeling voor chronische hepatitis B in België. Deel I: Literatuuroverzicht en resultaten van een nationale studie.. D/2010/10.273/22.
128. Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem. D/2010/10.273/25.
129. Opsporing van borstkanker tussen 40 en 49 jaar. D/2010/10.273/28.
130. Kwaliteitscriteria voor stageplaatsen van kandidaat-huisartsen en kandidaat-specialisten. D/2010/10.273/33.
131. Continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis. D/2010/10.273/37.
132. Is Neonatale Screening op Mucoviscidose aangewezen in België? D/2010/10.273/41.
133. Optimalisatie van de werkingsprocessen van het Bijzonder Solidariteitsfonds. D/2010/10.273/44
134. De vergoeding van slachtoffers besmet met het hepatitis C-virus of het HIV-virus door bloedtransfusie. D/2010/10.273/47.
135. Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten. D/2010/10.273/49.
136. Bewaking op afstand van patiënten met geïmplanteerde defibrillatoren. Evaluatie van de technologie en breder regelgevend kader. D/2010/10.273/53.
137. Pacemakertherapie voor bradycardie in België. D/2010/10.273/56.
138. Het Belgische Gezondheidssysteem in 2010. D/2010/10.273/59.
139. Richtlijnen voor goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen. D/2010/10.273/62
140. Cardiale revalidatie: klinische doeltreffendheid en gebruik in België. D/2010/10.273/65.
141. Statines in België: evolutie in het gebruik en invloed van het terugbetalingsbeleid. D/2010/10.273/69.
142. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een update van de nationale richtlijn voor testiskanker. D/2010/10.273/72.
143. Wetenschappelijke ondersteuning van het College voor Oncologie: een update van de nationale richtlijn voor borstkanker. D/2010/10.273/75

144. Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een ernstige en persistente mentale aandoening. Wat is de wetenschappelijke basis? D/2010/10.273/78
145. Cardiale Resynchronisatie Therapie. Een Health Technology Assessment. D/2011/10.273/82.
146. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek 'therapeutische projecten'. D/2010/10.273/85.
147. Vergoedingssystemen voor geneesmiddelen: internationale vergelijking en beleidsaanbevelingen. D/2010/10.273/88
148. Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België. D/2010/10.273/91.

