

Synthese van het rapport I 48A :
**Stand van zaken voor de osteopathie
en de chiropraxie in België**

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. Om deze stand van zaken in al de onderzochte dimensies toch op een leesbare aan te reiken, hebben we besloten om onze studie op een dertigtal bladzijden samen te vatten. Dit is het document dat voor u ligt.

Deze studie 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.

Synthese

Table of contents

1	INLEIDING	3
2	OSTEOPATHIE EN CHIROPRACTIE IN BELGIE: DE GEBRUIKERS, DE BEOEFENAARS, DE PRAKTIJEN	4
2.1	EEN TOENEMEND GEBRUIK	4
2.2	WIE ZIJN DE PATIENTEN?	4
2.3	WIE ZIJN DE BEOEFENAARS?	5
2.4	TYPISCH TRAJECT VAN EEN PATIENT	6
2.4.1	De sprong wagen naar de alternatieve geneeswijzen	6
2.4.2	De consultatie	6
2.5	FINANCIËLE ASPECTEN	8
2.6	BEOORDELING DOOR DE PATIENTEN	8
3	OORSPRONG EN CONCEPTUEEL KADER VAN DE OSTEOPATHIE EN DE CHIROPRACTIE	11
3.1	DE GESCHIEDENIS VAN DE OSTEOPATHIE	11
3.1.1	Oorsprong in de Verenigde Staten	11
3.1.2	Ontwikkeling in België	12
3.1.3	De opleidingen weerspiegelen de polarisatie	12
3.1.4	De beroepsverenigingen – een veelbewogen geschiedenis	12
3.1.5	Situatie in 2010	13
3.2	GESCHIEDENIS VAN DE CHIROPRACTIE	14
3.2.1	Oorsprong: In de Verenigde Staten	14
3.2.2	In België	15
3.3	DEFINITIE VAN DE DISCIPLINE VIA COMPETENTIEPROFIELEN	15
4	ZIJN ER BEWIJZEN VOOR EFFECTIVITEIT?	17
4.1	WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR: ONVOLDOENDE BEWIJZEN	17
4.1.1	Weinig bewijs aangetoond	17
4.1.2	Placebo-effect heeft ook zijn nut	19
4.2	HET STANDPUNT VAN DE PATIENTEN	19
4.3	WAT ZIJN DE RISICO'S?	20
5	HOE WORDT MEN OSTEOPAAT OF CHIROPRACTOR?	21
5.1	DE OSTEOPATEN: MEESTAL OORSPRONKELIJK KINESITHERAPEUTEN?	21
5.1.1	Opleiding en beroepstitel	21
5.1.2	Gevolgen van academisering	22
5.2	DE CHIROPRACTIE: EEN KEUZE VANAF HET BEGIN	22
6	WETGEVEND KADER	23
6.1	GESCHIEDENIS	23
6.2	DE “WET COLLA”	23
6.3	GEVOLGEN VAN DE GEDEELTELIJKE UITVOERING VAN DE “WET COLLA”	25
7	TOT SLOT, WELKE ZIJN DE UITDAGINGEN VAN DE TOEKOMST?	26
7.1	DE WETENSCHAPPELIJKE BEWIJZEN VOOR DE KLINISCHE EFFECTIVITEIT ZIJN NIET TALRIJK	26
7.2	“HOLISTISCH” OF “NIET HOLISTISCH”?	26
7.3	DE WET COLLA UITVOEREN	26
7.4	WAARBORGEN VAN DE VEILIGHEID VAN PATIENTEN	27
7.4.1	Controle uitoefenen op de opleidingen	27
7.4.2	Informatie voor de patiënten garanderen	27
7.5	MOET MEN DE FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID VERHOGEN?	28
7.6	AL DAN NIET OP VOORSCHRIFT WERKEN?	28

7.7	DE GEVOLGEN VAN DE ACADEMISERING VAN DE OPLEIDING VAN DE OSTEOPATEN	29
7.7.1	Ontwikkeling van een bepaalde osteopathie	29
7.7.2	Sluiting of omvorming van privé-scholen	29
7.7.3	Evolutie van de titel van D.O.....	29
7.7.4	Moeilijkheden bij de opbouw van een patiëntenbestand	29
7.7.5	Kader voor de ontwikkeling van wetenschappelijk onderzoek.....	29
7.8	AANBEVELINGEN	29
8	REFERENTIES.....	30

