

Maart | 2014

# Status van de Osteopathie in de Benelux

Benelux Osteosurvey: 2013

© Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion vzw (CORPP vzw), Mechelen, maart 2014

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de CORPP vzw.

**Contact:**



CORPP vzw

Kon. Astridlaan 148/002  
B-2800 Mechelen

Email: [info@corpp.org](mailto:info@corpp.org)

Web: [www.corpp.org](http://www.corpp.org)

In verband met de leesbaarheid van de tekst is er voor gekozen om de mannelijke vorm te gebruiken. Waar “hij” of “hem” staat wordt uiteraard ook “zij” of “haar” bedoeld.

Hoe te verwijzen naar dit document:

van Dun P.L.S., *Status van de Osteopathie in de Benelux: Benelux Osteosurvey 2013*, Mechelen, Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion vzw (CORPP vzw)

# Inhoudsopgave

|                                                                                                                         |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Voorwoord</b>                                                                                                        | <b>iii</b> |
| <b>1 Inleiding</b>                                                                                                      | <b>1</b>   |
| 1.1 Wat is Osteopathie?                                                                                                 | 1          |
| 1.2 Van Kirksville tot de Benelux: een historische schets                                                               | 1          |
| 1.2.1 De roots van de osteopathie                                                                                       | 1          |
| 1.2.2 Osteopathie komt naar Europa                                                                                      | 2          |
| 1.3 Wettelijk statuut van de osteopathie in de Benelux                                                                  | 4          |
| 1.3.1 België                                                                                                            | 4          |
| 1.3.2 Nederland                                                                                                         | 5          |
| 1.3.3 Groothertogdom Luxemburg                                                                                          | 6          |
| <b>2 Methodologie</b>                                                                                                   | <b>7</b>   |
| 2.1 Doelstellingen                                                                                                      | 7          |
| 2.2 Samenstelling van de vragenlijst                                                                                    | 7          |
| 2.2.1 Belangrijkste verschillen met de vragenlijst uit het KCE-Rapport                                                  | 9          |
| 2.3 Validatie van de vragenlijsten                                                                                      | 10         |
| 2.3.1 Nederlandse versie                                                                                                | 10         |
| 2.3.2 Vlaamse versie                                                                                                    | 10         |
| 2.3.3 Franstalige versie                                                                                                | 11         |
| 2.4 Verzenden van de vragenlijst                                                                                        | 11         |
| 2.5 Bijkomende analyses                                                                                                 | 13         |
| <b>3 Resultaten</b>                                                                                                     | <b>14</b>  |
| 3.1 Nederlandstalige vragenlijsten                                                                                      | 14         |
| 3.1.1 Nederland                                                                                                         | 14         |
| 3.1.2 Vlaanderen                                                                                                        | 19         |
| 3.2 Franstalige vragenlijst (Franse Gemeenschap en Luxemburg)                                                           | 24         |
| 3.3 Bijkomende analyses                                                                                                 | 30         |
| 3.3.1 Benelux                                                                                                           | 30         |
| 3.3.2 België                                                                                                            | 37         |
| 3.3.3 Luxemburg                                                                                                         | 42         |
| 3.4 Specifieke vragen bij de analyse van de resultaten                                                                  | 47         |
| 3.4.1 Relaties met het nog uitoefenen van fysio(kinesi)therapie/arts                                                    | 50         |
| 3.4.2 Relatie tussen kernosteopaat en soort patiënten/klachten                                                          | 53         |
| 3.4.3 Relatie tussen anciënniteit en soort patiënten/klachten                                                           | 56         |
| 3.4.4 Relatie tussen anciënniteit en gebruikte onderzoeks-/behandeltechniek in de praktijk                              | 58         |
| 3.4.5 Relatie tussen anciënniteit en de behandeltime                                                                    | 60         |
| 3.4.6 Relatie tussen gebruikte onderzoeks- en behandeltechnieken en opleidingsinstituut                                 | 60         |
| 3.4.7 Relatie tussen gebruikte onderzoeks- en behandeltechnieken en het volgen van een deel(vol)time opleiding en regio | 68         |
| 3.4.8 Relatie met gebruik van inwendige technieken                                                                      | 71         |
| 3.4.9 Relaties met het uitvoeren van een uitsluitingsdiagnostiek                                                        | 72         |
| 3.4.10 Relatie tussen aantal uren dat iemand werkzaam is en het geslacht van de osteopaat                               | 72         |
| 3.4.11 Relatie provincie/regio met honorarium                                                                           | 73         |
| 3.4.12 Relatie honorarium en anciënniteit                                                                               | 74         |
| <b>4 Discussie</b>                                                                                                      | <b>76</b>  |
| 4.1 België: KCE 2010 versus Osteosurvey 2013                                                                            | 76         |
| 4.1.1 Demografische data                                                                                                | 77         |
| 4.1.2 Hoe werkt een osteopaat?                                                                                          | 80         |

|          |                                                                            |            |
|----------|----------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.1.3    | Wie komt er naar de osteopaat? .....                                       | 85         |
| 4.1.4    | Hoe komen patiënten tot bij de osteopaat?.....                             | 87         |
| 4.1.5    | Met welke klachten komt men naar een osteopaat? .....                      | 87         |
| 4.1.6    | Praktijkorganisatie en honorarium van de osteopaat. ....                   | 88         |
| 4.2      | De meest opmerkelijke vaststellingen uit de Benelux Osteosurvey 2013 ..... | 91         |
| 4.2.1    | Reactiepercentage.....                                                     | 91         |
| 4.2.2    | Demografische gegevens .....                                               | 92         |
| 4.2.3    | Cumulatie osteopathie-fysio(kinesi)therapie/arts.....                      | 92         |
| 4.2.4    | Het technisch arsenaal van de osteopaat .....                              | 97         |
| 4.2.5    | Soort klachten.....                                                        | 98         |
| 4.2.6    | Patiëntenprofiel .....                                                     | 100        |
| 4.2.7    | Praktijkorganisatie en honorarium .....                                    | 101        |
| 4.2.8    | Enkele belangrijke vragen vanuit de beroepsgroep .....                     | 102        |
| 4.3      | Beperkingen van de studie en enkele mogelijkheden tot verdere analyse..... | 103        |
| 4.3.1    | De belangrijkste beperkingen .....                                         | 103        |
| 4.3.2    | Mogelijkheden tot verdere analyse .....                                    | 104        |
| 4.3.3    | Benelux Osteosurvey: het vervolg .....                                     | 105        |
| <b>5</b> | <b>Conclusie .....</b>                                                     | <b>106</b> |
| <b>6</b> | <b>Dankbetuiging.....</b>                                                  | <b>108</b> |
|          | <b>Bibliografie .....</b>                                                  | <b>109</b> |
|          | <b>Lijst van afkortingen .....</b>                                         | <b>111</b> |
|          | <b>Tabellenlijst.....</b>                                                  | <b>112</b> |
|          | <b>Figurenlijst .....</b>                                                  | <b>114</b> |
|          | <b>Appendix A.....</b>                                                     | <b>116</b> |
|          | <b>Appendix B .....</b>                                                    | <b>126</b> |
|          | <b>Appendix C .....</b>                                                    | <b>128</b> |
|          | <b>Appendix D.....</b>                                                     | <b>136</b> |

## Voorwoord

Met het werk van de Kamer voor Osteopathie die alles in gereedheid diende te brengen voor de uitvoering van de Wet Colla betreffende de niet-conventionele praktijken, waaronder de osteopathie, zag de Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion vzw ([CORPP](#)) het opportuun om ruim drie jaar na het [KCE-Rapport 148A](#): Stand van zaken voor de Osteopathie en de Chiropraxie in België, een nieuwe enquête uit te voeren bij de beroepsgroep. De beroepsgroep had meer dan ooit nood aan actuele cijfers in deze, voor ons beroep, politiek moeilijke maar uiterst belangrijke periode en we wilden ook de beleidsmakers met dit materiaal ondersteunen bij het nemen van weldoordachte beslissingen.

Ook de beroepsgroep uit Nederland wilde een concreter inzicht verkrijgen in het beroep van osteopaat.

Door de nauwe samenwerking tussen vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties osteopathie uit Nederland, België en Luxemburg groeide aldus het voornemen om een inventariserend onderzoek naar de osteopathie in de Benelux uit te voeren.

Het resultaat van dit onderzoek ligt voor u. Wij danken de beroepsgroep uit de Benelux, zonder welke dit onderzoek niet tot stand gekomen zou zijn.

Patrick van Dun

Voorzitter CORPP vzw

# 1 Inleiding

## 1.1 Wat is Osteopathie?

*“What osteopathy is, is contained within the practice and mental activities of osteopaths”<sup>1</sup>*

Of anders: “Osteopathie is wat osteopaten doen”. Met deze definitie van osteopathie streefden de osteopaten in het Verenigd Koninkrijk (VK) naar hun statutaire erkenning.

In een poging om de osteopathie wat ruimer te omschrijven kunnen we stellen dat het een klinisch<sup>2</sup> beroep is met omschreven bevoegdheden in het kader van de gezondheidszorg. De osteopaat is de specialist van functionele aandoeningen, algieën en ziekteverschijnselen. Haar diagnostische en therapeutische benadering is hoofdzakelijk manueel van aard. Naast de grote meerderheid van de indicaties die binnen het locomotorisch systeem te vinden zijn, kan de osteopaat ook geconsulteerd worden voor functionele aandoeningen van niet-musculoskeletale aard.<sup>3</sup>

De World Health Organization (WHO) omschrijft osteopathie als volgt:

*“Osteopathy is a system of medicine that emphasizes the theory that the body can make its own remedies, given normal structural relationships, environmental conditions, and nutrition. It differs from allopathy primarily in its greater attention to body mechanics and manipulative methods in diagnosis and therapy.”<sup>4</sup>*

## 1.2 Van Kirksville tot de Benelux: een historische schets

### 1.2.1 De roots van de osteopathie

Momenteel wordt osteopathische zorg aangeboden op alle continenten behalve Antarctica en wordt de osteopathie gepraktiseerd in meer dan 50 landen.<sup>5</sup>

Andrew Taylor Still (\*1828 Virginia, †1917 Kirksville) is de grondlegger van de osteopathie. In de voetsporen van zijn vader wordt hij arts en praktiseert hij de eerste twintig jaar geneeskunde. Hij neemt als Unionist en als veldchirurg deel aan de secessieoorlog (1861-1864). Het verlies van enkele van zijn kinderen tijdens een epidemie van hersenvliesontsteking overtuigt Still van de noodzaak om

<sup>1</sup> Tyreman S.J. Concepts for osteopathic health care. *J. Osteopath. Educ.*, 1992; 2: 7-10

<sup>2</sup> Binnen een internationale context staat het woord “clinical” voor probleemverheldering, diagnostische benadering, werkhypothese en opstellen en uitvoering van zorg.

<sup>3</sup> Geïnspireerd door het *Beroepscompetentieprofiel Osteopathie* zoals vermeld in advies K3 van 12/06/2012 Kamer Osteopathie (België).

<sup>4</sup> WHO definition of osteopathy ([http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO\\_WKC\\_Tech.Ser.\\_04.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf))

<sup>5</sup> Osteopathic International Alliance (OIA), *Osteopathy and Osteopathic Medicine: A Global View of Practice, Patients, Education and the Contribution to Healthcare Delivery*, 2013, Chicago, p. 11

de geneeskunde te hervormen. De regels van zijn ideeënmeester (John Wesley) volgend, observeert hij de natuur, dissecteert hij lijken van Shawnee-indianen en ontleedt hij dieren die hij buit maakt bij de jacht. Hij bestudeert ook de geneeskunde van de Shawnees, waaronder een aantal gewrichtsmanipulaties. Zijn medische doctrine wordt een mengeling van metafysica en mechanistische speculaties die voortvloeien uit zijn observaties. Voor hem komen alle ziekten voort uit een belemmering van de goede bloedcirculatie. Spiersamentrekkingen en gewrichtsverschuivingen zijn verantwoordelijk voor een slechte circulatie van de levensvochten. In 1892 sticht hij de American School of Osteopathy (ASO), het eerste college voor osteopathie in Kirksville.<sup>6,7</sup>

Tot op heden hebben er 23 COMs (College of Osteopathic Medicine) ongeveer 60.000 D.O.'s opgeleid. Ze maken integraal deel uit van de eerstelijns geneeskunde en kunnen zich ook specialiseren in diverse takken van de geneeskunde. Met een geschat aantal van 100.000 actieve osteopaten in het jaar 2020, is de osteopathie een van de snelst groeiende medische beroepen in het Amerikaanse gezondheidssysteem.

### 1.2.2 Osteopathie komt naar Europa

John Martin Littlejohn (1865-1947) is diegene die de osteopathie naar Europa brengt. In 1900 richt Littlejohn het College voor Osteopathie op in Chicago. In 1913 verhuist hij terug naar Engeland en richt er in 1917 the British School of Osteopathy op.

De expansie van de osteopathie naar het Europese vasteland werd voorbereid door oud-studenten van de ASO en van andere osteopathische colleges uit de USA. Een lijst van overzeese studenten van Kirksville, bijgehouden door het Still National Museum, toont ons dat er vanaf 1913 studenten waren ingeschreven van landen als Duitsland, Noorwegen en Denemarken. Het Europese continent werd door de terugkeer van deze osteopaten naar hun land van herkomst op kleine schaal reeds voorbereid op de komst van de osteopathie.

In 1936 hebben ook osteopaten van de American Osteopathic Association in het kader van een tocht door Europa naast Duitsland, Oostenrijk en Frankrijk ook Nederland bezocht.<sup>8</sup>

De komst van de osteopathie op het Europese continent begon eerst echt vanaf 1951 bij de oprichting van l'École Française d'Ostéopathie door Paul Gény, waar fysio(kinesi)therapeuten het beroep van osteopaat konden leren. Door wettelijke perikelen werd dit college overgeheveld naar het VK waar het zich uiteindelijk ontwikkelde tot de European School of Osteopathy (ESO). In de ESO werden heel wat osteopaten gevormd die zich dan in hun land van herkomst vestigden. Op deze manier is de osteopathie vanuit Engeland eerst komen overwaaien via Frankrijk en wat later ook via België om dan de rest van Europa te veroveren.

### België

De eerste Belgische osteopaten melden zich begin jaren '70 en zijn afgestudeerd in het VK of in Frankrijk.

<sup>6</sup> van Dun P.L.S., Mens M., Van den Berghe W., Hermans B. (red.), *Informatiedocument Osteopathie*, Brussel, 2013, Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw) en Register voor de Osteopaten van België (R.O.B.)

<sup>7</sup> Lepers Y. *Histoire critique de l'ostéopathie, de Kirksville à l'Université Libre de Bruxelles*, 2010; Saarbrücken (Germany): Éditions Universitaires Européennes

<sup>8</sup> Collins M. (2002) Osteopathy and the 1936 Olympic Games in Berlin. *The Osteopath* 5(4), 22-23  
<http://www.osteopathyonline.org.uk/USERIMAGES/Osteopathy%20and%20the%201936%20Olympic%20Games.pdf>

In 1976 start de eerste deeltijdse opleiding osteopathie in Brugge door het Instituut William Garner Sutherland (IWGS), dat later het Sutherland College of Osteopathic Medicine (SCOM) zal worden en ook een Nederlandstalige afdeling kreeg in 1985.

In 1986 wordt de eerste beroepsvereniging, de Belgische Vereniging voor Osteopathie (BVO) opgericht, als fusie van de eerder gevormde Société Belge d'Osteopathie et de Recherche en Thérapie Manuelle (SBORTM) en de Association Belge d'Ostéopathie (ABO). In hetzelfde jaar ontstaat ook de Belgische Academie voor Osteopathie. De BVO, die al een opleiding op universitair niveau wou organiseren naar aanleiding van de strafrechterlijke vervolging van een collega osteopaat, start een opleiding op aan de campus van de Vrije Universiteit Brussel (VUB) in oktober 1986. Maar deze poging mislukt en de cursus zal nooit leiden tot een universitair diploma maar wordt verdergezet als Cours Osteopathie Cursus (COC), een private opleiding voor osteopathie die nu bekend staat als het Collège Belge d'Ostéopathie (CBO). Ook andere privé-opleidingen zien het daglicht: het JWIAO in 1988, de IAO in 1989 en het FICO in 1993. Hun gediplomeerden richten op hun beurt nieuwe beroepsverenigingen op, wat het beroep opsplijt (Unie van Osteopaten (UVO) in 1996, Unie van Belgische Osteopaten (UBO) in 1996, Register voor de Osteopaten van België (ROB) in 1997 en de Belgische Associatie van Klassieke Osteopaten (BAKO) in 1999).

In 2000 wordt de Groepering, Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw) boven de doopvont gehouden, een koepelvereniging die alle hierboven beschreven beroepsverenigingen samenbrengt met als doel een gemeenschappelijk standpunt in te nemen binnen de socio-professionele verdediging van het beroep. In 2004 start het eerste academiejaar van de officiële zesjarige opleiding aan de Université Libre de Bruxelles (ULB).

Er zijn ongeveer 1.600<sup>9</sup> osteopaten werkzaam in België. In 2010 deden er ongeveer 700.000 Belgen een beroep op een osteopaat.<sup>10</sup> Ieder jaar stijgt het aantal osteopathische consultaties met ongeveer 5%.<sup>11</sup>

## Nederland

De Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO)<sup>12</sup> is in 1986 opgericht. In 1989 is een register ondergebracht in een aparte stichting: het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO).<sup>13</sup>

In die tijd bestond er ook nog de Nederlandse Associatie van Gediplomeerde Osteopaten (NAGO). De NAGO is in 2000 opgegaan in het NRO en de meeste leden zijn ook lid geworden van de beroepsvereniging NVO.

Hierna is gewerkt aan verscherpt toezicht op de handhaving door het NRO. Dit heeft geleid tot de afscheiding van een aantal osteopaten. Deze osteopaten hebben in 2002 een nieuw register opgericht: de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF).<sup>14</sup>

<sup>9</sup> Cijfers Belgische mutualiteiten

<sup>10</sup> *ibid.*

<sup>11</sup> *ibid.*

<sup>12</sup> [www.osteopathie.nl](http://www.osteopathie.nl)

<sup>13</sup> [www.osteopathie-nro.nl](http://www.osteopathie-nro.nl)

<sup>14</sup> [www.osteopathiefederatie.nl](http://www.osteopathiefederatie.nl)

NVO en NRO hebben de organisatiestructuur gemoderniseerd. De beroepsgroep heeft zich via de NVO uitgesproken voor een organisatiestructuur die door het instellen van een College voor Osteopathie (CvO) optimaal privaatrechtelijk vorm is gegeven. Het NRO is ingericht om de kwaliteit te borgen en de regels te handhaven. Hiermee beschermt zij de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door de geregistreerde osteopaat. De NVO is de stem voor de beroepsgroep. De beroepsgroep heeft een stichting voor wetenschappelijk osteopathisch onderzoek (SWOO) opgericht. Deze stichting houdt zich bezig met osteopathie en wetenschap.

De beroepsgroep heeft zich via de NVO uitgesproken over het beroepscompetentieprofiel (BCP)<sup>15</sup> van de osteopaat. Daarmee is de domeinomschrijving van de osteopathie en de norm voor de opleiding tot osteopaat in Nederland gevestigd. Het beroepscompetentieprofiel (BCP) is sinds januari 2009 van kracht en in 2014 wordt de eerste updateversie van het BCP verwacht. Het NRO gebruikt deze norm als meetlat voor het toetsen van opleidingen osteopathie en past deze toe bij het accrediteren van bij- en nascholing. De NOF heeft, tot op heden, geen eigen toetsingskader voor het specifieke osteopathisch deel van de opleiding die omschoolt tot osteopaat en niet voor de toetsing die leidt tot het accrediteren van de bij- en nascholing osteopathie. Het NRO houdt zich volledig bezig met de handhaving van de kwaliteit van de geregistreerde osteopaten door het hanteren van regels, reglementen, beroepscode en BCP zoals opgesteld door de beroepsgroep.

In Nederland zijn er ongeveer 700 osteopaten werkzaam. De NRO-geregistreerde osteopaat is te herkennen aan het merk D.O.-MRO.

## **Groothertogdom Luxemburg**

De eerste osteopaat in het Groothertogdom werkzaam, ontving zijn D.O. te Maidstone in 1984. De meeste osteopaten die het beroep in het Groothertogdom uitoefenen hebben hun opleiding in Frankrijk en België genoten.

De Association Luxembourgoise des Ostéopathes (ALDO), publiceerde zijn statuten in de *Mémorial* in 2003.<sup>16</sup> Op dat moment waren er zes leden die exclusief de osteopathie beoefenden, en een tiental leden die nog deels het beroep van kinesitherapeut beoefenden.

In 2013, telt de vereniging 20 leden die exclusief de osteopathie beoefenen, en evenzoveel leden die nog deels het beroep van kinesitherapeut beoefenen. Het ALDO blijft de enige beroepsorganisatie voor osteopathie in Luxemburg, waarvan het merendeel van de osteopaten ook lid zijn.

## **1.3 Wettelijk statuut van de osteopathie in de Benelux**

### **1.3.1 België**

Onder impuls van een door het Europese parlement gestemde resolutie (1998) omtrent Complementary and Alternative Medicine (CAM) en op vraag van de Belgische osteopathieverenigingen, wordt in april 1999 een kaderwet goedgekeurd door het Belgische parlement. Deze wet, onder voogdij van de toenmalige minister van Volksgezondheid Marcel Colla, omschrijft de

<sup>15</sup> Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, College van Advies, Nederlandse Vereniging voor Osteopathie, Hilversum en Stichting het Nederlands Register voor Osteopathie, Emmeloord, 2009  
<http://osteopathie-nro.nl/pdf/Beroepscompetentieprofiel.pdf>

<sup>16</sup> <http://www.etat.lu/memorial/2003/C/Html/1255/C072753.3.2003.html>

verschillende stappen nodig om vier niet-conventionele geneeswijzen (osteopathie, homeopathie, acupunctuur en chiropraxie) te legaliseren en hun beoefenaars te registreren. Deze wet, genaamd “de wet Colla”, blijft echter gedurende meer dan een decennium dode letter.