I 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:

1. Wat is de effectiviteit van osteopathie en chiropraxie? Wat zijn de voordelen en de schadelijke effecten?
2. Hoe definiëren deze geneeswijzen zichzelf en hoe worden ze gebruikt door de Belgische populatie?
3. Wat is het legaal statuut van deze geneeswijzen en hoe zijn ze georganiseerd in België?
4. 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.

2 OSTEOPATHIE EN CHIROPRACTIE IN BELGIE: DE GEBRUIKERS, DE BEOEFENAARS, DE PRAKTIJEN

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.

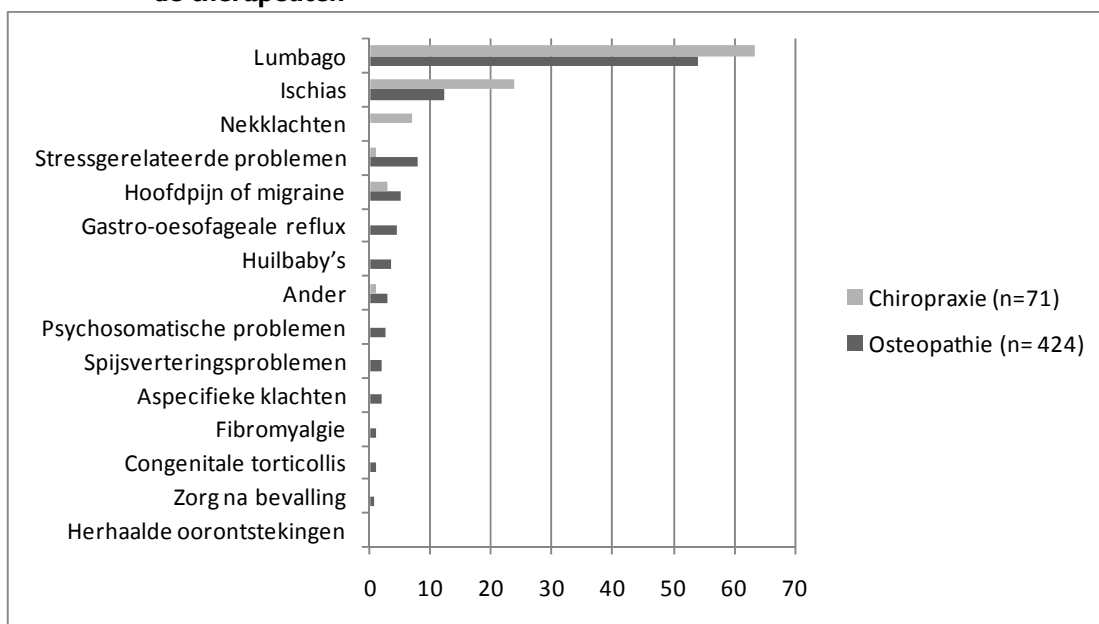
2.2 WIE ZIJN DE PATIENTEN?

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^a



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..

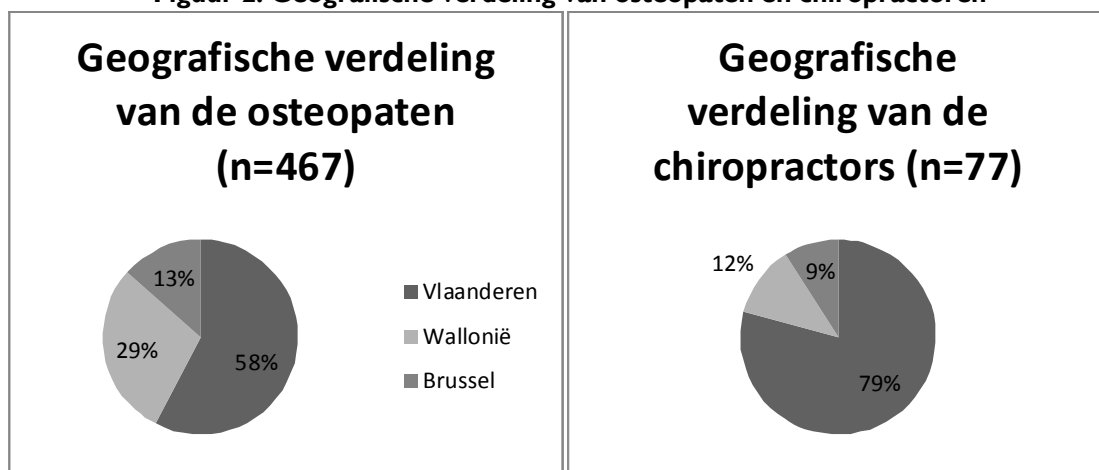
2.3 WIE ZIJN DE BEOEFENAARS?

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



^a De vraag over nekpijn werd per vergissing niet aan de osteopaten gesteld.

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.

2.4 TYPISCH TRAJECT VAN EEN PATIENT

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.

2.4.2 De consultatie

De activiteit van de osteopaten en de chiropractors vertoont een gemeenschappelijk stramien waarin toch enkele verschillpunten 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.

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.

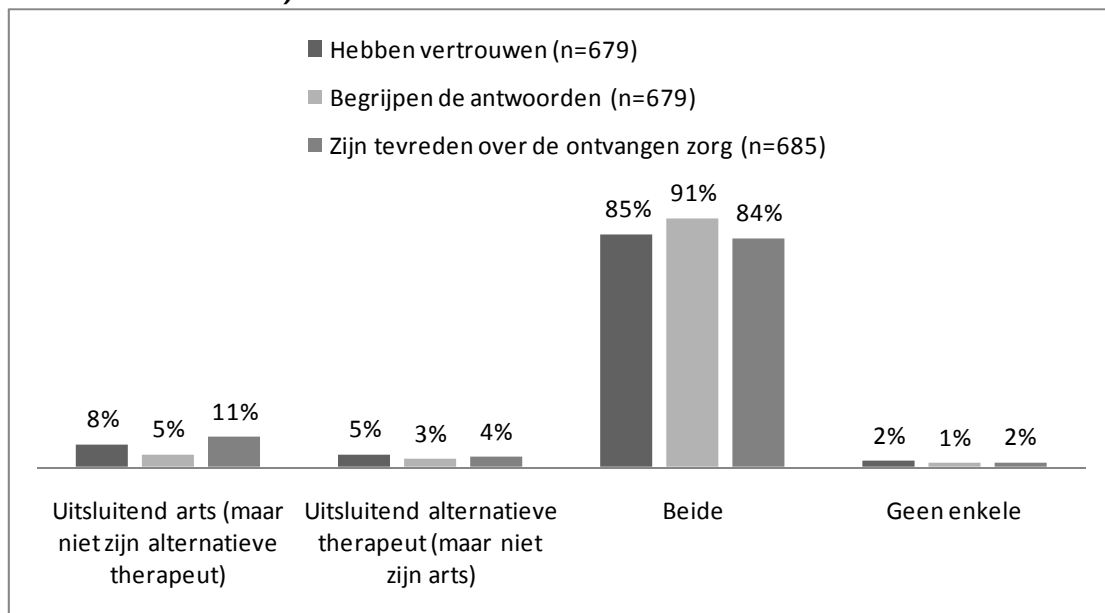
Noch osteopathie, noch chiropraxie worden terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering. Patiënten die lid zijn van bepaalde ziekenfondsen kunnen echter genieten van een gedeeltelijke terugbetaling van hun consultatie in het kader van de aanvullende ziekteverzekering (tussen 10 en 12,5 €/consultatie 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.

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

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.

3.1 DE GESCHIEDENIS VAN DE OSTEOPATHIE

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 indianen². 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 bevolking³.

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 osteopathisch 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. 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 osteopathie³.

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.³

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.

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 Institut William Gardner Sutherland (IWGS) en daarna ook aan het Sutherland College of Osteopathic Medicine (SCOM).