In 2010 neemt minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx een aantal stappen om de wet Colla toe te passen. Ze laat het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) een studie uitvoeren omtrent deze 4 geneeswijzen en ze erkent opnieuw de betreffende representatieve beroepsverenigingen.<sup>17</sup>

2011: Minister Onkelinx heeft de in de wet Colla voorziene overlegorganen, vier Kamers en één Paritaire Commissie, samengesteld en opgestart. Hierin zetelen vertegenwoordigers van de academische wereld en vertegenwoordigers van de vier niet-conventionele geneeswijzen. De Kamer Osteopathie is sinds oktober 2011 actief en buigt zich maandelijks over te behandelen onderwerpen zoals: de definitie van de osteopathie, de toegestane en niet-toegestane handelingen, de opleiding, de registratievoorwaarden en dergelijke meer. De vier Kamers formuleren, na stemming, hun adviezen die worden overgemaakt aan de Paritaire Commissie. Deze allesomvattende Commissie becommentarieert de adviezen en maakt haar finale bevindingen dan over aan de minister van Volksgezondheid Onkelinx. Zij giet dan deze adviezen in een Koninklijk Besluit (KB) dat dan voorgelegd wordt aan een beperkte ministerraad. Indien er binnen deze raad een consensus wordt gevonden met betrekking tot dit KB, is de wet Colla in al zijn facetten ingevuld en wordt ze ook na publicatie in het Belgisch Staatsblad van kracht. Momenteel is er nog geen consensus gevonden binnen deze beperkte ministerraad.

De patiënt kan geen beroep doen op terugbetaling door het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Omdat de osteopathische zorg (nog) niet opgenomen is in de “verplichte ziekteverzekering”, wordt de terugbetaling ervan sinds 2000 door de mutualiteiten (ziekenfondsen) georganiseerd via hun “bijkomende verzekering”. Enkel osteopaten die door de mutualiteiten erkend worden, komen voor deze terugbetaling in aanmerking. Er wordt een tussenkomst voorzien van 10 euro per consultatie met een maximum van vijf consultaties per kalenderjaar. Het bedrag en het aantal tussenkomsten kan licht variëren afhankelijk van bij welke mutualiteit men aangesloten is. Sommige aanvullende verzekeringen voorzien, in specifieke polissen, in een hogere terugbetaling van osteopathische zorg.

### 1.3.2 Nederland

Op dit moment kent de osteopathie nog geen wettelijke erkenning in Nederland.

Vrijwel alle verzekeraars in Nederland hebben aanvullende polissen van waaruit de osteopathie vergoed wordt. De vergoeding vindt plaats als de osteopaat aangesloten of geregistreerd is bij een beroepsvereniging of -register. Deze vergoedingen gaan van 30 euro tot 100% van het honorarium per consult, per dag, met een maximum van 150 tot 1.000 euro per jaar.<sup>18</sup>

Tot 2006 waren de osteopathieconsulten belast met het hoge btw-tarief. Tussen 2006 en 2012 is de osteopathie btw-vrij geweest. Vanaf 2013 is de osteopathie, als niet BIG-geregistreerd beroep, weer belast met het hoge btw-tarief.

<sup>17</sup> 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

<https://kce.fgov.be/nl/publication/report/stand-van-zaken-voor-de-osteopathie-en-de-chiropraxie-in-belgië>

<sup>18</sup> <http://www.osteopathie.nl/cms/upload/files/overzicht%20vergoedingen%202014%20site.pdf>

### **1.3.3 Groothertogdom Luxemburg**

Tot op heden bestaat er geen reglementering voor het beroep van osteopaat in het Groothertogdom Luxemburg.

De drie wetsvoorstellen die in de afgelopen twee decennia werden ingediend bij de Kamer van Volksvertegenwoordigers, werden niet aangenomen. Hetzij omdat er niet werd voldaan aan de politieke voorwaarden van een beroep in de eerste lijn of omdat osteopathie werd gereduceerd tot een specialiteit van de kinesithérapie, hetgeen niet door de beroepsgroep werd aanvaard.

Tengevolge van het gebrek aan erkenning worden de consultaties bij de osteopaat niet terugbetaald door de Caisse Nationale de Santé (CNS).

Toch moet gezegd worden dat onder impuls van de ALDO, de verzekeringsmaatschappijen die een aanvullende verzekering aanbieden, een terugbetaling tot 80% van het totale bedrag hebben aanvaard voor zover de beoefenaars DO zijn en lid zijn van de ALDO.

## 2 Methodologie

### 2.1 Doelstellingen

Het doel van dit inventariserend onderzoek is om, door middel van een online-enquête, inzicht te verkrijgen in de osteopathie in de Benelux. Het onderzoek omvat onder meer vragen met betrekking tot de persoon van de osteopaat, hoe en waar hij als osteopaat werkzaam is en welke patiënten op zijn zorg een beroep doen.

### 2.2 Samenstelling van de vragenlijst

Het eerste contact tussen CORPP vzw en SWOO betreffende het idee om een inventariserend onderzoek uit te voeren, vond plaats op 5 november 2011. Op 28 januari 2012 werd er dan een eerste vergadering gepland te Antwerpen om de agenda op te maken ter voorbereiding van de samenstelling van de vragenlijst. Er werd toen overeengekomen om de vragenlijst te weerhouden die werd gebruikt in het KCE-Rapport. Deze vragenlijst baseert zich op buitenlandse vragenlijsten (GOsC, 1994, 1997, 2001, 2009; Dvorak, 2001; Johnson, 2003; Ernst, 2006; Vogel, 2008; Fryer, 2009) en werd aangepast aan de Belgische situatie. Met behulp van externe experts uit het beroepsveld werd deze KCE-vragenlijst dan verder uitgewerkt en uitgetest.

Ondanks het feit dat de KCE-vragenlijst met hulp van de beroepsgroep werd aangepast aan de Belgische situatie, dienden er toch nog heel wat compromissen gemaakt te worden betreffende de vraagstelling, die misschien wel best kunnen verklaard worden door:

- het feit dat het KCE-Rapport voor zowel de chiropractie als voor de osteopathie werd geschreven en
- het feit dat de focus van het KCE-Rapport te veel werd gericht op het technische aspect van de osteopathie als een manuele geneeskundevorm (dit heeft niet enkel een effect gehad op de analyse met betrekking tot de effectiviteit van de osteopathie maar had zeker ook een invloed op de vraagstelling in de enquête naar de praktijk van de osteopathie).<sup>19</sup>

Daarenboven waren er ook vanuit de beroepsgroep enkele belangrijke vragen die in het KCE-Rapport geen plaats toebedeeld kregen en die in de jaren die op het onderzoek volgden nog veelvuldiger werden omdat ze van belang bleken in het politieke discours bij de erkenning van het beroep, zoals o.a. :

- de veiligheid en het uitvoeren van een uitsluitingsdiagnostiek;
- de invloed van de opleiding op de praktijk van een osteopaat;
- osteopathie als niet-conventionele praktijk of als bijkomend technisch arsenaal van een fysio(kinesi)therapeut of arts;
- het aanwenden van interne technieken.

Er werd ook rekening gehouden met de eerste feedback van onze externe experts met betrekking tot ons voornemen. Deze bestond er in om zo veel mogelijk met interval level data aan de slag te gaan in plaats van met categorische of ordinale data.

<sup>19</sup> van Dun P.L.S, Hoeveel "body of evidence" zit er in een vleugje politieke wil? *De Osteopaat*, 2011, 3: 21-24

Met al deze informatie werd de KCE basisvragenlijst herwerkt tot een nieuwe conceptversie, die niet te lang mocht zijn, voldoende anonimiteit diende te waarborgen om een maximum aan respondenten te bekomen en die maximaal tegemoet zou komen aan de veel gestelde vragen binnen de beroepsgroep.

Hiervoor werd er een onderzoeksgroep samengesteld uit de CORPP vzw en de SWOO, die werden bijgestaan door enkele vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties voor osteopathie (NVO voor Nederland en de koepelorganisatie GNRPO vzw voor België), om op deze manier de verzuchtingen van de beroepsgroep maximaal te integreren.

Op regelmatige basis werden er online en face-to-face meetings georganiseerd die einde mei 2012 resulteerden in een conceptversie ter validatie aan de beroepsgroep (de validatieprocedure wordt uitgewerkt in punt 2.3).

Het werd al snel duidelijk dat er niet enkel een Nederlandstalige (Nederland en Vlaanderen) en een Franstalige (Franse Gemeenschap<sup>20</sup> en Luxemburg) versie van de vragenlijst nodig was maar dat er, ondanks de wens van de onderzoeksgroep om met een gemeenschappelijke Nederlandstalige lijst te werken, met teveel taalnuances moest worden rekening gehouden, zodat het noodzakelijk bleek om twee verschillende versies van de Nederlandstalige vragenlijst te maken: een Nederlandse en een Vlaamse.

Enkele voorbeelden om dit te verduidelijken: het Nederlandse begrip *fysiotherapie* werd in de Vlaamse versie vervangen door *kinesithérapie*; *cursussen geven* uit de Nederlandse versie werd in de Vlaamse versie vervangen door *permanente vorming verzorgen*; het Nederlandse *consult* werd in de Vlaamse vervangen door *consultatie* en *dag-, deeltijdopleiding* werd in de Vlaamse versie vervangen door *voltijds-, beroepsbegeleidende opleiding*.

De drie vragenlijsten zijn identiek voor wat betreft hun opbouw en indeling. Ze bestaan uit 51 vragen die opgedeeld worden in vijf domeinen. De domeinen zijn:

1. Wie bent u? (7 vragen)
2. Opleiding (5 vragen)
3. Praktijkorganisatie en honorarium (26 vragen)
4. Uw patiënten (11 vragen)
5. Commentaren (2 vragen)

Toch zijn er voor de verschillende versies een aantal vragen die verschillen voor wat betreft hun invulmogelijkheden. Tijdens de conceptprocedure bleek dat de betreffende vragen te moeilijk, en te lang bleken, met als gevolg dat de bereidheid om de vragenlijst helemaal in te vullen mogelijk zou kunnen afnemen. Daarom werd er gekozen om de invulmogelijkheden zo beperkt mogelijk te houden. Per land zijn er aldus verschillende keuzelijsten aangegeven. Dit betreft de vragen:

- 6b: opsomming van de in het betreffende land aanwezige beroepsverenigingen;
- 7b: opsomming van de in het betreffende land aanwezige registers;
- 8: opsomming van de in het land meest voorkomende beroepsopleidingen;
- 20: opsomming van de in het betreffende land aanwezige provincies.

Na het validatieproces werden de definitieve versies van de drie vragenlijsten opgemaakt (zie Appendix A).

<sup>20</sup> Omdat er slechts 2 Nederlandstalige osteopaten, wonende te Brussel, hebben deelgenomen aan dit onderzoek, leek het opportuun om de analyse van de gegevens van Wallonië en Brussel (Franse Gemeenschap) samen te analyseren.

### 2.2.1 Belangrijkste verschillen met de vragenlijst uit het KCE-Rapport

De Benelux Osteosurvey-lijst bestaat uit 51 vragen terwijl de KCE-vragenlijst<sup>21</sup> uit 61 vragen bestond.

5 vragen uit de KCE-lijst, waarvan er 3 met betrekking tot het RIZIV-nummer uit het voorberoep, komen niet terug in de Benelux Osteosurvey-lijst. In de Benelux Osteosurvey-lijst daarentegen werden er 21 supplementaire vragen opgenomen (zie Tabel 1, “andere vragen”).

Soms zijn de vragen dezelfde maar worden ze op een andere manier geformuleerd. Op die manier zijn er 5 vragen of clusters van vragen die op een fundamenteel verschillende manier worden geformuleerd.

Enkele voorbeelden ter verduidelijking:

- *Welk percentage van uw beroepsactiviteiten besteedt u aan de osteopathie?* (KCE, 21) tegenover *Hoeveel uren in de week werkt u met patiënten als osteopaat?* (Benelux, 15).
- Bij de KCE-vraag (39): *Voor welke klachten consulteren de patiënten u het meest?*, worden er 13 klachten geformuleerd tegenover 25 klachten in vraag 49 van de Benelux Osteosurvey. Deze 25 klachten werden weerhouden na beraad binnen de onderzoeksgroep, na afstemming met de literatuur<sup>22</sup> (vooral voor wat betreft het voorkomen van de klachten en hun formulering) en na verwerking van de gegevens uit de validatieprocedure.
- Bij de KCE vragen 41-53 werd er gevraagd naar *de frequentie van de technieken*, waarbij het niet duidelijk was of het hier diagnostische dan wel behandeltechnieken betrof en een andere keuze van de genoemde technieken drong zich op om geen overlapping te hebben en een meer eenduidige formulering na te streven, zodat liefst vele osteopaten de vraag correct konden interpreteren. Daarom werd er in de Benelux Osteosurvey-lijst een opsplitsing gemaakt tussen diagnostische (28) en behandeltechnieken (29) en werden de technieken meer eenduidig geformuleerd.

De verschillen tussen de twee vragenlijsten worden in Tabel 1 weergegeven.

|                              | KCE                              | Benelux Osteosurvey 2013                                                        |
|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Andere vragen                | 11, 30, 58, 59, 60               | 7, 10, 12, 17, 18b, 19, 20b, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 51 |
| Verschillen in vraagstelling | 14-19<br>21<br>39<br>41-53<br>55 | 14<br>15<br>49<br>29<br>3                                                       |

**TABEL 1:** VERSCHILLEN TUSSEN DE KCE-VRAGENLIJST EN DE BENELUX OSTEOSURVEY-LIJST (DE CIJFERS KOMEN OVEREEN MET DE NUMMERS VAN DE VRAGEN IN DE RESPECTIEVE LIJSTEN).

<sup>21</sup> [http://www.osteopathie.be/sites/default/files/global/pages/Documenten/Publications/Official\\_documents/kce\\_148s\\_osteopathy\\_and\\_chiropractic\\_in\\_belgium.pdf](http://www.osteopathie.be/sites/default/files/global/pages/Documenten/Publications/Official_documents/kce_148s_osteopathy_and_chiropractic_in_belgium.pdf) p. 3-9

<sup>22</sup> de Jongh T.O.H., De Vries H., Grundmeijer H.G.L.M., Diagnostiek van alledaagse klachten I en II: bouwstenen voor rationeel probleemoplossen, Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem, 2002.

## 2.3 Validatie van de vragenlijsten

Omdat het om nieuwe vragenlijsten ging, diende een validatie te worden uitgevoerd. Om de drie afzonderlijke versies van de vragenlijst te valideren werden er telkens 10 osteopaten gevraagd om de vragenlijst in te vullen en deze aan de hand van enkele vragen te beoordelen. De vragen waren als volgt:

1. Het is de bedoeling om een algemene indruk van de osteopathie in de Benelux te verkrijgen. Denkt u dat we met behulp van deze vragenlijst hierop een antwoord kunnen verkrijgen?
2. Herkent u zichzelf in de gestelde vragen?
3. Zijn de vragen duidelijk en niet voor interpretatie vatbaar?
4. Kunt u alle vragen beantwoorden?
5. Zijn er opmerkingen met betrekking tot het taalgebruik?
6. Mist u nog vragen?
7. Zijn bepaalde vragen overbodig?
8. Hoeveel tijd heeft u nodig gehad voor het invullen van de vragenlijst?
9. In de vragenlijst worden verschillende schalen gebruikt. Welke vindt u beter?

De 10 osteopaten kregen de conceptversie van de vragenlijst per mail toegezonden.

De verschillende opmerkingen van de Nederlandse en Vlaamse versies werden gebundeld en besproken binnen de onderzoeksgroep. De conceptversie werd dienaangaande aangepast en werd nogmaals voorgelegd aan de verschillende osteopaten ter controle. Op deze manier werd er een definitieve Nederlandstalige Nederlandse en Vlaamse versie geformuleerd die taalkundig nog eens werd nagekeken en waar nodig aangepast.

De Vlaamse versie werd dan vertaald naar het Frans en vrijgegeven ter validatie. Dezelfde validatieprocedure werd doorlopen voor de Franstalige versie (Franstalig België en Luxemburg). Na deze validatie dienden er geen fundamentele veranderingen meer te worden doorgevoerd in de Nederlandstalige versies.

Om logistieke en pragmatische redenen werden er enkele kleine verschillen in validatieprocedure waargenomen.

### 2.3.1 Nederlandse versie

Bij de selectie van de osteopaten voor de validatie werd er rekening gehouden met een vertegenwoordiging van osteopaten van de verschillende opleidingen.

Na het toesturen van de vragenlijst werd er vervolgens een gezamenlijke bijeenkomst georganiseerd. Deze bijeenkomst werd geleid en genotuleerd door een onderzoeker en werd op band geregistreerd. De opmerkingen over de conceptvragenlijst van de collega-osteopaten werden, voor zover mogelijk, direct verwerkt. De meewerkende osteopaten hebben de opmerkingen betreffende de vragenlijst ook schriftelijk toegelicht.

### 2.3.2 Vlaamse versie

Bij de selectie van de osteopaten ter validatie werd er rekening gehouden met een vertegenwoordiging van osteopaten uit de verschillende beroepsverenigingen.

De verkregen vragen en opmerkingen betreffende de vragenlijst werden per mail terugbezorgd aan een onderzoeker en werden genotuleerd. Bij onduidelijkheden werd telefonisch contact opgenomen met de osteopaat in kwestie en werden alle onduidelijkheden besproken en weggewerkt.

### 2.3.3 Franstalige versie

Bij de selectie van de osteopaten ter validatie werd er rekening gehouden met een vertegenwoordiging van osteopaten uit de verschillende beroepsverenigingen en landen (België en Luxemburg).

De validatieprocedure verliep identiek aan de Vlaamse versie.

## 2.4 Verzenden van de vragenlijst

Om de vragenlijst<sup>23</sup> rond te sturen werd er een beroep gedaan op Stat-Gent Crescendo, een extern kennisplatform van de universiteit van Gent.

De drie vragenlijsten werden door Stat-Gent via Survey Monkey naar de groep van osteopaten verstuurd. Er werd gebruik gemaakt van Computer Assisted Web Interviewing (CAWI), een methode die een optimale objectiviteit en privacy en over het algemeen een goede respons biedt.<sup>24,25</sup> Bij CAWI werken de osteopaten via hun eigen computer mee aan dit onderzoek. Een voordeel is dat de osteopaat de vragenlijst kan invullen op een moment dat het hem uitkomt, zonder tussenkomst van een enquêteur of interviewer. Elke aangeschreven osteopaat kan de enquête maar één keer invullen en kan steeds de enquête onderbreken en op een later tijdstip verderzetten.

Een bijkomend voordeel van CAWI is dat de resultaten vrij gemakkelijk statistisch verwerkt kunnen worden.

De uitnodigingen om de vragenlijst in te vullen werden verzonden op 20 december 2012 en de mogelijkheid tot het invullen van de vragenlijst werd gesloten op 29 maart 2013. Er werden in het totaal twee herinneringen verstuurd naar die osteopaten die niet reageerden op de eerste uitnodigingen.

Het was de bedoeling om alle osteopaten uit de Benelux, die zich als dusdanig profileren, aan te schrijven en in het onderzoek te betrekken. Hiervoor werden alle beroepsverenigingen uit de Benelux op de hoogte gebracht van dit onderzoek en gevraagd om hun medewerking. Alle e-mailadressen van hun leden werden, via de onderzoeksgroep, doorgestuurd naar Stat-Gent die de mailing verzorgde en die op deze manier zicht had over het verloop van de respons en gericht herinneringen kon doorsturen.

De beroepsverenigingen die de e-mailadressen van hun leden op deze wijze overmaakten waren: ALDO uit Luxemburg, NVO uit Nederland en ABOC/BAKO, ROB, SBO-BVO, UBO-BUO en UVO uit België.

De NOF uit Nederland stemde erin toe dat haar leden benaderd werden voor dit onderzoek. Voor de e-mailadressen werden de onderzoekers verwezen naar de website van de federatie.

Het UKO uit België verleende haar medewerking maar wou liever geen e-mailadressen van haar leden vrijgeven. Daarom werden hun leden (n=269) via een nieuwsbrief geïnformeerd over het

<sup>23</sup> Een voorbeeld van definitieve vragenlijst (Vlaamse versie) is te vinden in Appendix A.

<sup>24</sup> Mühlendorf H. Differences between talking about and admitting sensitive behaviour in anonymous and non-anonymous web-based interviews. *Computers in Human Behavior* 21 (2005) 993–1003

<sup>25</sup> Knapp H., Kirk S. A. Using pencil and paper, Internet and touch-tone phones for self-administered surveys: does methodology matter? *Computers in Human Behavior* 19 (2003) 117–134

onderzoek met de mogelijkheid om via een weblink deel te nemen. Er werd slechts 1 herinnering doorgestuurd naar alle leden van de UKO.

Enkel van de UPMO/BVOG (64 leden<sup>26</sup>) kregen we geen officiële medewerking voor dit onderzoek. Toch werden er 15 e-mailadressen, via persoonlijke adressenbestanden en ook op vraag van bepaalde leden van de beroepsvereniging, doorgegeven aan Stat-Gent.

Omdat er in België een vrij groot aantal osteopaten werkzaam zijn die geen lid zijn van een door de Raad van State erkende beroepsvereniging voor osteopathie, werd er tevens contact opgenomen met de mutualiteiten (zorgverzekeringen) die in het kader van hun “bijkomende verzekering” een beperkte terugbetaling voor osteopathische zorg voorzien en die ook beschikken over de e-mailadressen van osteopaten die niet aangesloten zijn bij een beroepsvereniging. Via hen hebben ook deze osteopaten een uitnodiging ontvangen om deel te nemen aan de enquête.

Via het intermutualistisch college hebben er op deze manier 405 osteopaten een uitnodiging tot deelname ontvangen (291 Franstalig en 114 Nederlandstalig met 40 retours van ongekende mailadressen, waarvan 8 Nederlandstalig en 32 Franstalig). Met deze uitnodiging werd hen een weblink toegestuurd om de enquête te kunnen invullen.

Er werd slechts 1 herinnering doorgestuurd naar alle aangeschreven osteopaten gecontacteerd door het intermutualistisch college.

In Nederland zijn osteopaten werkzaam die geen lid zijn van de beroepsvereniging voor osteopathie maar wel bij het NRO of NOF geregistreerd staan als osteopaat. Door de lijsten van de beroepsvereniging en deze van het NRO en NOF naast elkaar te leggen, zijn deze osteopaten ook via e-mail benaderd, met een uitnodiging om deel te nemen aan de enquête.

Ook zijn er in Nederland osteopaten werkzaam die geen lid zijn van de beroepsvereniging en ook niet over een registratie bij het NRO of NOF beschikken. Deze osteopaten werden opgespoord via het internet. Verzekeraars beschikken niet over deze adressen omdat niet-geregistreerde osteopaten niet voor een vergoeding in aanmerking komen. Een aantal e-mailadressen bleek verouderd te zijn en werd via andere osteopaten achterhaald. Na meldingen in de media van de beroepsgroep hebben zich ook nog 27 osteopaten gemeld die alsnog werden uitgenodigd tot deelname.

Alle osteopaten van de Benelux werden meermaals en via verschillende kanalen op de hoogte gebracht van het nakende onderzoek en het belang van deelname voor hun beroep. O.a. via:

- Beroepsvereniging:
  - algemene ledenvergadering;
  - ledenblad;
  - nieuwsbrief;
  - persoonlijke mail.
- Mutualiteiten/Zorgverzekeraars
- Externe kanalen zoals bijvoorbeeld een mailing van de website “professioneleosteopaten.be”.

Op een totaal van 2.050 osteopaten die een uitnodiging tot deelname hebben ontvangen, hebben er 1.069 (52,14 %) deelgenomen aan het onderzoek, waarvan er 921 (86,2 %) de vragenlijst volledig hebben ingevuld.

---

<sup>26</sup> <http://upmo.be/>

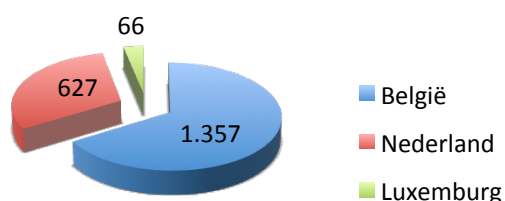
Een meer gedetailleerd overzicht van het aantal uitgenodigden, het aantal deelnemers en het aantal volledig ingevulde vragenlijsten worden weergegeven in Tabel 2 (zie ook Figuur 1 en Figuur 2).

## 2.5 Bijkomende analyses

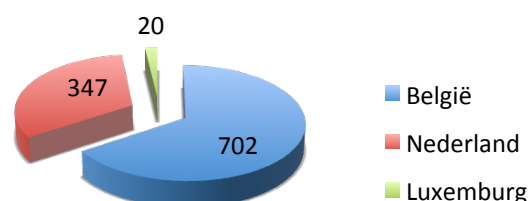
Om een totaalbeeld te verkrijgen van de osteopathie in de Benelux, diende er bijkomende analyses te worden uitgevoerd waarin de resultaten uit de verschillende vragenlijsten met elkaar op een geïntegreerde manier werden verwerkt. Ook om een beeld te verkrijgen van de osteopathie in België (Vlaamse vragenlijst met een deel van de Franstalige vragenlijst) en Luxemburg (een deel van de Franstalige vragenlijst) werden er op gelijkaardige wijze nieuwe analyses doorgevoerd. Deze analyse voor België bijvoorbeeld is ook noodzakelijk om een vergelijking te kunnen maken met de resultaten uit de enquête van het KCE-Rapport van 2010.

| Versie        |         | Uitgenodigd  | Deelnemers   | % Totaal        | Volledig ingevuld | % Volledig ingevuld |
|---------------|---------|--------------|--------------|-----------------|-------------------|---------------------|
| NL            | e-mail  | 600          | 335          | 55,83 %         | 315               | 94,03 %             |
|               | weblink | 27           | 12           | 44,44 %         | 12                | 100 %               |
|               |         | <b>627</b>   | <b>347</b>   | <b>55,34 %</b>  | <b>327</b>        | <b>94,20 %</b>      |
| VL            | e-mail  | 442          | 241          | 54,52 %         | 215               | 89,21 %             |
|               | weblink | 375          | 159          | 42,40 %         | 124               | 77,99 %             |
|               |         | <b>817</b>   | <b>400</b>   | <b>48,96 %</b>  | <b>339</b>        | <b>84,80 %</b>      |
| <b>FG/L</b>   |         |              |              |                 |                   |                     |
| FG            | e-mail  | 281          | 135          | 48,04 %         | 114               | 84,44 %             |
|               | weblink | 259          | 167          | 64,47 %         | 126               | 75,45 %             |
| L             | e-mail  | 66           | 20           | 30,30 %         | 15                | 75,00 %             |
|               |         | <b>606</b>   | <b>322</b>   | <b>53,14 %</b>  | <b>255</b>        | <b>79,20 %</b>      |
| <b>Totaal</b> |         | <b>2.050</b> | <b>1.069</b> | <b>52, 14 %</b> | <b>921</b>        | <b>86,2 %</b>       |

**TABEL 2:** OVERZICHT VAN HET AANTAL UITGENODIGDEN TOT DE ENQUÊTE, HET AANTAL DEELNEMERS EN HET AANTAL VOLLEDIG INGEVULDE VRAGENLIJSTEN VAN DE BENELUX OSTEOSURVEY 2013 (NL: NEDERLAND; VL: VLAANDEREN; FG/L: FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG; L: LUXEMBURG).



**FIGUUR 1:** AANTAL UITGENODIGDEN AAN DE BENELUX OSTEOSURVEY 2013



**FIGUUR 2:** AANTAL RESPONDENTEN VAN DE BENELUX OSTEOSURVEY 2013

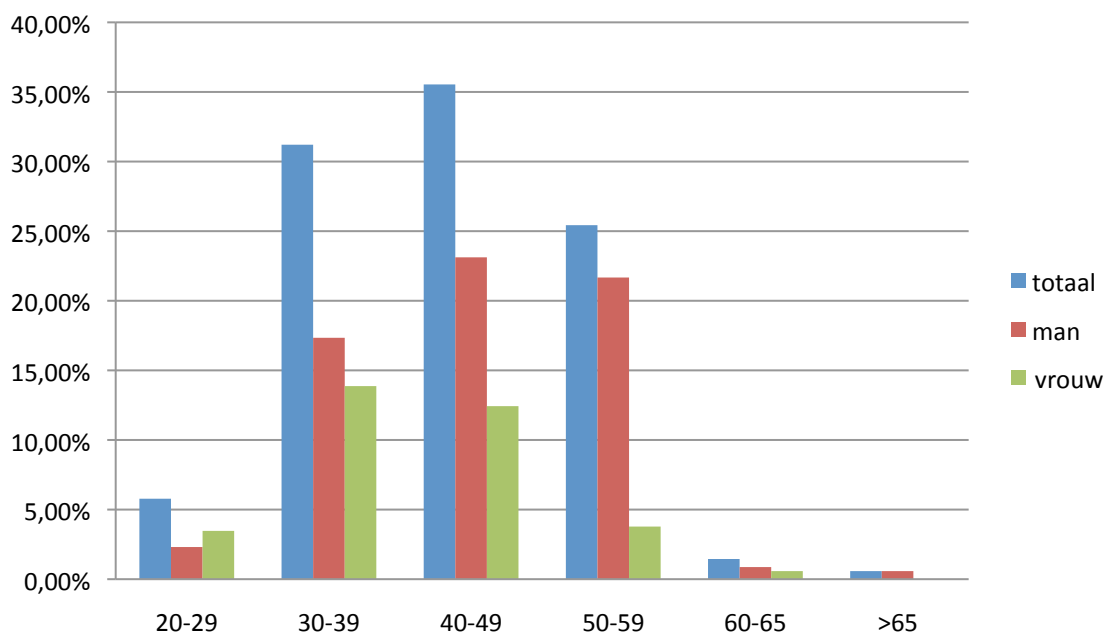
### 3 Resultaten

In de eerste plaats worden de resultaten van de twee Nederlandstalige en de Franstalige vragenlijsten beschreven. Daarna worden de resultaten van de voornoemde bijkomende analyses beschreven die het mogelijk maken om een beeld te vormen van de osteopathie in de Benelux als geheel en België en Luxemburg apart. In het laatste deel worden de resultaten met betrekking tot de specifieke vragen van de onderzoeksgroep voorgesteld.

#### 3.1 Nederlandstalige vragenlijsten

##### 3.1.1 Nederland

Gemiddeld waren de respondenten merendeels tussen de 40-49 jaar. Van de respondenten was 34% vrouwelijk. Opvallend is dat de vrouwelijke populatie respondenten jonger is dan de mannelijke respondenten (Figuur 3).



**FIGUUR 3: LEEFTIJDVERDELING VAN DE OSTEOPATEN IN NEDERLAND (N=345).**

Het gemiddelde aantal jaren dat iemand als osteopaat werkt is 8,7 jaren (N=345, Min=0, Max: 35, SD=5,5, Mediaan=8). De collega die het beroep van osteopaat het langst uitoefent, heeft 35 jaar praktijkervaring.

Het merendeel (97,4%) is meer dan 10 uur per week werkzaam als osteopaat en 97,7% volgt de *na-en bijscholing* osteopathie. De osteopaten in Nederland werken gemiddeld 32,7 uur in de week (N=345, Min=3, Max: 85, SD=11,2, Mediaan: 35).

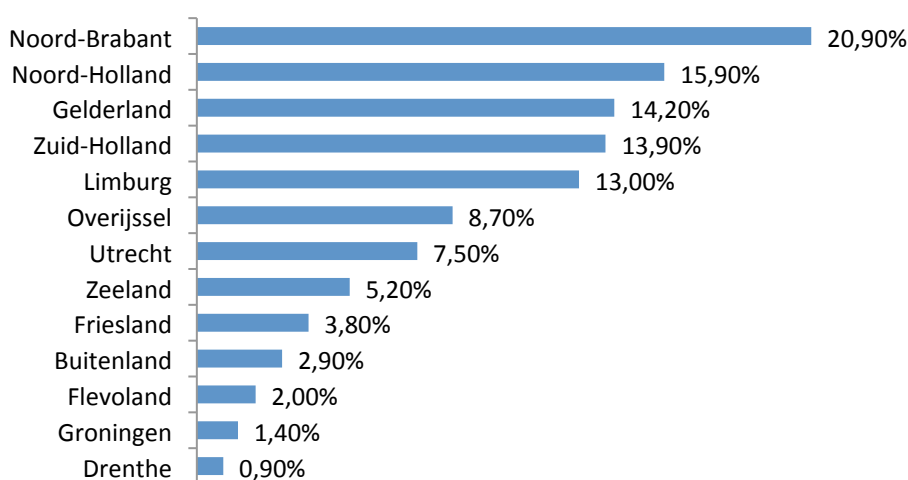
Van de respondenten werkt 7% ook nog als fysiotherapeut/arts.

Osteopaten werken grotendeels als zelfstandigen (97,1%) in een particuliere praktijk (99%). Eén derde van hen werkt in een groepspraktijk (35,4%). De collega's van osteopaten die in deze groepspraktijken werken, zijn in de eerste plaats andere osteopaten (in 58,2% van de gevallen) of/ en fysiotherapeuten (in 36,4% van de gevallen).

De meeste respondenten (95,7%) zijn lid van het NVO. 86,9% van de respondenten heeft een NRO-registratie. 18,2% is lid van de NOF.

Meer dan de helft van de osteopaten in Nederland (56,2%) werd opgeleid door de International Academy of Osteopathy (IAO). Het College Sutherland nam als opleidingsinstituut ongeveer één derde (33,7%) voor zijn rekening.

Een ruime meerderheid (87,3%) van de Nederlandse osteopaten heeft een deeltijdse opleiding genoten. 88,7% heeft fysiotherapie als *vooropleiding*.



**FIGUUR 4: DEMOGRAFISCHE GEGEVENS VAN DE NEDERLANDSE OSTEOPATEN.**

De top drie van de door osteopaten dichtst bevolkte provincies zijn: Noord-Brabant (20,9%), Noord-Holland (15,9%) en Gelderland (14,2%) (Figuur 4).

7,8% van de osteopaten werken in meerdere provincies. 3,5% van de osteopaten werken ook in het buitenland. Van deze respondenten geeft 60% aan in België te werken en 40% in Duitsland.

Het eerste *consult* duurt tussen 30 en 45 minuten bij 24,5% en tussen 45 en 60 minuten bij 62,8% van de osteopaten. Een vervolgconsult duurt bij 49,6% tussen 30 en 45 minuten en bij 44,2% tussen 46-60 minuten.

Het gemiddelde *honorarium* voor een eerste consult bedraagt 78,89 euro (N=335, Min=30, Max=155, SD=13, Mediaan=78) en 73,23 euro (N=335, Min=30, Max=125, SD=10,8, Mediaan=73,55) voor een daaropvolgende consult(aties)en. 25,4% van de osteopaten geeft aan verschillende tarieven te hanteren tussen de eerste en de daarop volgende consult(aties)en. 19,9% van de osteopaten geeft aan andere tarieven te hanteren voor verschillende patiëntenpopulaties. In 59,3% van de gevallen geven osteopaten aan korting te geven bij betalingsproblemen.

Voor alle vragen betreffende het honorarium werd er in de Nederlandse vragenlijst expliciet gevraagd naar het hoogste tarief zonder btw.

De meeste osteopaten plannen nooit meerdere afspraken vooruit voor een patiënt (76,7%).

De meerderheid (81,1%) van de osteopaten voert bij ieder consult opnieuw een *diagnostisch onderzoek* uit en slechts 2,9% doet dit niet. 91,7% maakt gebruik van een *uitsluitingsdiagnostiek* om te bepalen of men al of niet een patiënt in behandeling neemt. 26,5% van de osteopaten geeft aan, dat met iedere patiënt die zich aanmeldt in de praktijk een afspraak voor een behandeling gemaakt wordt.

De *diagnostische technieken* die het meest worden aangewend door osteopaten zijn respectievelijk: inspectie (3,82)<sup>27</sup>, palpatie van positie/structuren (3,66), onderzoek van de viscerale mobiliteit (3,66), palpatie van beweging (3,60), Range of Motion (ROM) (3,19) en fascia onderzoek (3,05).

De meest aangewende *behandeltechnieken* zijn respectievelijk: viscerale manipulaties (3,1), neuro- en viscerocraniale technieken (2,96), fasciale technieken (2,78), General Osteopathic Treatment (GOT) (2,47), functionele technieken (2,47) en wekedelen- en bindweefseltechnieken (2,36).

Alleen de intrabuccale *inwendige technieken* worden met enige regelmaat door bijna de helft (46,9%) van de Nederlandse osteopaten aangewend.

Bijna de helft van de osteopaten in Nederland geven regelmatig adviezen mee aan hun patiënten, waarbij adviezen die betrekking hebben op de algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) met 2,62 als gemiddelde waardering op de eerste plaats staan.

Ongeveer een derde (34%) van de respondenten geeft aan gebruik te maken van *bijkomende diagnostische en/of therapeutische methoden* waarvoor ze zijn opgeleid. De meest toegepaste bijkomende methoden die worden aangewend door Nederlandse osteopaten zijn diverse methodes uit de fysiotherapie (zoals de methode McKenzie en orthopedische testen zoals ze onderricht werden in de fysiotherapie), gevolgd door: de methode De Bakker, klassiek medische testen (zoals bloedanalyses en het aanwenden van een otoscoop), applied kinesiology of AK en orthomoleculaire geneeskunde.

In Tabel 3 wordt er een overzicht gegeven van de percentages<sup>28</sup> dat een bepaalde methode of geneeswijze werd vermeld.

| Methode/Geneeswijze          | %    |
|------------------------------|------|
| Fysiotherapie                | 18,9 |
| Methode De Bakker            | 15,5 |
| Applied kinesiology (AK)     | 12,2 |
| Klassiek medische testen     | 8,9  |
| Orthomoleculaire geneeskunde | 5,5  |

**TABEL 3: PERCENTAGES VAN BIJKOMENDE DIAGNOSTISCHE EN/OF THERAPEUTISCHE METHODEN OF GENEESWIJZEN IN NEDERLAND (N=90).**

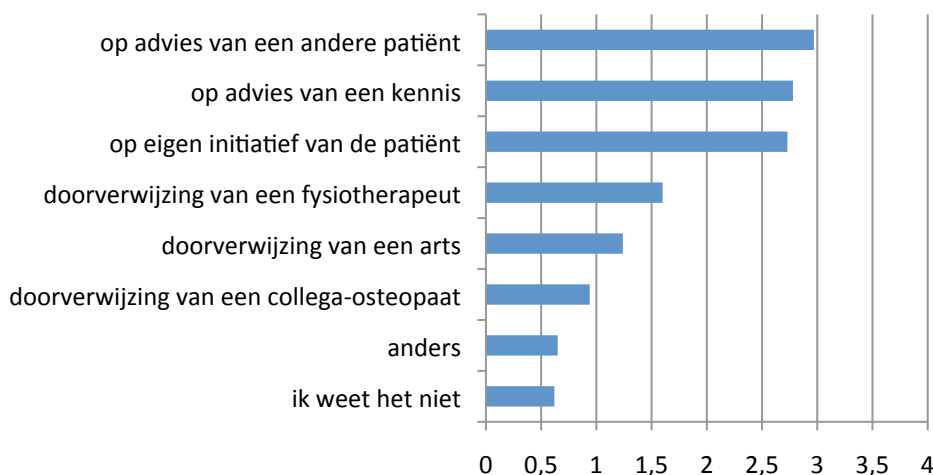
De vermelding in de lijst van het beroepsregister (88,4%) wordt door de meeste osteopaten gebruikt om de praktijk onder de aandacht te brengen. 86,6% van de osteopaten brengt zijn praktijk onder de aandacht door middel van een persoonlijke internetsite. Andere veel gebruikte kanalen zijn: folders (70,6%), visitekaartjes (69,1%) en de samenwerking met andere zorgverleners (62,9%).

<sup>27</sup> De cijfers die hier worden weergegeven zijn "gemiddelde waarderingen", d.w.z. gemiddelden op een schaal van 0 (nooit) tot 4 (altijd)

<sup>28</sup> Enkel methoden die meer dan vijf maal werden geformuleerd werden weerhouden. Het restpercentage bestaat uit respondenten die zich niet van bijkomende diagnostische en/of therapeutische methoden bedienen.

Op de vraag: *Hoe en waardoor komen de patiënten naar u?* antwoorden de osteopaten dat dit in de eerste plaats gebeurt op advies van een andere patiënt. Een doorverwijzing van een arts komt pas op de vijfde plaats (Figuur 5).

Het merendeel (91,9%) van de osteopaten profileert zich als *DO*, 79,5% als *osteopaat* en 81,5% van de osteopaten vermeld ook dat hij lid is van een osteopatenregister (*MRO*).



**FIGUUR 5: HOE EN WAARDOOR KOMEN PATIËNTEN NAAR EEN OSTEOPAAT IN NEDERLAND? IN GEMIDDELDE WAARDERINGEN OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=331).**

Het is bij slechts 0,3% van de osteopaten mogelijk om ten vroegste dezelfde dag nog een *afspraak* te krijgen. Bij 38,4% van de osteopaten kan dit binnen een week en bij 39,3% binnen één tot twee weken.

Een osteopaat in Nederland behandelt gemiddeld 9,3 patiënten per werkdag (N=331, Min=1, Max=20, SD=3,37, Mediaan=9) en 37,4 patiënten per werkweek (N=331, Min=1, Max=100, SD=17,3, Mediaan=36). Hij is van mening dat hij door een niet-chronische patiënt gemiddeld 4,6 maal per jaar geconsulteerd wordt (N=329, Min=1, Max=10, SD=1,28, Mediaan=4).

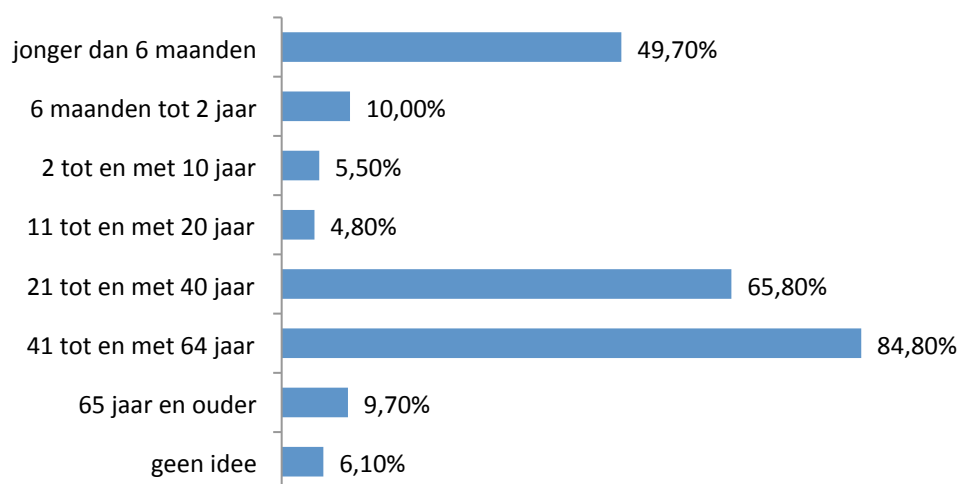
Een osteopaat krijgt gemiddeld 6,4 nieuwe aanmeldingen per week (N=328, Min=1, Max=25, SD=4,04, Mediaan=5).