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 tweedelijfn tussenkomt na medisch voorschrift).

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.

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.

3.2 GESCHIEDENIS VAN DE CHIROPRACTIE

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^b 3.

De predominante rol van het zenuwstelsel contrasteerde met de theorieën van Still en wordt soms 'the law of the nerve' genoemd³. 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'⁴.

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 had⁴ 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 evalueren⁴.

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).

^b 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 aldaar⁴.

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).

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 weefsel⁵. 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 lichaam⁶.

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 sublaxatie 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 bewijsmateriaal⁶.

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.

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.

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^c

LAGE RUGPIJN				
Indicatie	Interventie	Vergelijking met	geobserveerd resultaat op	Effect
Acute aspecifieke 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 aspecifieke 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)

^c 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.

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.

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.

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 patiënt⁷.

Milde neveneffecten blijken zeer frequent (tussen de 30 en 60%) te zijn. Ze bestaan voornamelijk uit een tijdelijke verergering van de pijnklachten en hoofdpijn^{8,9}.

De wetenschappelijke literatuur meldt eveneens zware en zelfs levensbedreigende complicaties en dit vooral bij de **cervicale manipulaties**⁹. 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 neklachten, 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.

5 HOE WORDT MEN OSTEOPAAT OF CHIROPRACTOR?

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% groepeert 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.

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).

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.

5.2 DE CHIROPRACTIE: 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.

6 WETGEVEND KADER

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. 78¹⁰ 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 geïsoleerd 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).

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 kinesitherapeuten¹⁰. 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^{11, 12}.

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 worden¹³ 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 senaat¹⁴, 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 ‘erkenningKB’ zal worden bekrachtigd door de wet.

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 geneeswijzen (van zodra de wet Colla zal zijn uitgevoerd).

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.

7.1 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.

7.2 “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.

7.3 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.

7.4 WAARBORGEN VAN DE VEILIGHEID VAN PATIENTEN

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.

7.4.1 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.

7.4.2 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.

7.5 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 een 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.

7.6 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* »¹⁵.

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 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:

7.7.1 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.

7.7.2 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.

7.7.3 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.

7.7.4 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.

7.7.5 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.

7.8 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 van het volledige studierapport.

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. 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/>
3. Pettman E. A history of manipulative therapy. *Journal of Manual and Manipulative Therapy*. 2007;15(3):165-74.
4. Keating J, Cleveland J, Menke M. Chiropractic history, a Primer. 2004.
5. van Dun P.L.S. Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, GNRPO. Brussel: GNRPO (vzw); 2010.
6. ECU. ECU Chiropractic Profile Document. European Chiropractors' Union; 2007. Available from: <http://www.ecunion.eu/default.asp?pid=114>
7. Mello MM, Chandra A, Gawande AA, Studdert DM. National Costs Of The Medical Liability System. *Health Aff*.29(9):1569-77.
8. Gouveia LO, Castanho P, Ferreira JJ. Safety of chiropractic interventions: a systematic review. *Spine*. 2009;34(11):E405-13.
9. 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.
10. Koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen Belgisch Staatsblad 14 november 1967
11. Nys H. Een gat in mijn emmer. *De Huisarts*. 2010;962:14.
12. Nys H. Recht en Bio-ethiek. *Wegwijs voor mensen in de gezondheidszorg*. Lannoo Campus; 2010.
13. 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
14. 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
15. Académie Royale de Médecine de Belgique. Avis 2009 relatif à l'organisation d'un master complémentaire en ostéopathie à l'ULB. 2010.

COLOFON

Synthese van het rapport I48A

- Titel:** Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België - Synthese
- 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 Duhammeuw (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), Jörgen 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 Tejeddine (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, 13 januari 2011 (2nd print; 1st print: 13 januari 2011)

Studie nr 2009-50

Domein : Health Services Research (HSR)

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/2010/10.273/94

Dit document is een uittreksel van het rapport I48A en is beschikbaar van op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg

Dit document wordt 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 - Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. D/2010/10.273/94



Wettelijk depot : D/2011/10.273/94