Terwijl 41,7% van de osteopaten bevestigt dat het patiëntenbestand gelijk verdeeld is over zowel mannen als vrouwen, wordt 46,8% voornamelijk geconsulteerd door vrouwen.

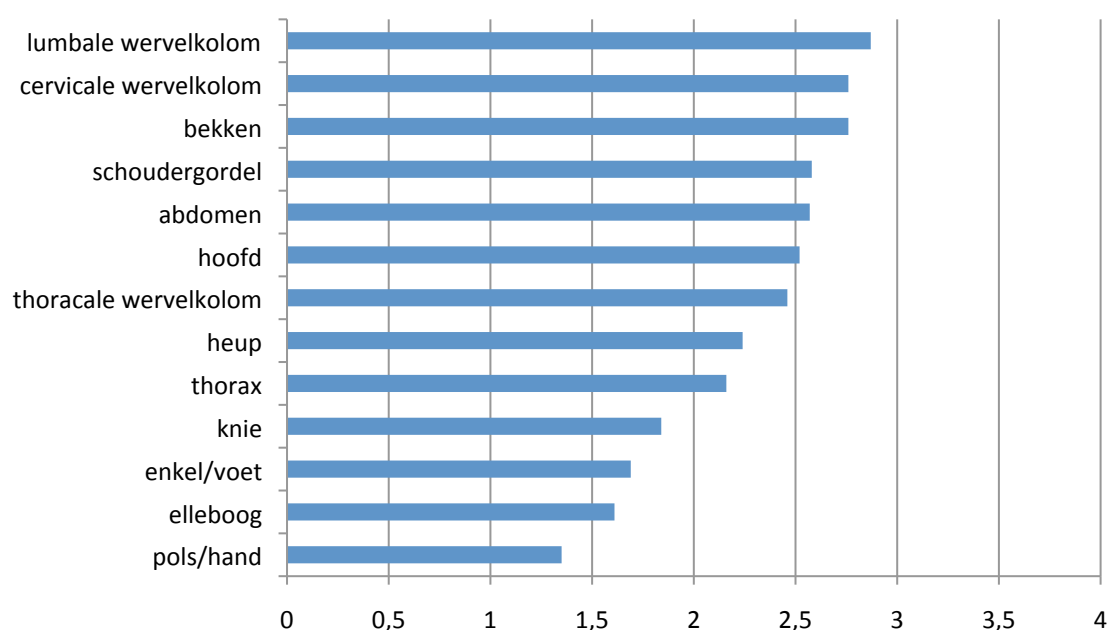
Hoewel de meerderheid van het patiëntenbestand voornamelijk bestaat uit volwassenen (de leeftijden tussen 21 tot en met 40 jaar en deze tussen 41 tot en met 64 jaar worden door respectievelijk 96,4% en 97,3% door de osteopaten aangegeven), zijn alle leeftijdscategorieën in het patiëntenbestand vertegenwoordigd (Figuur 6).

Ongeveer een derde (30,5%) van de osteopaten geeft aan een voorkeur te hebben voor een patiëntengroep waarmee hij in de praktijk werkt. Waarbij dit voor 73,8% zuigelingen zijn, in 74,8 % kinderen en in 37,9% sporters.

Wat betreft *de reden voor consult van een osteopaat per lichaamsregio* geeft men een gemiddelde waardering van 2,87 voor de lumbale, 2,76 voor de cervicale wervelkolom en het bekken en 2,58 voor zowel de schoudergordel als het abdomen (Figuur 7).

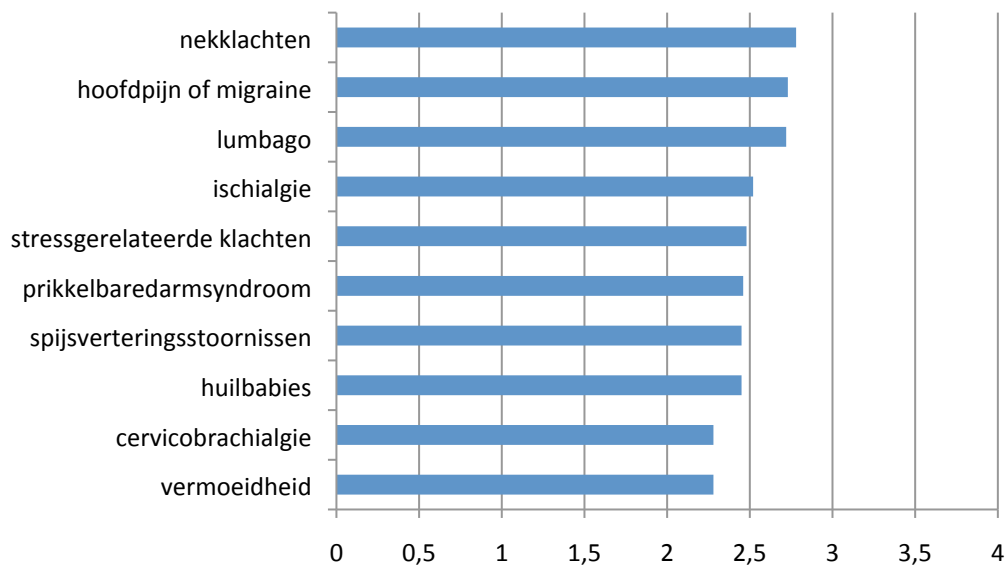


**FIGUUR 6:** LEEFTIJD VAN DE MEERDERHEID DER PATIËNTEN IN NEDERLAND DIE EEN OSTEOPAAT CONSULTEERT (MAXIMAAL 3 ANTWOORDEN PER OSTEOPAAT) (N=331).



**FIGUUR 7:** DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN KLACHTEN PER LICHAAMSREGIO WAARVOOR IN NEDERLAND EEN OSTEOPAAT GECONSULTEERD WORDT, OP EEN SCHAALE VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=331).

Wat betreft de redenen voor de meer *specifieke klacht* geven de osteopaten in Nederland een gemiddelde waardering van 2,78 voor nekklachten, 2,73 voor hoofdpijn of migraine, 2,72 voor een lumbago, 2,52 voor een ischialgie, 2,48 voor stressgerelateerde klachten en 2,46 voor prikkelbaredarmsyndroom (Figuur 8).

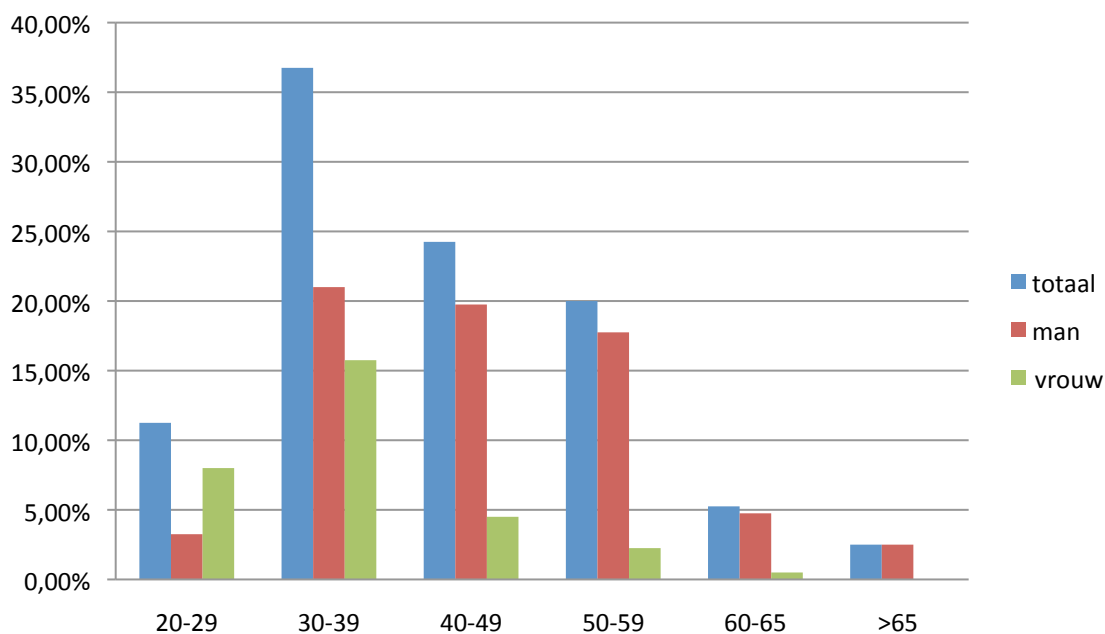


**FIGUUR 8:** DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN DE 10 MEEST VOORKOMENDE SPECIFIEKE KLACHTEN WAARVOOR NEDERLANDSE OSTEOPAAT IN HET AFGELOPEN JAAR GECONSULTEERD WERD; IN OP EEN SCHAALE VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=331).

In de volgende paragraaf zullen de resultaten voor de Nederlandstalige vragenlijst voor Vlaanderen beschreven worden.

### 3.1.2 Vlaanderen

De respondenten waren merendeels tussen de 30 en 39 jaar oud (36,8%) en 31% waren vrouwen. In de jongere generaties is er een duidelijk vervrouwelijking van het beroep bemerkbaar (Figuur 9).



**FIGUUR 9:** LEEFTIJDVERDELING VAN DE OSTEOPATEN IN VLAANDEREN (N=400).

De gemiddelde *anciënniteit* van de respondenten bedraagt 11,3 jaar (N=383, Min=0, Max=33, SD=7,57, Mediaan=10). De collega die het beroep van osteopaat het langst uitoefent, heeft 33 jaar praktijkervaring.

90,5% is meer dan 10 uur per week werkzaam als osteopaat en 79,5% volgt de *permanente vorming* osteopathie. Osteopaten in Vlaanderen werken gemiddeld 30 uur per week met patiënten (N=376, Min=1, Max=75, SD=15,62, Mediaan=30).

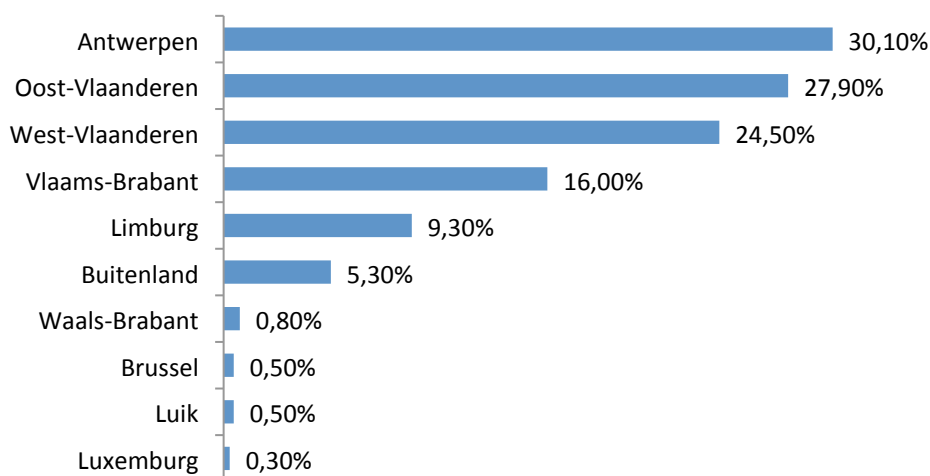
31,8% van de respondenten werkt ook nog als kinesitherapeut/arts.

Osteopaten werken grotendeels als zelfstandigen (93,9%) in hun private praktijk (93,4%). Een derde van hen werkt in een groepspraktijk (33,2%). De collega's van osteopaten die in deze groepspraktijken werken, zijn in de eerste plaats andere osteopaten (in 65,4% van de gevallen) of/en kinesitherapeuten (in 62,2% van de gevallen).

87,5% van de respondenten is lid van een beroepsvereniging waarvan het ROB als grootste, een derde van de leden vertegenwoordigt (32,9%).

Bijna de helft van de osteopaten in Vlaanderen (49,4%) werd opgeleid door de IAO. Twee derde van de osteopaten heeft een beroepsbegeleidende opleiding genoten en een derde een voltijdse opleiding. 78,7% heeft kinesithérapie als vooropleiding.

De top drie van de door osteopaten dichtst bevolkte provincies zijn: Antwerpen (30,1%), Oost-Vlaanderen (27,9%) en West-Vlaanderen (24,5%) (Figuur 10). 5,3% van de osteopaten werkt ook in het buitenland, waarbij de respondenten voor 80% voor Nederland kiezen, gevolgd door 15% zowel voor Frankrijk alsook voor Duitsland.



**FIGUUR 10: DEMOGRAFISCHE GEGEVENS VAN DE VLAAMSE OSTEOPATEN (N=376).**

Een eerste consultatie duurt tussen 30 en 45 minuten bij 54% en tussen 45 en 60 minuten bij 41,4% van de osteopaten. Een vervolgsconsultatie duurt tussen 30 en 45 minuten bij 74,5% van de osteopaten.

Het gemiddelde *honorarium* voor een eerste consultatie bedraagt 46,38 euro (N=355, Min=25, Max=160, SD=11,65, Mediaan=45) en 44,98 euro (N=355, Min=25, Max=160, SD=11,11, Mediaan=45) voor een daaropvolgende consultatie. 15,2% van de osteopaten geeft aan verschillende tarieven te

hanteren tussen de eerste en de daaropvolgende consultaties. 23,1% van de osteopaten geeft aan verschillende tarieven te hanteren voor verschillende patiëntenpopulaties. Op de vraag of er wel een korting gegeven wordt bij betalingsproblemen, antwoordt 46,1% positief.

De meeste osteopaten plannen nooit meerdere afspraken vooruit voor een patiënt (79,5%).

77,8% van de osteopaten voert bij iedere consultatie opnieuw een *diagnostisch onderzoek* uit en slechts 2,7% doet dit niet. 86% maakt gebruik van een *uitsluitingsdiagnostiek* om te bepalen of men al of niet een patiënt in behandeling neemt. 39,2% van de osteopaten geeft aan, dat met iedere patiënt die zich aanmeldt in de praktijk een afspraak voor een behandeling gemaakt wordt.

De *diagnostische technieken* die het meest worden aangewend door osteopaten zijn respectievelijk: inspectie (3,82)<sup>29</sup>, palpatie van positie/structuren (3,67), palpatie van beweging (3,54), Range of Motion (ROM) (3,35), onderzoek van de viscerale mobiliteit (3,09), onderzoek van het cranium (2,82) en klassieke orthopedische testen (2,72).

De meest aangewende *behandeltechnieken* zijn respectievelijk: HVLA (2,57), GOT (2,84), viscerale manipulaties (2,71), wekedelen- en bindweefseltechnieken (2,55), neuro- en viscerocraniale technieken (2,55), fasciale technieken (2,48) en functionele technieken (2,42).

Enkel de intrabuccale *inwendige technieken* worden met enige regelmaat door bijna de helft (47,9%) van de Vlaamse osteopaten aangewend.

Bijna de helft van de osteopaten in Vlaanderen geeft vaak adviezen mee aan hun patiënten. De gemiddelde waarderingen voor de voorgestelde adviezen liggen dicht bij elkaar, met 2,85 voor ADL-advies, 2,75 voor actieve bewegingsoefeningen, 2,62 voor ergonomisch advies en 2,57 voor voedingsadvies.

44,5% geeft aan gebruik te maken van *bijkomende diagnostische en/of therapeutische methoden* waarvoor ze zijn opgeleid. De meest toegepaste bijkomende methode die wordt aangewend door Vlaamse osteopaten is kinesiologie (applied kinesiology of AK). Enkele methoden werden samen onder één noemer geplaatst. Bijvoorbeeld: methoden die binnen de kinesitherapie gangbaar zijn, zoals taping, lymfdrainage, oefen therapie, bindweefselmassage en de methode Hendrickx en McKenzie werden alle onder de noemer kinesitherapie ondergebracht; methoden zoals Cyriax, Van der Bijl en Maitland werden onder de noemer manuele therapie ondergebracht; methoden van Danis Bois, Rolfing e.d. werden onder de noemer myofasciale therapie ondergebracht en methoden zoals Ericksoniaanse hypnose, coaching, mindfulness e.d. werden onder de noemer psychotherapie gebracht.

In Tabel 4 wordt een overzicht gegeven van het aantal<sup>30</sup> malen dat een bepaalde methode of geneeswijze werd vermeld.

74,7% van de osteopaten brengt zijn praktijk onder de aandacht door middel van hun visitekaartjes. Andere veel gebruikte kanalen zijn: een vermelding in het beroepsregister (58,6%), samenwerking met andere zorgverleners (46,4%) en een persoonlijke internetsite (44,4%).

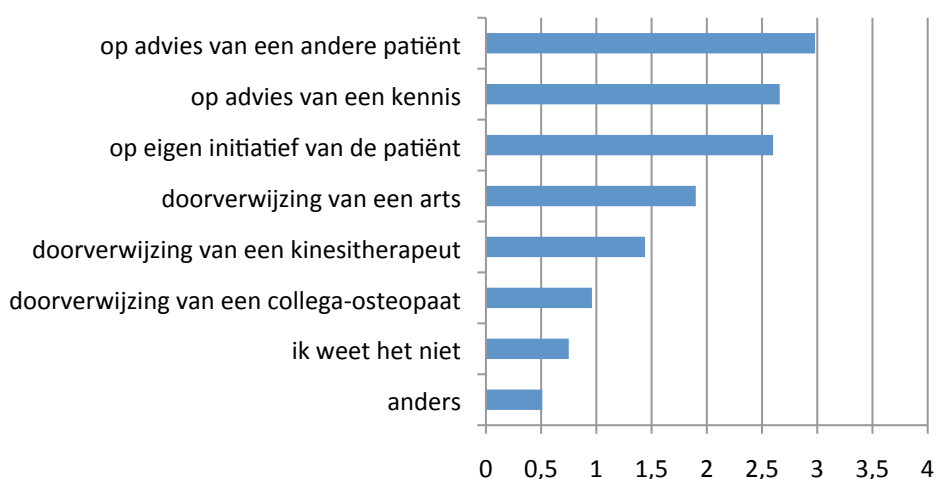
<sup>29</sup> De cijfers die hier worden weergegeven zijn “gemiddelde waarderingen”, d.w.z. gemiddelden op een schaal van 0 (nooit) tot 4 (altijd).

<sup>30</sup> Enkel methoden die meer dan vijf maal werden geformuleerd werden vermeld. Het restpercentage bestaat uit respondenten die zich niet van bijkomende diagnostische en/of therapeutische methoden bedienen.

| Methode/Geneeswijze                         | %   |
|---------------------------------------------|-----|
| Applied kinesiology (AK)                    | 32  |
| Kinesithérapie                              | 9,9 |
| Medische beeldvorming                       | 9,2 |
| Myofasciale therapie                        | 6,1 |
| Acupunctuur                                 | 6,1 |
| Neurostructurele integratietechnieken (NST) | 6,1 |
| Methode De Bakker                           | 6,1 |
| TCM                                         | 4,6 |
| Manuele therapie                            | 4,6 |
| Psychotherapie                              | 3,8 |

**TABEL 4:** PERCENTAGES VAN BIJKOMENDE DIAGNOSTISCHE EN/OF THERAPEUTISCHE METHODEN OF GENEESWIJZEN IN VLAANDEREN (N=131).

Op de vraag: *Hoe en waardoor komen de patiënten naar u?* antwoorden de osteopaten dat dit in de eerste plaats gebeurt op advies van een andere patiënt. Een doorverwijzing van een arts komt op de vierde plaats (Figuur 11).



**FIGUUR 11:** HOE EN WAARDOOR KOMEN PATIËNTEN NAAR EEN OSTEOPAAT IN VLAANDEREN? IN GEMIDDELTE WAARDERINGEN OP EEN SCHAA VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=339).

90,9% van de osteopaten profileert zich als *DO*, 70,9% als *osteopaat* en 20% van de osteopaten vermeldt ook dat hij lid is van een osteopatenregister (*MRO*).

Het is bij slechts 2,1% van de osteopaten mogelijk om ten vroegste dezelfde dag nog een *afspraak* te bekomen. Bij 65,2% van de osteopaten kan dit binnen een week en bij 27,1% binnen één tot twee weken.

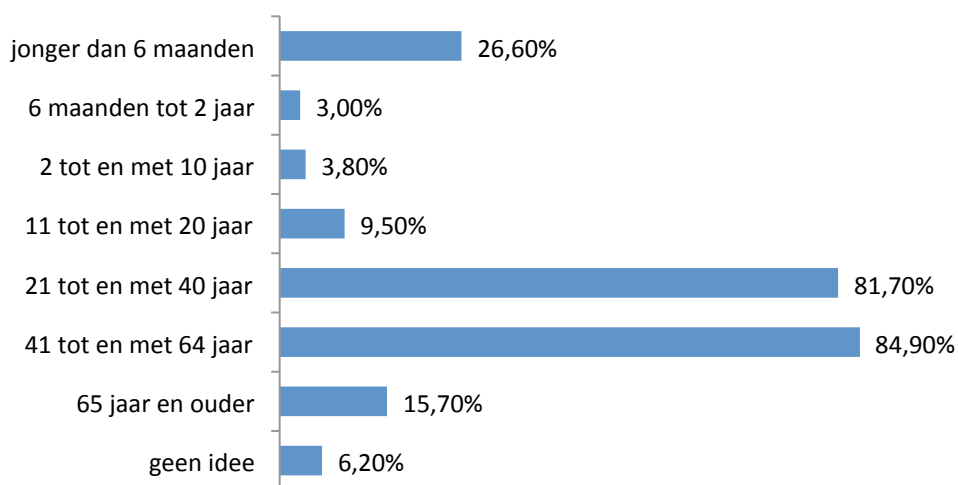
Een osteopaat in Vlaanderen behandelt gemiddeld 9,7 patiënten per werkdag (N=335, Min=1, Max=35, SD=5,04, Mediaan=8) en 41,7 patiënten per werkweek (N=335, Min=1, Max=150, SD=24,77, Mediaan=35). Hij is van mening dat hij door een niet-chronische patiënt gemiddeld 4,7 maal per jaar geconsulteerd wordt (N=336, Min=1, Max=100, SD=6,04, Mediaan=4).

Een osteopaat krijgt gemiddeld 7,7 nieuwe aanmeldingen per week (N=318, Min=1, Max=70, SD=7,36, Mediaan=5).

Terwijl 64,6% van de osteopaten bevestigt dat hun patiëntenbestand gelijk verdeeld is over zowel mannen als vrouwen, wordt 21,8% voornamelijk geconsulteerd door vrouwen.

Hoewel de meerderheid van het patiëntenbestand voornamelijk bestaat uit volwassenen (de leeftijden tussen 21 tot en met 40 jaar en deze tussen 41 tot en met 64 jaar wordt door respectievelijk 81,7% en 84,9% van de osteopaten aangegeven), zijn alle leeftijdscategorieën in het patiëntenbestand vertegenwoordigd (Figuur 12).

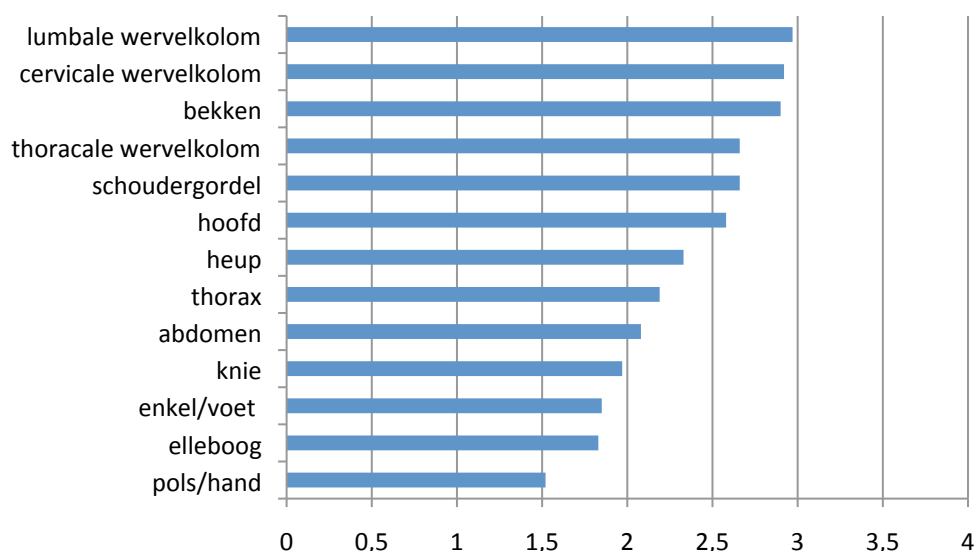
36,2% van de osteopaten geeft een voorkeur aan van een patiëntengroep waarmee hij in de praktijk werkt, waarbij dit voor 62,1% sporters zijn en 53% kinderen.



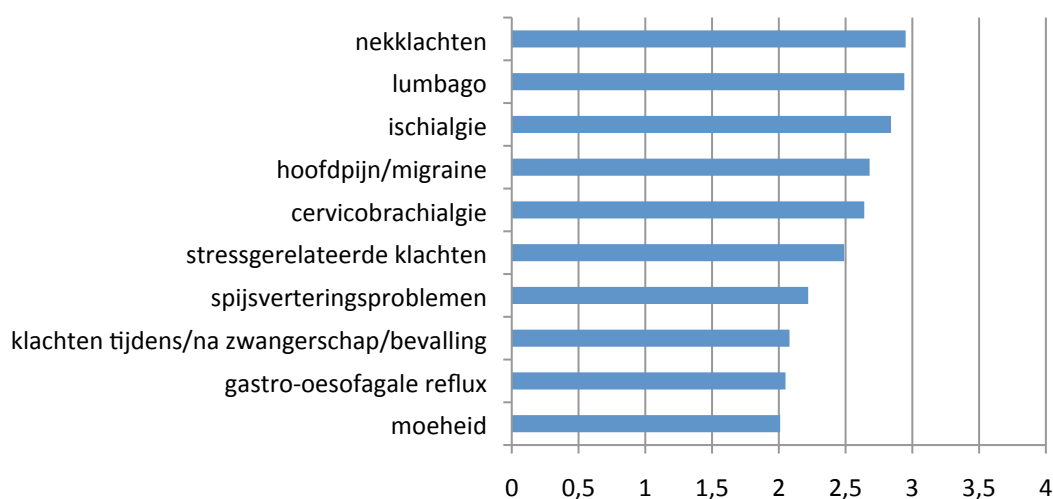
**FIGUUR 12:** LEEFTIJD VAN DE MEERDERHEID DER PATIËNTEN DIE EEN OSTEOPAAT CONSULTEERT IN VLAANDEREN (MAXIMAAL 3 ANTWOORDEN PER OSTEOPAAT) (N=338).

Wat betreft *de reden voor consultatie van een osteopaat per lichaamsregio* geeft men een gemiddelde waardering van 2,97 voor de lumbale wervelkolom, 2,92 voor de cervicale wervelkolom, 2,90 voor het bekken en 2,66 voor zowel de schoudergordel als de thoracale wervelkolom (Figuur 13).

Wat betreft *de redenen voor de meer specifieke klacht* geven de osteopaten een gemiddelde waardering van 2,95 voor neklachten, 2,94 voor een lumbago, 2,84 voor een ischialgie, 2,68 voor hoofdpijn of migraine en 2,64 voor cervicobrachialgie (Figuur 14).



**FIGUUR 13:** DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN KLACHTEN PER LICHAAMSREGIO WAARVOOR IN VLAANDEREN EEN OSTEOPAAT GECONSULTEERD WORDT, OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=339).

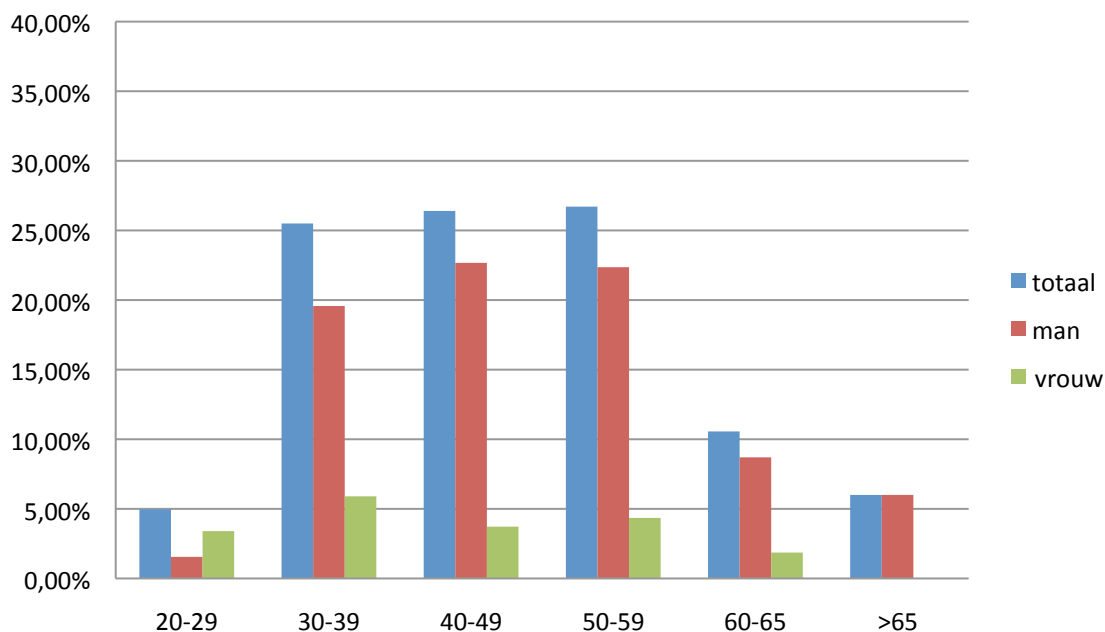


**FIGUUR 14:** DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN DE 10 MEEST VOORKOMENDE SPECIFIEKE KLACHTEN WAARVOOR EEN VLAAMSE OSTEOPAAT IN HET AFGELOPEN JAAR GECONSULTEERD WERD; OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=339).

In de volgende paragraaf zullen de resultaten voor Franstalige vragenlijst beschreven worden.

### 3.2 Franstalige vragenlijst (Franse Gemeenschap en Luxemburg)

De respondenten waren merendeels tussen de 50 en 59 jaar oud (26,70%). Toch worden er voor de leeftijdscategorieën 30-39, 40-49 en 50-59 quasi gelijke waarden genoteerd (Figuur 15) en slechts 19,90% zijn vrouwen.



**FIGUUR 15: LEEFTIJDVERDELING VAN DE OSTEOPATEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG (N=322).**

De gemiddelde *anciënniteit* van de respondenten in de FG/L bedraagt 14 jaar (N=302, Min=0, Max=35, SD=9,42, Mediaan=13). De collega die het beroep van osteopaat het langst uitoefent, heeft 35 jaar praktijkervaring.

83,2% is meer dan 10 uur per week werkzaam als osteopaat en 75,2% volgt de *permanente vorming* osteopathie. Osteopaten in de FG/L werken gemiddeld 25,35 uur per week met patiënten (N=293, Min=1, Max=60, SD=14,57, Mediaan=25).

40,7% van de respondenten werkt ook nog als kinesitherapeut/arts.

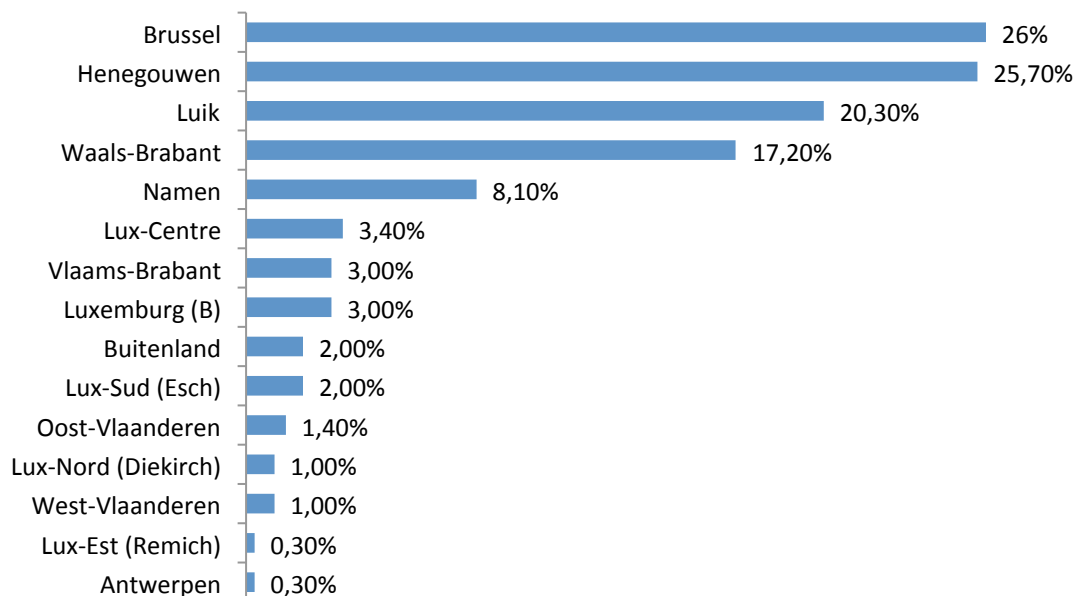
Osteopaten werken grotendeels als zelfstandigen (92,6%) in hun private praktijk (86,8%) maar 10% hiervan werkt ook nog in een ziekenhuis. Eén derde van de osteopaten werkt in een groepspraktijk (32,4%). De collega's van osteopaten die in deze groepspraktijken werken, zijn in de eerste plaats kinesitherapeuten (in 79,4% van de gevallen) en in de tweede plaats psychologen (51,9%). Collega osteopaten komen eerst op de derde plaats (45%), op de hielen gevolgd door artsen (43,5%).

74,5% van de respondenten is lid van een beroepsvereniging waarvan de BVO als grootste 42,1% van de leden vertegenwoordigt. Het UKO komt met 21,3% op de tweede plaats.

Een vierde van de osteopaten in de FG/L (24,2%) heeft zijn opleiding genoten aan een ander opleidingsinstituut dan deze die in de enquête werden aangeboden. Van dit kwart heeft 34% een opleiding genoten aan de Europese School voor Osteopathie (ESO/EEO) te Maidstone. Op de tweede plaats staat het SCOM met 21%.

Een ruime meerderheid (89,9%) van de osteopaten heeft een beroepsbegeleidende opleiding genoten. 89,5% heeft kinesithérapie als vooropleiding.

De top drie van de door osteopaten dichtst bevolkte provincies zijn: Brussel (26%), Henegouwen (25,7%) en Luik (20,3%) (Figuur 16).



**FIGUUR 16:** DEMOGRAFISCHE GEGEVENS VAN DE OSTEOPATEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG (N=296).

Een eerste consultatie duurt tussen 30 en 45 minuten bij 47,9% van de osteopaten en tussen 45 en 60 minuten bij 47,5% van de osteopaten. Een vervolgconsultatie duurt tussen 30 en 45 minuten bij 68,4% van de osteopaten.

Het gemiddelde *honorarium* voor een eerste consultatie bedraagt 50,66 euro (N=274, Min=30, Max=85, SD=9,57; Mediaan=50) en 48,90 euro (N=274, Min=20, Max=85, SD=9,85; Mediaan=50) voor een daaropvolgende consultatie. 16% van de osteopaten geeft aan verschillende tarieven te hanteren tussen de eerste en de daarop volgende consultaties. 47,3% van de osteopaten geeft aan een verschillend tarief te hanteren voor verschillende patiëntenpopulaties. Op de vraag of er wel een korting gegeven wordt bij betalingsproblemen, antwoordt 64% positief.

Voor alle vragen betreffende het honorarium werd er in de Franstalige (voor Luxemburg) vragenlijst expliciet gevraagd naar het hoogste tarief zonder btw.

De meeste osteopaten plannen nooit meerdere afspraken vooruit voor een patiënt (82,6%).

84% van de osteopaten voert bij iedere consultatie opnieuw een *diagnostisch onderzoek* uit en slechts 1,4% doet dit niet. 93,3% maakt gebruik van een *uitsluitingsdiagnostiek* om te bepalen of men al of niet een patiënt in behandeling neemt. 29,1% van de osteopaten geeft aan, dat met iedere patiënt die zich aanmeldt in de praktijk een afspraak voor een behandeling gemaakt wordt.

De *diagnostische technieken* die het meest worden aangewend door osteopaten zijn respectievelijk: palpatie van positie/structuren (3,64)<sup>31</sup>, inspectie (3,61), palpatie van beweging (3,59), klassieke orthopedische testen (3,04) en onderzoek van de viscerale mobiliteit (2,97), fascia-onderzoek (2,95) en onderzoek van het cranium (2,81).

De meest aangewende *behandeltechnieken* zijn respectievelijk: viscerale manipulaties (2,68), wekedelen- en bindweefseltechnieken (2,67), GOT (2,65), functionele technieken (2,63), fasciale technieken (2,57), neuro- en viscerocraniale technieken (2,53), HVLA (2,47) en MET (2,34).

<sup>31</sup> De cijfers die hier worden weergegeven zijn "gemiddelde waarden", d.w.z. gemiddelden op een schaal van 0 (nooit) tot 4 (altijd).

Enkel de intrabuccale *inwendige technieken* worden met enige regelmaat door bijna de helft (50,7%) van de osteopaten in de FG/L angewend.

De helft van de osteopaten geeft vaak adviezen mee aan hun patiënten. De gemiddelde waarderingen voor de voorgestelde adviezen liggen vrij dicht bij elkaar, met 3,16 voor ADL-advies, 2,95 voor actieve bewegingsoefeningen, 2,89 voor ergonomisch advies en 2,67 voor voedingsadvies.

44,7% geeft aan gebruik te maken van *bijkomende diagnostische en/of therapeutische methoden* waarvoor ze zijn opgeleid. De meest toegepaste bijkomende methode die wordt angewend door osteopaten in de FG/L is kinesiologie (applied kinesiology of AK).

In Tabel 5 wordt een overzicht gegeven van het aantal<sup>32</sup> malen dat een bepaalde methode of geneeswijze werd vermeld.

| Methode/Geneeswijze      | %     |
|--------------------------|-------|
| Applied kinesiology (AK) | 15,3% |
| TCM                      | 11,2% |
| Posturologie - Niromathé | 10,2% |
| Crochettage              | 7,1%  |
| Medische beeldvorming    | 6,1%  |
| Acupunctuur              | 6,1%  |

**TABEL 5: PERCENTAGES VAN BIJKOMENDE DIAGNOSTISCHE EN/OF THERAPEUTISCHE METHODEN OF GENEESWIJZEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG (N=98).**

62,9% van de osteopaten brengt zijn praktijk onder de aandacht door middel van hun visitekaartjes. Andere veel gebruikte kanalen zijn: samenwerking met andere zorgverleners (41,8%) en een vermelding in het beroepsregister (33,8%). Van de 36% die kozen voor “andere” bleek het merendeel reeds een antwoord te geven op de volgende vraag (43).

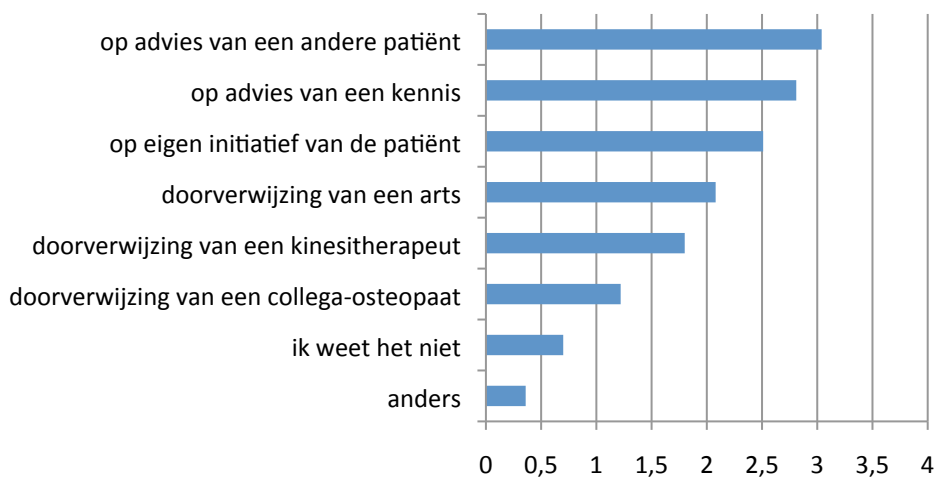
Op de vraag: *Hoe en waardoor komen de patiënten naar u?* antwoorden de osteopaten dat dit in de eerste plaats gebeurt op advies van een andere patiënt (gemiddelde waardering van 3,04). Een doorverwijzing van een arts komt op de vierde plaats (Figuur 17).

84,6% van de osteopaten profileert zich als *DO*, 65,7% als *osteopaat*. Slechts 5,2% van de osteopaten vermeldt ook dat hij lid is van een osteopatenregister (*MRO*).

Het is bij slechts 5,8% van de osteopaten mogelijk om ten vroegste dezelfde dag nog een *afspraak* te bekomen. Bij 57,9% van de osteopaten kan dit binnen een week en bij 28,2% binnen één tot twee weken.

Een osteopaat in de FG/L behandelt gemiddeld 7,4 patiënten per werkdag (N=256, Min=0, Max=25, SD=4,52, Mediaan=7) en 32,6 patiënten per werkweek (N=256, Min=1, Max=120, SD=21,35, Mediaan=30). Hij is van mening dat hij door een niet-chronische patiënt gemiddeld 3 maal per jaar geconsulteerd wordt (N=248, Min=0, Max=33, SD=1,31, Mediaan=3).

<sup>32</sup> Enkel methoden die meer dan vijf maal werden geformuleerd werden weerhouden. Het restpercentage bestaat uit respondenten die zich niet van bijkomende diagnostische en/of therapeutische methoden bedienen.

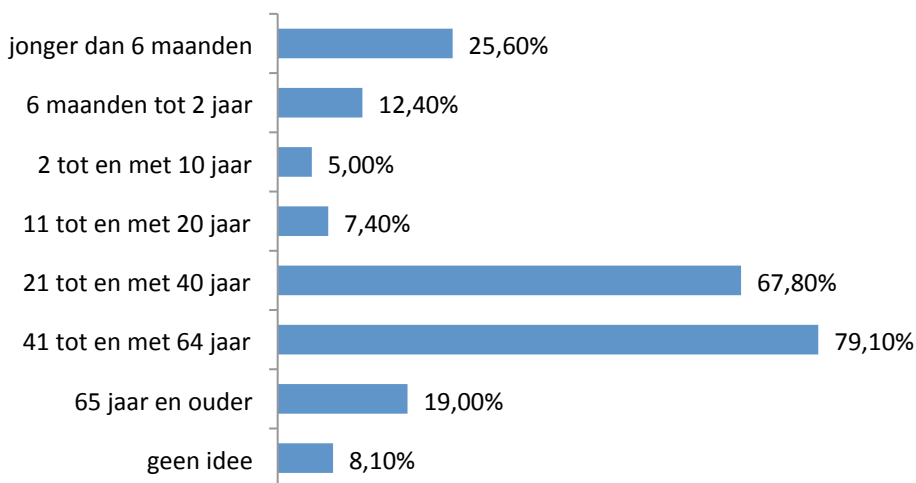


**FIGUUR 17:** DE GEMIDDELTE WAARDERINGEN VAN HOE EN WAARDOOR PATIËNTEN NAAR EEN OSTEOPAAT KOMEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG; OP EEN SCHAALE VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=259).

Terwijl 63,7% van de osteopaten bevestigt dat hun patiëntenbestand gelijk verdeeld is over zowel mannen als vrouwen, wordt 21,6% voornamelijk geconsulteerd door vrouwen.

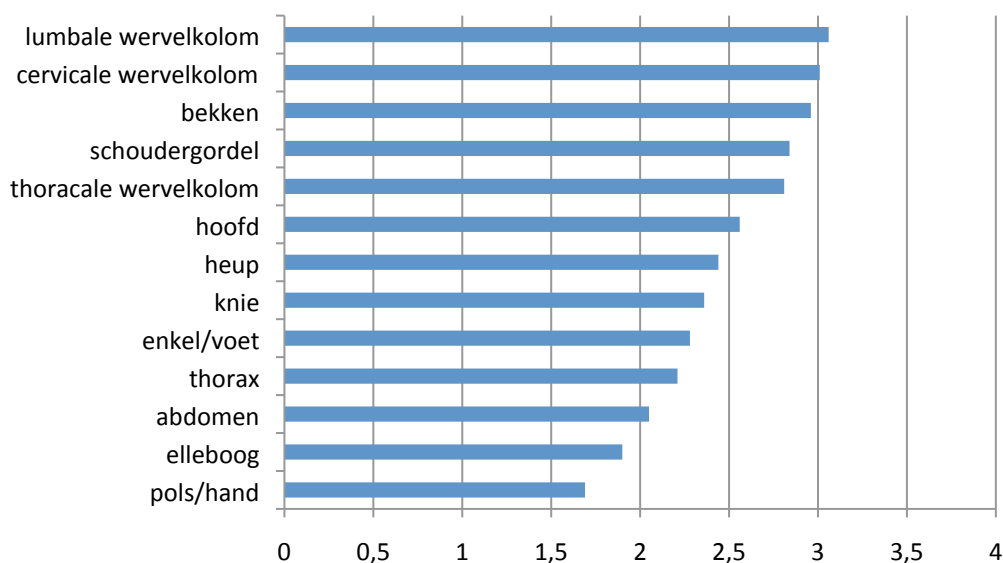
Hoewel de meerderheid van het patiëntenbestand voornamelijk bestaat uit volwassenen (de leeftijden tussen 21 tot en met 40 jaar en deze tussen 41 tot en met 64 jaar wordt door respectievelijk 67,8% en 79,1% van de osteopaten aangegeven (Figuur 18), zijn alle leeftijdscategorieën in het patiëntenbestand vertegenwoordigd.

Slechts 14,5% van de osteopaten geeft een voorkeur aan van een patiëntengroep waarmee hij in de praktijk werkt, waarbij dit voor 68,3% zwangeren zijn en 65,9% zowel zuigelingen alsook kinderen.



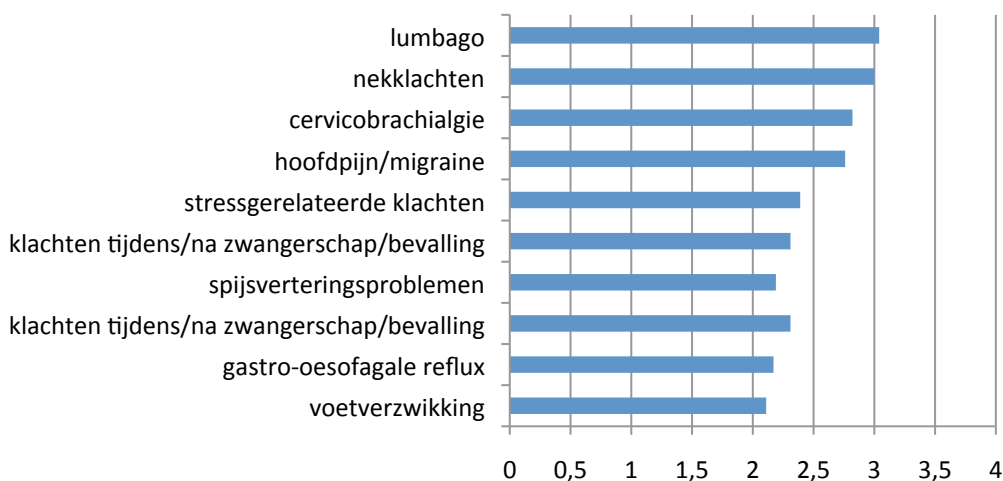
**FIGUUR 18:** LEEFTIJD VAN DE MEERDERHEID DER PATIËNTEN DIE EEN OSTEOPAAT CONSULTEERT IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG (MAXIMAAL 3 ANTWOORDEN PER OSTEOPAAT) (N=258).

Wat betreft de reden voor consultatie van een osteopaat per lichaamsregio geeft men een gemiddelde waardering van 3,06 voor de lumbale wervelkolom, 3,01 voor de cervicale wervelkolom, 2,96 voor het bekken en 2,84 voor de schoudergordel (Figuur 19).



**FIGUUR 19:** DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN KLACHTEN PER LICHAAMSREGIO WAARVOOR EEN OSTEOPAAT GECONSULTEERD WORDT IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG, OP EEN SCHAA VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=259).

Wat betreft de redenen voor de meer *specifieke klacht* geven de osteopaten een gemiddelde waardering van 3,04 voor een lumbago, 3 voor neklachten, 2,82 voor cervicobrachialgie, 2,76 voor hoofdpijn of migraine en 2,39 voor stressgerelateerde klachten (Figuur 20).

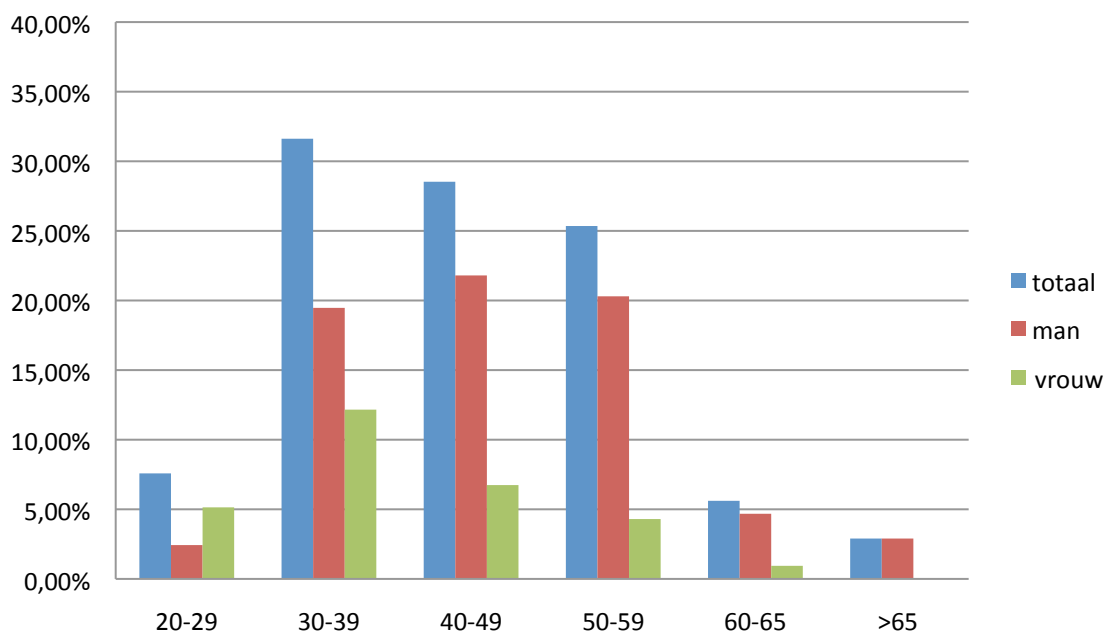


**FIGUUR 20:** DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN DE 10 MEEST VOORKOMENDE SPECIFIEKE KLACHTEN WAARVOOR EEN OSTEOPAAT IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG IN HET AFGELOPEN JAAR GECONSULTEERD WERD; OP EEN SCHAA VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=259).

### 3.3 Bijkomende analyses

#### 3.3.1 Benelux

De respondenten voor de gehele Benelux samen waren merendeels tussen de 30-39 jaar. Van de respondenten was 29% vrouwelijk. Opvallend is dat de vrouwelijke respondenten jonger zijn dan de mannelijke respondenten (Figuur 21).



**FIGUUR 21: LEEFTIJDVERDELING VAN DE OSTEOPATEN IN DE BENELUX (N=1069).**

Het gemiddelde aantal jaren dat iemand als osteopaat werkt is 11 jaren (N=1.031, min=0, max=35, SD=8,0, Mediaan=10). De collega die het beroep van osteopaat het langst uitoefent, heeft 35 jaar praktijkervaring.

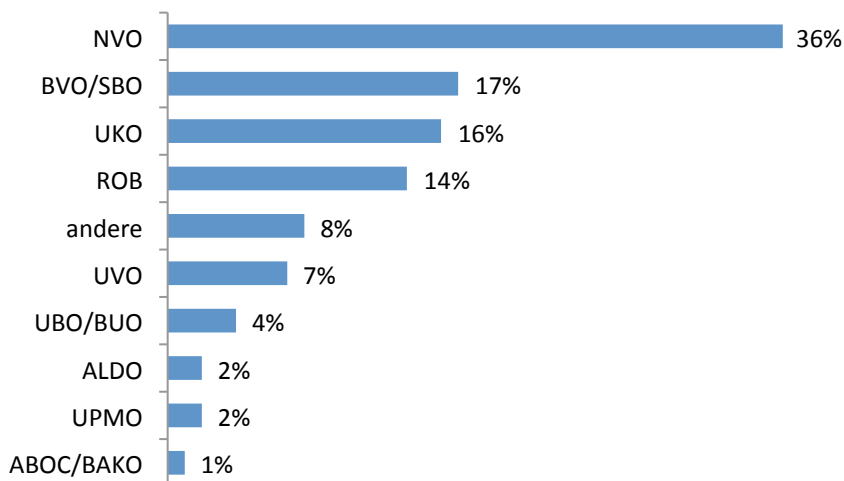
Een grote meerderheid (91%) is meer dan 10 uur per week werkzaam als osteopaat en 84% volgt de *na-en bijscholing* osteopathie. De osteopaten in de Benelux werken gemiddeld 29,7 uur in de week (N=1.013, SD=14,2, Min=1, Max=85, Mediaan=30).

Van de respondenten werkt ook 27% nog als fysio(kinesi)therapeut/arts.

Osteopaten werken grotendeels als zelfstandigen (92%) in een private/particuliere praktijk. Eén derde van hen werkt in een groepspraktijk (34%). De collega's van osteopaten die in deze groepspraktijken werken, zijn in de eerste plaats fysio(kinesi)therapeuten (64%) en op de tweede plaats andere osteopaten (54%).

Het merendeel (87%) van de osteopaten zijn lid van een beroepsvereniging voor osteopathie (Figuur 22). 72% is opgenomen in een register.

De meeste osteopaten in de Benelux (42%) werden opgeleid door de International Academy of Osteopathy (IAO). Het College Sutherland nam als opleidingsinstituut ongeveer één zevende (14%) voor haar rekening (N=1.056).



**FIGUUR 22: LIDMAATSCHAP BIJ EEN BEROEPSVERENIGING VAN DE OSTEOPATEN IN DE BENELUX (N=997).**

Een ruime meerderheid (80%) van de osteopaten in de Benelux heeft een deeltijdse opleiding genoten. De meeste (85%) osteopaten hebben fysio(kinesi)therapie als *vooropleiding* (N=1037). Het merendeel (89%) van de osteopaten profileert zich als D.O., 72% als osteopaat en 36% van de osteopaten vermeld ook dat zij lid zijn van een osteopatenregister (M.R.O.).

Een eerste *consultatie/consult* duurt tussen 45 en 60 minuten bij 51% en tussen 30 en 45 minuten bij 42% van de osteopaten. Een vervolggconsultatie(-consult) duurt bij 64% tussen 30 en 45 minuten en bij 29% tussen 46 en 60 minuten.

Het gemiddelde *honorarium* voor een eerste consult(atie) bedraagt 58,69 euro (N=968, SD=19, Min=10, Max=160, Mediaan=53) en 55,80 euro (N=967, SD=16,8, Min=10, Max=160, Mediaan=50) voor een daaropvolgende consult(atie). 18,7% van de osteopaten geeft aan verschillende tarieven te hanteren tussen de eerste en de daarop volgende consultaties/consulten. 29% van de osteopaten geeft aan verschillende tarieven te hanteren voor verschillende patiëntenpopulaties. In 49% van de gevallen geven osteopaten aan korting te geven bij betalingsproblemen.

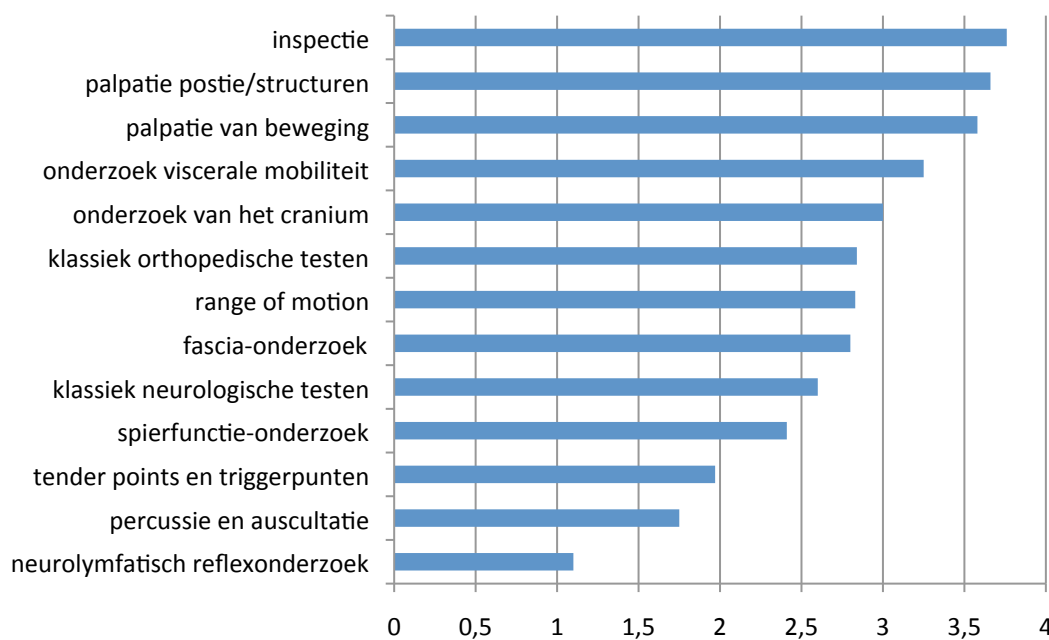
De meeste osteopaten plannen nooit meerdere afspraken vooruit voor een patiënt (79%).

Voor alle vragen betreffende het honorarium werd er in de Franstalige (voor Luxemburg) en de Nederlandse vragenlijst expliciet gevraagd naar het hoogste tarief zonder btw.

Het merendeel (81%) van de osteopaten voert bij ieder(e) consult(atie) opnieuw een *diagnostisch onderzoek* uit en slechts 2% doet dit niet. 90% maakt gebruik van een *uitsluitingsdiagnostiek* om te bepalen of men al of niet een patiënt in behandeling neemt.

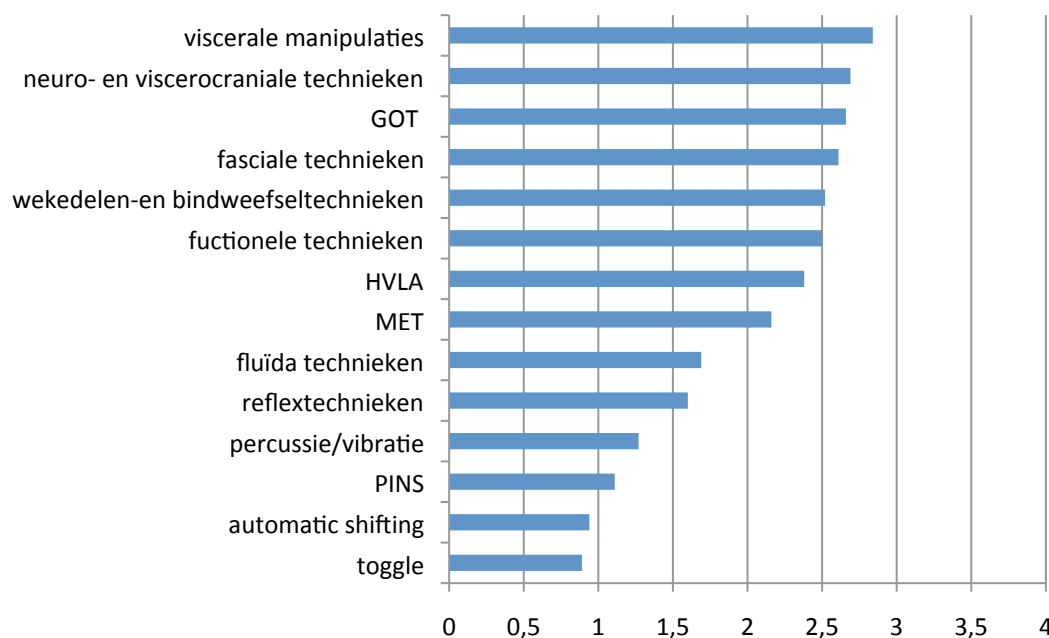
De *diagnostische technieken* die het meest gebruikt worden door osteopaten zijn respectievelijk: inspectie (3,76), palpatie van positie/structuren (3,66), palpatie van beweging (3,58), onderzoek van de viscerale mobiliteit (3,25) en onderzoek van het cranium (3,00) (Figuur 23).

De meest aangewende *behandeltechnieken* zijn respectievelijk: viscerale manipulaties (2,84), neuro-en viscerocraniale technieken (2,69), algemene osteopathische mobilisatie (2,66), fasciale technieken (2,61), wekedelen- en bindweefseltechnieken (2,52), functionele technieken (2,50) en HVLA (2,38) (Figuur 24).



**FIGUUR 23:** EEN OVERZICHT VAN DE DOOR OSTEOPATEN IN DE BENELUX MEEST GEBRUIKTE DIAGNOSTISCHE TECHNIEKEN.

Enkel de intrabuccale *inwendige technieken* worden met enige regelmaat door bijna de helft (48%) van de osteopaten in de Benelux aangewend.



**FIGUUR 24:** EEN OVERZICHT VAN DE DOOR OSTEOPATEN IN DE BENELUX MEEST GEBRUIKTE BEHANDELTECHNIEKEN.

Bijna de helft van de osteopaten in de Benelux geven regelmatig adviezen mee aan hun patiënten.

Iets minder dan de helft (41%) van de respondenten geeft aan gebruik te maken van *bijkomende diagnostische en/of therapeutische methoden* waarvoor ze zijn opgeleid. De meest toegepaste bijkomende methode die wordt aangewend door osteopaten in de Benelux is kinesiologie (applied kinesiology of AK) (N=1.069).

Enkele methoden werden samen onder één noemer geplaatst:

- methoden die binnen de fysio(kinesi)therapie gangbaar zijn, zoals: taping, lymfdrainage, oefentherapie, bindweefselmassage en de methode Hendrickx en McKenzie werden alle onder de noemer fysio(kinesi)therapie ondergebracht;
- otoscopie, urine- en stoelganganalyse, bloeddrukmeting, bloedanalyse, ... werden samengevat onder de noemer klassiek medische testen.
- methoden zoals Cyriax, Van der Bijl en Maitland werden onder de noemer manuele therapie ondergebracht;
- methoden van Danis Bois, Rolfing, Godelieve Struyf e.d. werden samengevoegd tot myofasciale therapie;
- Niromathé, orthopractie en posturale reëducatie staan vermeld onder de noemer posturologie;
- methoden zoals Ericksoniaanse hypnose, coaching, mindfulness e.d. werden onder de noemer psychotherapie gebracht.

In Tabel 6 wordt een overzicht gegeven van het aantal<sup>33</sup> malen dat een bepaalde methode of geneeswijze werd vermeld.

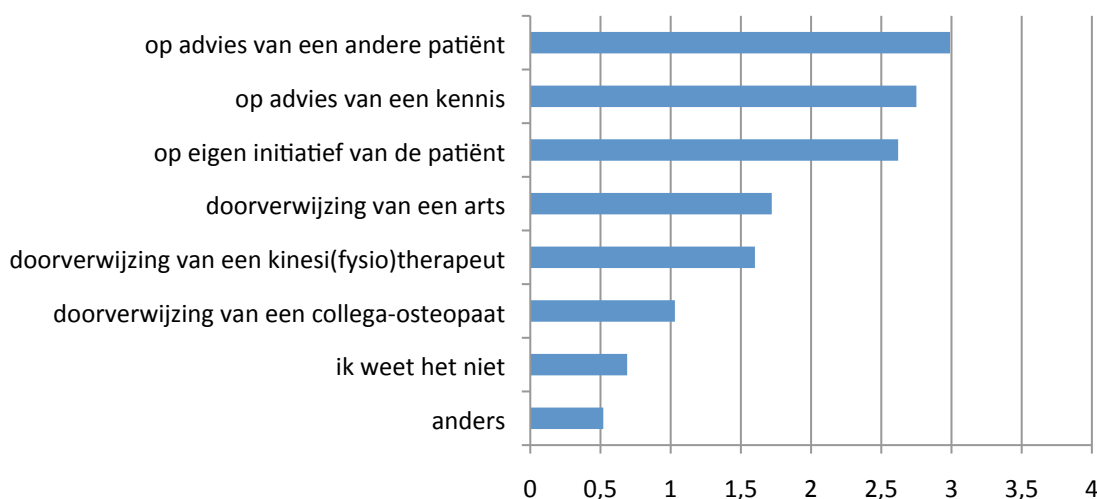
| Methode/Geneeswijze                         | %    |
|---------------------------------------------|------|
| Applied kinesiology (AK)                    | 21,3 |
| Kinesithérapie                              | 10,7 |
| Methode De Bakker                           | 6,9  |
| Medische beeldvorming                       | 6,6  |
| TCM                                         | 5,3  |
| Klassiek medische testen                    | 4,7  |
| Myofasciale therapie                        | 4,4  |
| Acupunctuur                                 | 4,4  |
| Posturologie                                | 3,8  |
| Neurostructurele integratietechnieken (NST) | 2,5  |
| Psychotherapie                              | 2,5  |
| Crochettage                                 | 2,2  |
| Orthomeculaire geneeskunde                  | 2,2  |
| Manuele therapie                            | 1,9  |
| Voedingsanalyse                             | 1,6  |

**TABEL 6: PERCENTAGES VAN BIJKOMENDE DIAGNOSTISCHE EN/OF THERAPEUTISCHE METHODEN OF GENEESWIJZEN IN DE BENELUX (N=319).**

<sup>33</sup> Enkel methoden die meer dan vijf maal werden geformuleerd werden in aanmerking genomen. Het restpercentage bestaat uit respondenten die zich niet van bijkomende diagnostische en/of therapeutische methoden bedienen.

Visitekaartjes (69%) worden het meeste gebruikt om de praktijk onder de aandacht te brengen. De vermelding in de lijst van het beroepsregister (62%) wordt ook door vele osteopaten gebruikt. 51% van de osteopaten brengt zijn praktijk onder de aandacht door middel van een persoonlijke internetsite. Andere veel gebruikte kanalen zijn: folders (37%) en de samenwerking met andere zorgverleners (51%).

Op de vraag: *Hoe en waardoor komen de patiënten naar u?* antwoorden de osteopaten dat dit in de eerste plaats gebeurt op advies van een andere patiënt. Een doorverwijzing van een arts komt op de vierde plaats (Figuur 25).



**FIGUUR 25: GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN HOE EN WAARDOR PATIËNTEN NAAR EEN OSTEOPAAT KOMEN IN DE BENELUX ; OP EEN SCHAALE VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=929).**

Het is slechts bij 2% van de osteopaten mogelijk om ten vroegste dezelfde dag nog een *afspraak* te krijgen. Bij 54% van de osteopaten kan dit binnen een week en bij 32% binnen één tot twee weken.

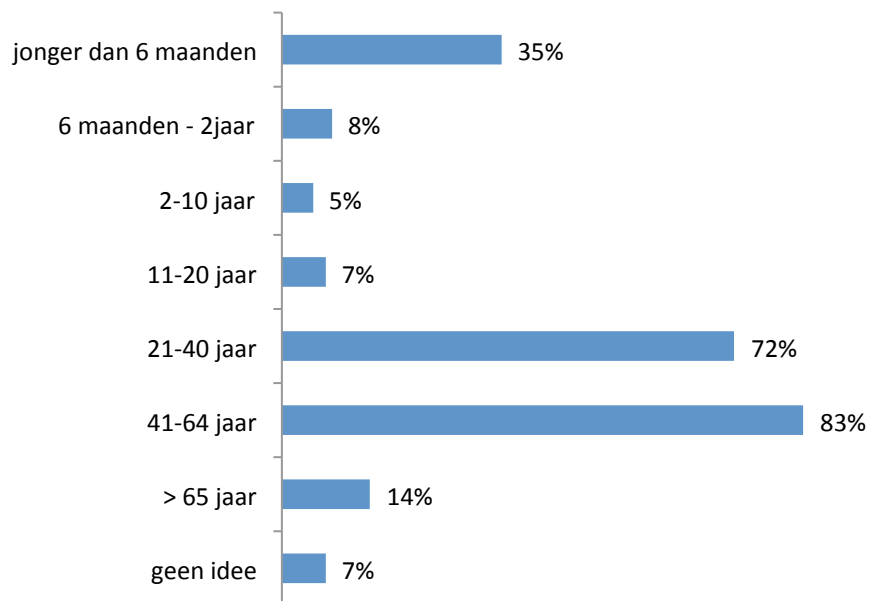
Een osteopaat in de Benelux behandelt gemiddeld 9 patiënten per werkdag (N=923, SD=4,5, Min=1, Max=20, Mediaan=8) en 37,7 patiënten per werkweek (N: 924, SD: 21,8, Min: 1, Max: 150, Mediaan: 35). Hij is van mening dat hij door een niet-chronische patiënt gemiddeld 4,2 maal per jaar geconsulteerd wordt (N=922, SD=1,6, Min=1, Max=100, Mediaan=3,9).

Terwijl 56,2% van de osteopaten bevestigt dat hun patiëntenbestand gelijk verdeeld is over zowel mannen als vrouwen, wordt 30,7% voornamelijk geconsulteerd door vrouwen.

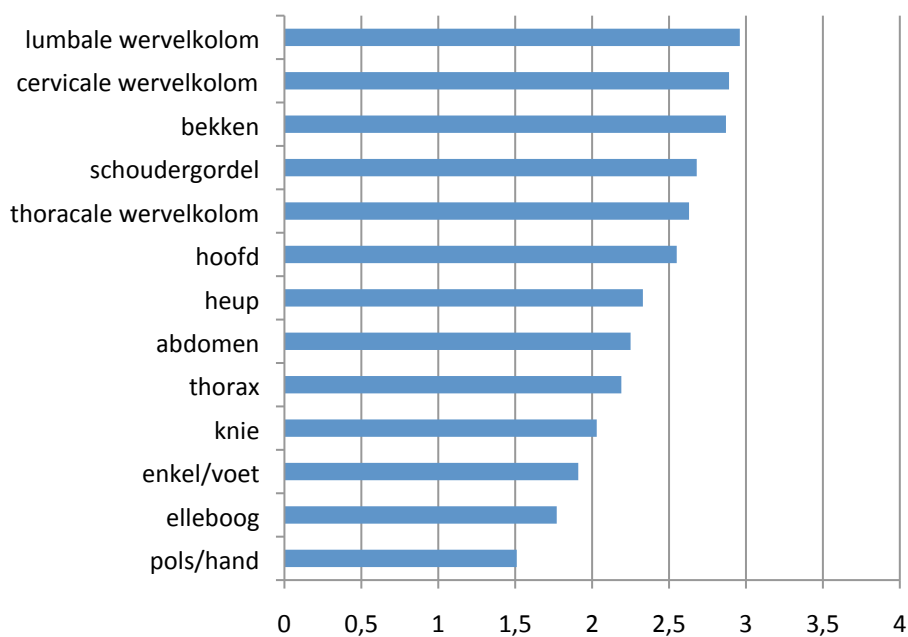
Hoewel de meerderheid van het patiëntenbestand, de afgelopen 6 maanden, voornamelijk bestaat uit volwassenen (de leeftijden tussen 21 tot en met 40 jaar en deze tussen 41 tot en met 64 jaar wordt door respectievelijk 72% en 83% van de osteopaten aangegeven), zijn alle leeftijdscategorieën in het patiëntenbestand vertegenwoordigd (Figuur 26).

Iets meer dan een kwart (28%) van de osteopaten geeft aan een voorkeur te hebben voor een patiëntengroep waarmee hij in de praktijk werkt, waarbij dit voor 62% zuigelingen, 63% kinderen en 52% sporters zijn.

Wat betreft de *reden voor een consult(atie) van een osteopaat per lichaamsregio* geeft men een gemiddelde waardering van 2,96 voor de lumbale wervelkolom, 2,89 voor de cervicale wervelkolom, 2,87 voor het bekken en 2,63 de thoracale wervelkolom (Figuur 27).

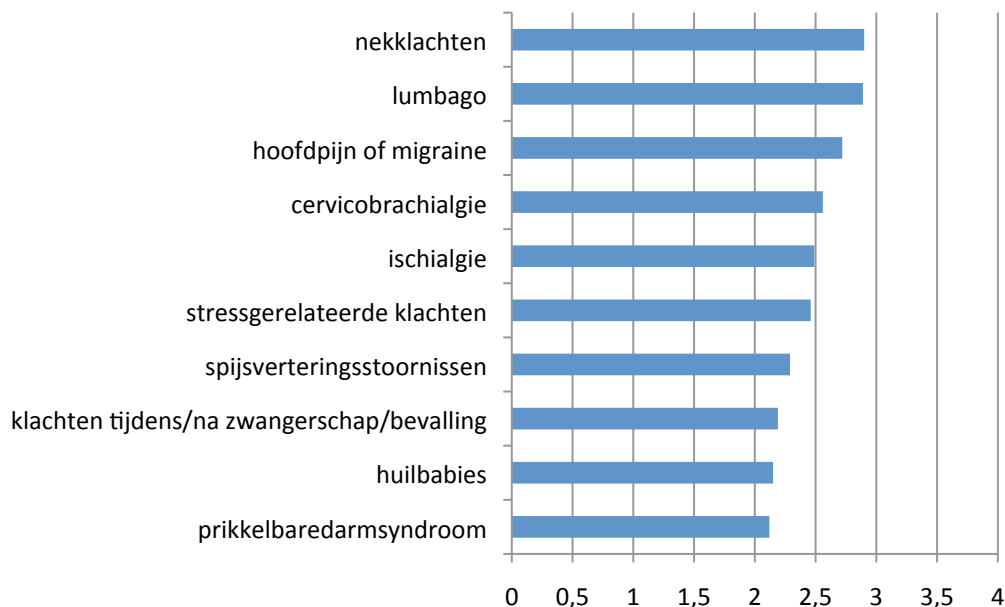


**FIGUUR 26:** LEEFTIJD VAN DE MEERDERHEID DER PATIËNTEN DIE EEN OSTEOPAAT CONSULTEERT IN DE BENELUX (MAXIMAAL 3 ANTWOORDEN PER OSTEOPAAT) (N=926).



**FIGUUR 27:** OVERZICHT VAN DE MEEST VOORKOMENDE KLACHTEN PER LICHAAMSREGIO WAARVOOR EEN OSTEOPAAT IN DE BENELUX GECONSULTEERD WORDT; IN GEMIDDELDE WAARDERINGEN OP EEN SCHAALE VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=929).

Wat betreft de redenen voor de meer *specifieke klacht* geven de osteopaten in de Benelux een gemiddelde waardering van 2,90 voor nekklasten, 2,89 voor lumbago, 2,72 voor hoofdpijn of migraine, 2,56 voor een cervicobrachialgie en 2,49 voor ischialgie (Figuur 28).



**FIGUUR 28:** DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN DE 10 MEEST VOORKOMENDE SPECIFIEKE KLACHTEN WAARVOOR EEN OSTEOPAAT IN DE BENELUX IN HET AFGELOPEN JAAR GECONSULTEERD WERD; OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=929).

59% (N=632) van de respondenten (VL: 55% (N=219); FG/L: 55% (N=176); NL: 68% (N=237)) hebben de open vraag betreffende *de meest ideale ontwikkeling van de osteopathie* (51) beantwoord. Na een eerste lezing werden er 17 kerngedachten, die in minstens één van de vragenlijsten minstens 5 maal werden vermeld, in aanmerking genomen.

Deze kerngedachten in volgorde van hiërarchie zijn:

1. Het beroep van osteopaat als onafhankelijke, autonome, eerstelijnsgeneeskunde.
2. De wens tot betere samenwerking met andere gezondheidsberoepen (respect, vertrouwen, acceptatie en multidisciplinair werken).
3. Een (wettelijke) erkenning van het beroep.
4. Hoog niveau van opleiding voor de osteopathie.
5. Hogere/betere terugbetaling voor de patiënt (erkenning en opname RIZIV/vergoeding door zorgverzekeraars).
6. De wens naar meer wetenschappelijkheid (EBM).
7. De wens naar een sterke beroepsgroep die als één blok weet op te treden.
8. Een duidelijkere beeldvorming van de osteopathie (correcte informatie over het beroep naar intern en extern).
9. Voorschrijven van bijkomend onderzoek (voornamelijk medische beeldvorming).
10. Geen cumulatie van fysio(kinesi)therapie en osteopathie.
11. Hoogwaardigere en voor ieder toegankelijke nascholing.
12. Vrijstelling van btw
13. Een pleidooi voor cumulatie van fysio(kinesi)therapie en osteopathie.
14. Osteopathie handhaven als alternatieve therapievorm
15. Tegen opname in het Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) register
16. Voor opname in het BIG register
17. Osteopathie als complementaire therapievorm

In Tabel 7 wordt er een overzicht gegeven van de aantallen reacties per regio.

|                             | VL | FG/L | NL | TOTAAL     |
|-----------------------------|----|------|----|------------|
| 1. Autonoom/eerstelijns     | 73 | 52   | 33 | <b>158</b> |
| 2. Samenwerking             | 52 | 30   | 48 | <b>130</b> |
| 3. Erkenning                | 54 | 33   | 25 | <b>112</b> |
| 4. Opleiding                | 66 | 22   | 22 | <b>110</b> |
| 5. Terugbetaling            | 43 | 29   | 13 | <b>85</b>  |
| 6. EBM                      | 19 | 7    | 45 | <b>71</b>  |
| 7. Sterke beroepsgroep      | 13 | 4    | 36 | <b>53</b>  |
| 8. Duidelijker beeld osteo  | 12 | 12   | 27 | <b>51</b>  |
| 9. Prescriptie onderzoek    | 18 | 18   | 1  | <b>37</b>  |
| 10. Contra cumulatie        | 14 | 8    | 5  | <b>27</b>  |
| 11. Nascholing              | 6  | 6    | 13 | <b>25</b>  |
| 12. Btw-vrij                | 6  | 6    | 12 | <b>24</b>  |
| 13. Pro cumulatie           | 9  | 5    | -  | <b>14</b>  |
| 14. Complementaire therapie | -  | 2    | 10 | <b>12</b>  |
| 15. Niet in de BIG          | -  | -    | 12 | <b>12</b>  |
| 16. Wel in de BIG           | -  | -    | 11 | <b>11</b>  |
| 17. Alternatieve therapie   | -  | -    | 10 | <b>10</b>  |

**TABEL 7: AANTAL VAN KERNGEDACHTEN PER REGIO (VL: VLAANDEREN; FG/L: FRANSE GEMEENSCHAP/ LUXEMBURG; NL: NEDERLAND).**

### 3.3.2 België

De respondenten waren merendeels tussen de 30 en 39 jaar oud (31,6%) (Figuur 29) en 26,1% waren vrouwen.

De gemiddelde *anciënniteit* van de Belgische respondenten bedraagt 12,2 jaar (N=668, Min=0, Max=35, SD=8,64, Mediaan=10). De collega die het beroep van osteopaat het langst uitoefent, heeft 35 jaar praktijkervaring.

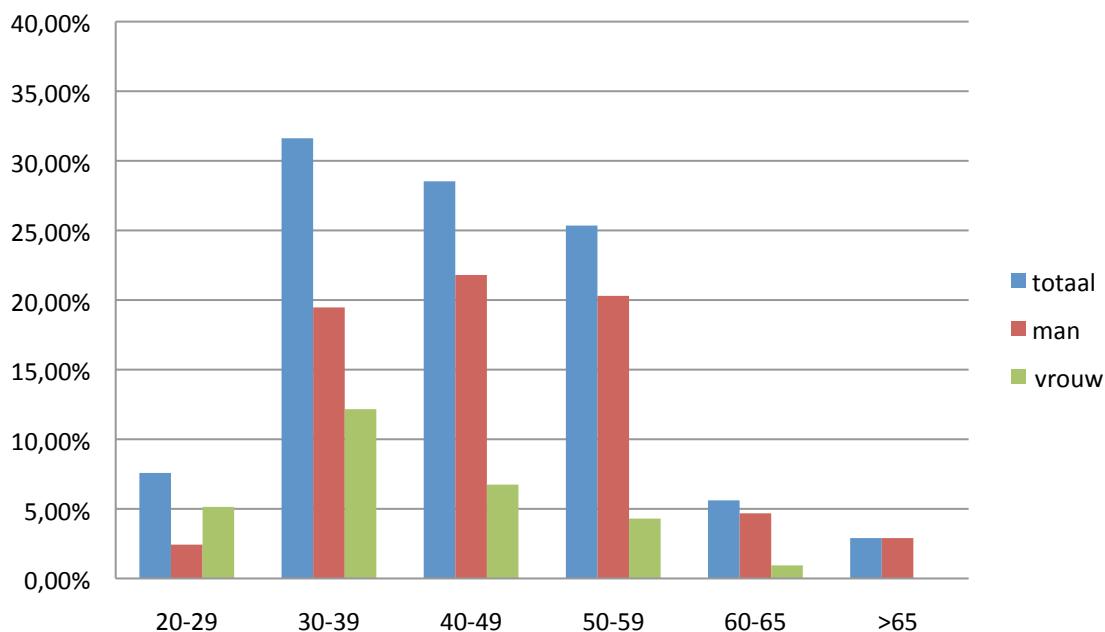
87,3% is meer dan 10 uur per week werkzaam als osteopaat en 77,5% volgt de *permanente vorming* osteopathie. Belgische osteopaten werken gemiddeld 28 uur per week met patiënten (N=652, Min=1, Max=75, SD=15,38, Mediaan=26).

Van de respondenten werkt 35,6% ook nog als kinesitherapeut/arts.

Osteopaten werken grotendeels als zelfstandigen (93,6%) in hun private praktijk (90,2%). Een derde van de osteopaten werkt in een groepspraktijk (32,1%). De collega's van osteopaten die in deze groepspraktijken werken, zijn in de eerste plaats kinesitherapeuten (in 68,3% van de gevallen) of/en andere osteopaten (in 57,3% van de gevallen).

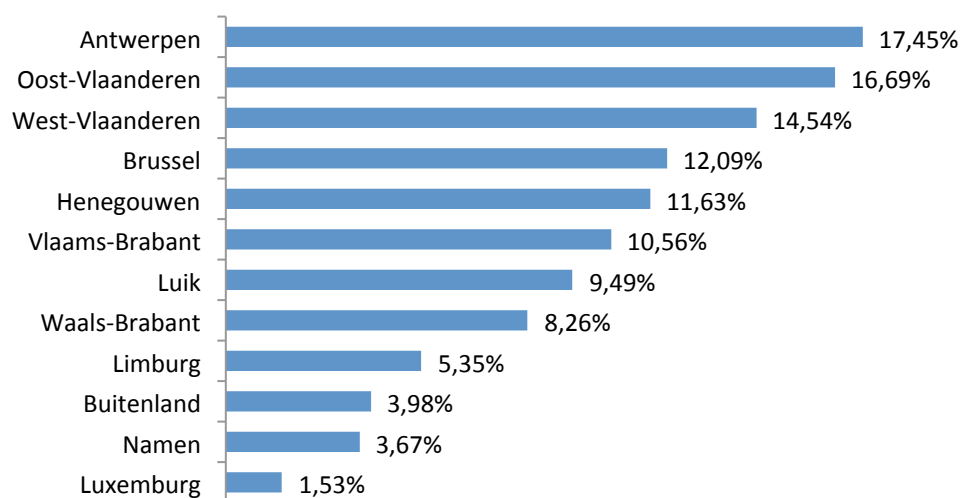
81,6% van de respondenten is lid van een beroepsvereniging. De drie best vertegenwoordigde verenigingen in deze enquête zijn respectievelijk: BVO (28%), UKO (25%) en ROB (23%).

Een derde van de osteopaten in België (35%) werd opgeleid door de International Academy of Osteopathy (IAO). 76,3% van de osteopaten heeft een beroepsbegeleidende opleiding genoten en 83,5% heeft kinesithérapie als vooropleiding.



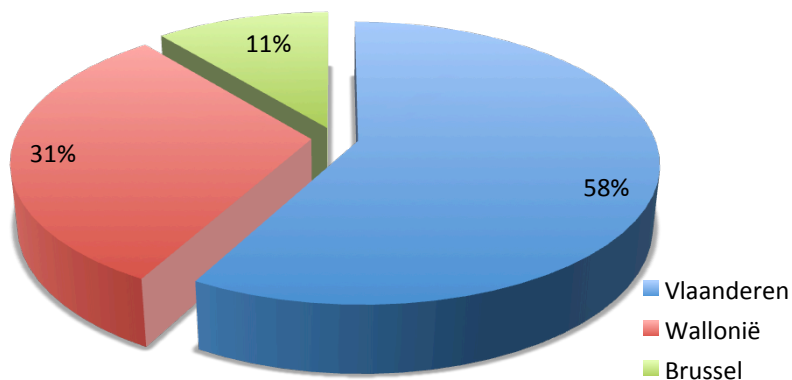
**FIGUUR 29: LEEFTIJDVERDELING VAN DE OSTEOPATEN IN BELGIË (N=702).**

De top drie van de door osteopaten dichtst bevolkte provincies zijn: Antwerpen (17,4%), Oost-Vlaanderen (16,7%) en West-Vlaanderen (14,5%) (Figuur 30).



**FIGUUR 30: DEMOGRAFISCHE GEGEVENS VAN DE BELGISCHE OSTEOPATEN (N=653).**

De meeste osteopaten oefenen hun beroep uit in Vlaanderen (58%), 31% in Wallonië en 11% in Brussel (Figuur 31). Ongeveer een osteopaat op tien (11,3%) oefent zijn beroep in meer dan een provincie uit en 4% van de Belgische osteopaten is werkzaam in het buitenland waarvan Nederland met 62% de koploper is (27% in Frankrijk en 12% in Duitsland).



**FIGUUR 31: VERDELING VAN DE OSTEOPATEN OVER DE VERSCHILLENDE REGIO'S IN BELGIË (N=630).**

De eerste consultatie duurt tussen 30 en 45 minuten bij 51,9% van de osteopaten en tussen 45 en 60 minuten bij 43,5% van de osteopaten. Een vervolggconsultatie duurt tussen 30 en 45 minuten bij 72,4% van de osteopaten.

Het gemiddelde *honorarium* voor een eerste consultatie bedraagt 47,97 euro (N=612, Min=25, Max=160, SD=10,97, Mediaan=48) en 46,44 euro (N=612, Min=20, Max=160, SD=10,70, Mediaan=45) voor een daaropvolgende consultatie. 16,5% van de osteopaten geeft aan verschillende tarieven te hanteren tussen de eerste en de daarop volgende consultaties. 33,5% van de osteopaten geeft aan verschillende tarieven te hanteren voor verschillende patiëntenpopulaties. Op de vraag of er wel een korting gegeven wordt bij betalingsproblemen, antwoordt 53,9% positief.

De meeste osteopaten plannen nooit meerdere afspraken vooruit voor een patiënt (80,8%).

80,3% van de osteopaten voert bij iedere consultatie opnieuw een *diagnostisch onderzoek* uit en slechts 2,1% doet dit niet. 89,4% maakt gebruik van een *uitsluitingsdiagnostiek* om te bepalen of men al of niet een patiënt in behandeling neemt. 35,2% van de osteopaten geeft aan, dat met iedere patiënt die zich aanmeldt in de praktijk een afspraak voor een behandeling gemaakt wordt.

De *diagnostische technieken* die het meest worden aangewend door osteopaten zijn respectievelijk: inspectie (3,73)<sup>34</sup>, palpatie van positie/structuren (3,66), palpatie van beweging (3,56), onderzoek van de viscerale mobiliteit (3,03), klassieke orthopedische testen (2,86), onderzoek van het cranium (2,81) en klassieke neurologische testen (2,67).

De meest aangewende *behandeltechnieken* zijn respectievelijk: GOT (2,76), viscerale manipulaties (2,69), wekedelen- en bindweefseltechnieken (2,60), neurocraniale en viscerocraniale technieken (2,54), HVLA (2,52), fasciale technieken en functionele technieken (2,51).

Enkel de intrabuccale *inwendige technieken* worden met enige regelmaat door de helft (49%) van de Belgische osteopaten aangewend.

De helft van de osteopaten in België geeft vaak *adviezen* mee aan hun patiënten. De gemiddelde waarderingen voor de voorgestelde adviezen liggen dicht bij elkaar, met 2,98 voor ADL-advies, 2,83 voor actieve bewegingsoefeningen, 2,73 voor ergonomisch advies en 2,61 voor voedingsadvies. 45,2% geeft aan gebruik te maken van *bijkomende diagnostische en/of therapeutische methoden*

<sup>34</sup> De cijfers die hier worden weergegeven zijn "gemiddelde waarderingen", d.w.z. gemiddelden op een schaal van 0 (nooit) tot 4 (altijd).

waarvoor ze zijn opgeleid. Veruit de meest toegepaste bijkomende methode die wordt aangewend door Belgische osteopaten is kinesiologie (applied kinesiology of AK).

Enkele methoden werden samen onder één noemer geplaatst. Bijvoorbeeld: methoden die binnen de kinesitherapie gangbaar zijn, zoals taping, lymfdrainage, oefentherapie, bindweefselmassage en de methode Hendrickx en McKenzie werden alle onder de noemer kinesitherapie ondergebracht; methoden zoals Cyriax, Van der Bijl en Maitland werden onder de noemer manuele therapie ondergebracht; methoden van Danis Bois, Rolwing, Godelieve Struyf e.d. werden samengevoegd tot myofasciale therapie; Niromathé, orthopractie en posturale reëducatie staan vermeld onder de noemer posturologie en methoden zoals Ericksoniaanse hypnose, coaching, mindfulness e.d. werden onder de noemer psychotherapie gebracht.

In Tabel 8 wordt een overzicht gegeven van het aantal<sup>35</sup> malen dat een bepaalde methode of geneeswijze werd vermeld.

| Methode/Geneeswijze                         | %    |
|---------------------------------------------|------|
| Applied kinesiology (AK)                    | 25,3 |
| Medische beeldvorming                       | 7,5  |
| TCM                                         | 7,5  |
| Kinesitherapie                              | 7,5  |
| Myofasciale therapie                        | 6,2  |
| Acupunctuur                                 | 6,2  |
| Posturologie                                | 5,3  |
| Neurostructurele integratietechnieken (NST) | 3,5  |
| Psychotherapie                              | 3,5  |
| Methode De Bakker                           | 3,5  |
| Crochettage                                 | 2,6  |
| Manuele therapie                            | 2,6  |

**TABEL 8: PERCENTAGES VAN BIJKOMENDE DIAGNOSTISCHE EN/OF THERAPEUTISCHE METHODEN OF GENEESWIJZEN IN BELGIË (N=225).**

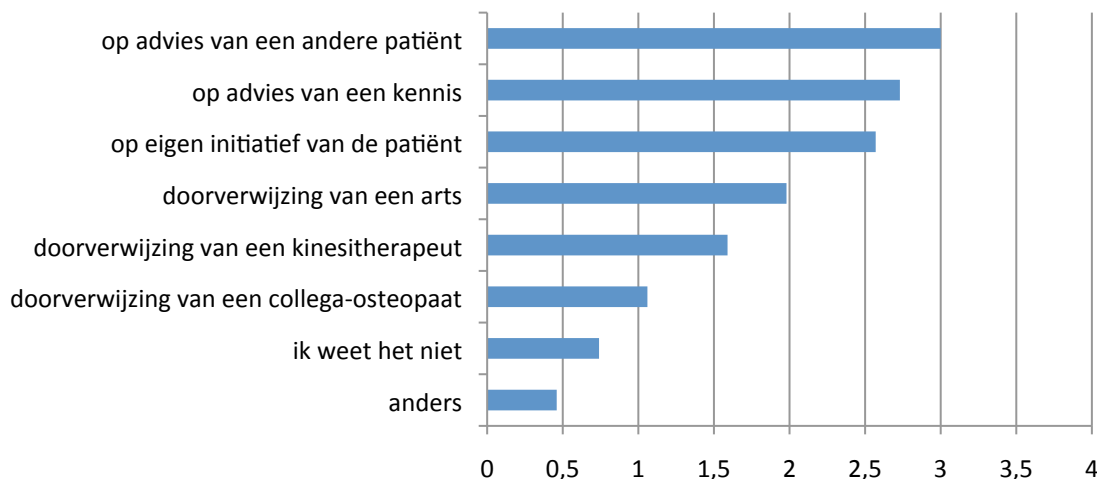
68,9% van de osteopaten brengt zijn praktijk onder de aandacht door middel van hun visitekaartjes. Andere veel gebruikte kanalen zijn: een vermelding in het beroepsregister (48,1%), samenwerking met andere zorgverleners (44,3%) en een persoonlijke internetsite (32,5%).

Op de vraag: *Hoe en waardoor komen de patiënten naar u?* antwoorden de osteopaten dat dit in de eerste plaats gebeurt op advies van een andere patiënt. Een doorverwijzing van een arts komt op de vierde plaats (Figuur 32).

88,1% van de osteopaten profileert zich als *DO*, 68,2% als *osteopaat* en slechts 13,6% van de osteopaten vermeld ook dat zij lid zijn van een osteopatenregister (*MRO*).

Het is bij slechts 3,8% van de osteopaten mogelijk om ten vroegste dezelfde dag nog een *afspraak* te bekomen. Bij 62,1% van de osteopaten kan dit binnen een week en bij 27,7% binnen één tot twee weken.

<sup>35</sup> Enkel methoden die meer dan vijf maal werden geformuleerd werden in aanmerking genomen. Het restpercentage bestaat uit respondenten die zich niet van bijkomende diagnostische en/of therapeutische methoden bedienen.



**FIGUUR 32: GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN HOE EN WAARDOOR PATIËNTEN NAAR EEN OSTEOPAAT KOMEN IN BELGIË ; OP EEN SCHAALE VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=581).**

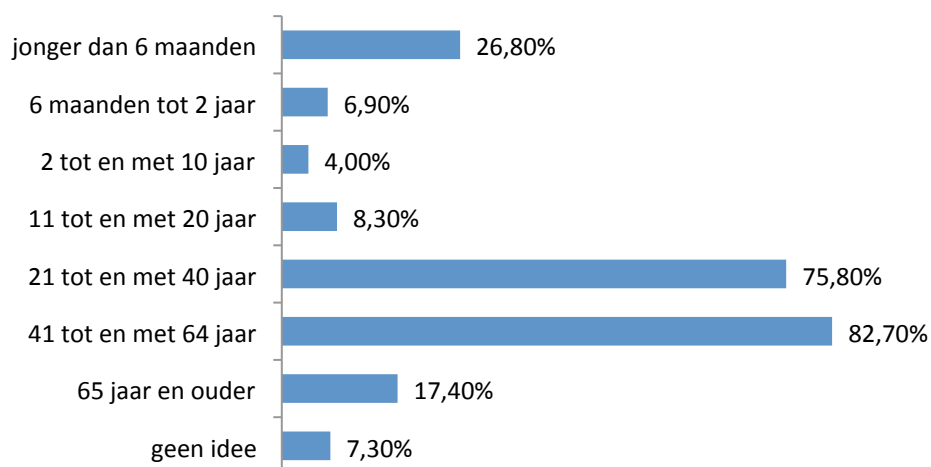
Een Belgische osteopaat behandelt gemiddeld 8,7 patiënten per werkdag (N=574, Min=0, Max=35, SD=4,96, Mediaan=8) en 37,8 patiënten per werkweek (N=574, Min=1, Max=150, SD=23,8, Mediaan=32). Hij is van mening dat hij door een niet-chronische patiënt gemiddeld 4 maal per jaar geconsulteerd wordt (N=566, Min=1, Max=100, SD=4,79, Mediaan=3).

Terwijl 64,7% van de osteopaten bevestigt dat hun patiëntenbestand gelijk verdeeld is over zowel mannen als vrouwen, wordt 21,2% voornamelijk geconsulteerd door vrouwen.

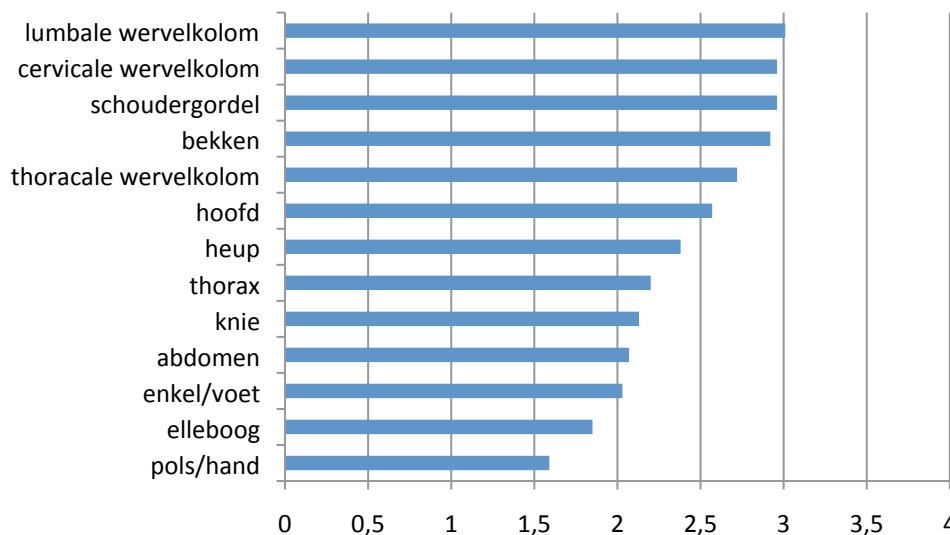
Hoewel de meerderheid van het patiëntenbestand voornamelijk bestaat uit volwassenen (de leeftijden tussen 21 tot en met 40 jaar en deze tussen 41 tot en met 64 jaar wordt door respectievelijk 75,8% en 82,7% van de osteopaten aangegeven), zijn alle leeftijdscategorieën in het patiëntenbestand vertegenwoordigd (Figuur 33).

27,1% van de osteopaten geeft een voorkeur aan van een patiëntengroep waarmee hij in de praktijk werkt, waarbij dit voor 60,2% sporters, 55,6% kinderen en 55% zuigelingen zijn.

Wat betreft de reden voor consultatie van een osteopaat per lichaamsregio geeft men een gemiddelde waardering van 3,01 voor de lumbale wervelkolom, 2,96 voor zowel de schoudergordel alsook de cervicale wervelkolom, 2,92 voor het bekken en 2,72 voor de thoracale wervelkolom (Figuur 34).

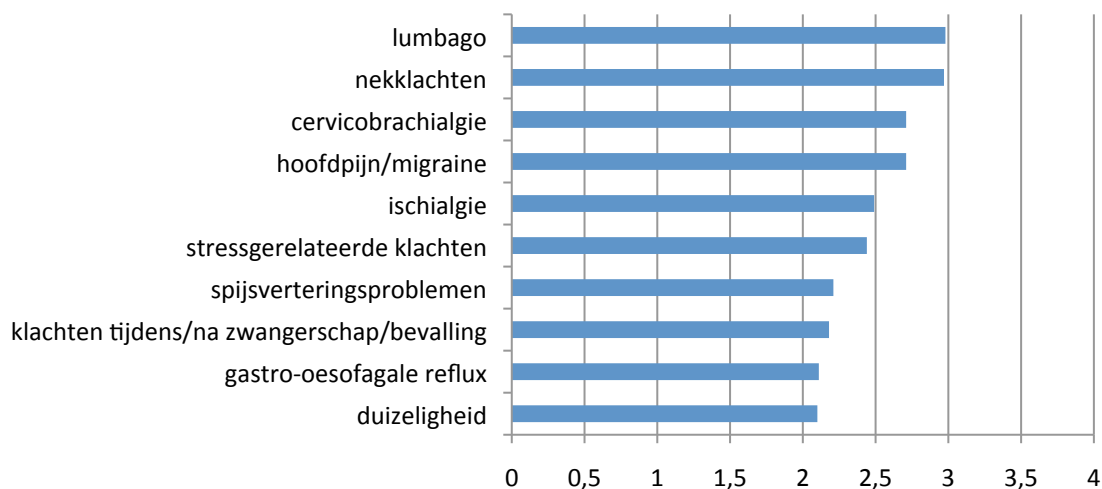


**FIGUUR 33: LEEFTIJD VAN DE MEERDERHEID DER PATIËNTEN DIE EEN OSTEOPAAT CONSULTEERT IN BELGIË (MAXIMAAL 3 ANTWOORDEN PER OSTEOPAAT) (N=579).**



**FIGUUR 34:** DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN KLACHTEN PER LICHAAMSREGIO WAARVOOR EEN OSTEOPAAT IN BELGIË GECONSULTEERD WORDT, OP EEN SCHAALE VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=581).

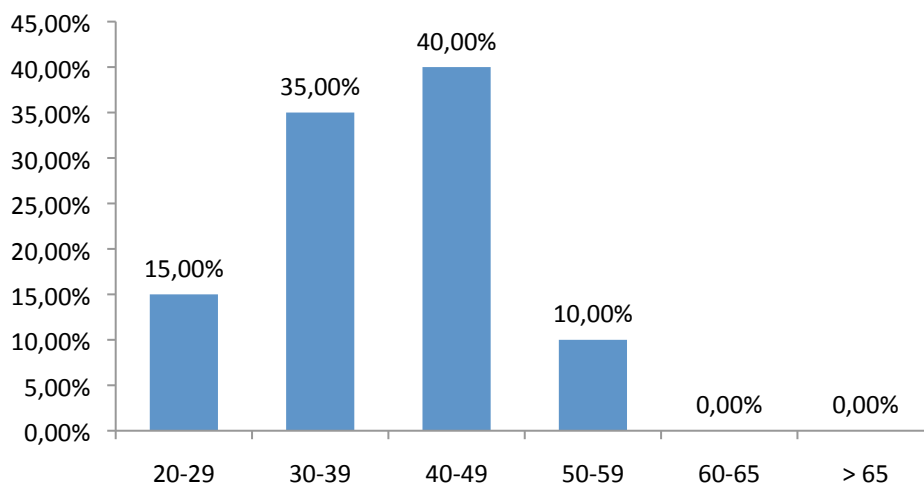
Wat betreft de redenen voor de meer specifieke klacht geven de osteopaten een gemiddelde waardering van 2,98 voor een lumbago, 2,97 voor neklachten, 2,71 voor hoofdpijn of migraine en tevens voor cervicobrachialgie en 2,49 voor een ischialgie (Figuur 35).



**FIGUUR 35:** GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN DE 10 MEEST VOORKOMENDE SPECIFIEKE KLACHTEN WAARVOOR EEN BELGISCHE OSTEOPAAT IN HET AFGELOPEN JAAR GECONSULTEERD WERD; OP EEN SCHAALE VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=581).

### 3.3.3 Luxemburg

De respons voor deze enquête in Luxemburg lag bij 30% (N=20). De respondenten waren merendeels tussen de 40 en 49 jaar oud (31,6%) (Figuur 36) en 25% waren vrouwen.



**FIGUUR 36: LEEFTIJDVERDELING VAN DE OSTEOPATEN IN LUXEMBURG (N=20).**

De gemiddelde *anciënniteit* van de Luxemburgse osteopaten bedraagt 8,1 jaar (N=17, Min=1, Max=20, SD=5,68, Mediaan=7). De collega die het beroep van osteopaat het langst uitoefent, heeft 20 jaar praktijkervaring.

85% is meer dan 10 uur per week werkzaam als osteopaat en 80% volgt de *permanente vorming* osteopathie.

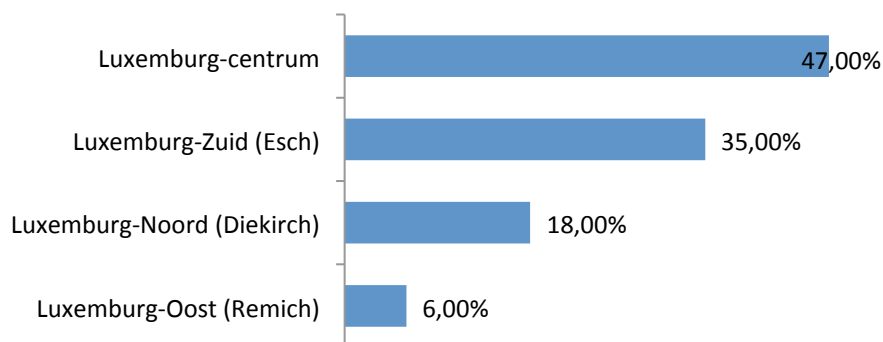
Van de respondenten werkt 40% ook nog als kinesitherapeut/arts.

Luxemburgse osteopaten werken gemiddeld 29,6 uur per week met patiënten (N=17, Min=4, Max=50, SD=14,56, Mediaan=30). Ze werken grotendeels als zelfstandigen (82,4%) in hun private praktijk (100%). Twee derde van de respondenten werkt in een groepspraktijk (64,7%). De collega's van osteopaten die in deze groepspraktijken werken, zijn steeds kinesitherapeuten en in de helft van de gevallen ook nog andere osteopaten.

85% van de osteopaten zijn lid van een beroepsvereniging.

Bijna de helft van de osteopaten in Luxemburg (44%) werd opgeleid door de SCOM. 82,4% van de osteopaten heeft een beroepsbegeleidende opleiding genoten en evenveel hebben kinesithérapie als vooropleiding.

De demografische verdeling van de Luxemburgse respondenten wordt weergegeven in Figuur 37.



**FIGUUR 37: DEMOGRAFISCHE GEGEVENS VAN DE LUXEMBURGSE OSTEOPATEN (N=20).**

De eerste consultatie duurt tussen 45 en 60 minuten bij 64,7% van de osteopaten en tussen 30 en 45 minuten bij 29,4% van de osteopaten. De vervolgsconsultatie duurt tussen 30 en 45 minuten bij 52,9% van de osteopaten en tussen 45 en 60 minuten bij 47,1% van de osteopaten.

Het gemiddelde *honorarium* voor een eerste consultatie bedraagt 58,14 euro (N=17, Min=50, Max=75, SD=6,10, Mediaan=57,8) en 55,79 euro (N=17, Min=40, Max=75, SD=8,49, Mediaan=57) voor een daaropvolgende consultatie. 17,6% van de osteopaten geeft aan verschillende tarieven te hanteren tussen de eerste en de daarop volgende consultaties. 82,3% van de osteopaten geeft aan geen verschillende tarieven te hanteren voor verschillende patiëntenpopulaties. Op de vraag of er wel een korting gegeven wordt bij betalingsproblemen, antwoordt 53% positief.

Voor alle vragen betreffende het honorarium werd er in de Franstalige (voor Luxemburg) vragenlijst expliciet gevraagd naar het hoogste tarief zonder btw.

De meeste osteopaten plannen nooit meerdere afspraken vooruit voor een patiënt (82,4%).

88,2% van de osteopaten voert bij iedere consultatie opnieuw een *diagnostisch onderzoek* uit en slechts 5,9% doet dit niet. 82,4% maakt gebruik van een *uitsluitingsdiagnostiek* om te bepalen of men al of niet een patiënt in behandeling neemt. 17,6% van de osteopaten geven aan, dat met iedere patiënt die zich aanmeldt in de praktijk een afspraak voor een behandeling gemaakt wordt.

De *diagnostische technieken* die het meest worden aangewend door osteopaten zijn respectievelijk: inspectie (3,71)<sup>36</sup>, palpatie van beweging (3,71), palpatie van positie/structuren (3,64), fascia-onderzoek (3,53), onderzoek van de viscerale mobiliteit (3,29), onderzoek van het cranium (3,11), klassieke orthopedische testen (2,82).

De meest aangewende *behandeltechnieken* zijn respectievelijk: viscerale manipulaties (2,82), fasciale technieken (2,82), functionele technieken (2,76), neuro- en viscerocraniale technieken (2,65), HVLA (2,59), GOT (2,59), wekedelen- en bindweefseltechnieken (2,53).

Enkel de intrabuccale *inwendige technieken* worden met enige regelmaat door bijna de helft (52,9%) van de respondenten aangewend.

Bijna de helft van de osteopaten in Luxemburg geeft vaak adviezen mee aan hun patiënten. De gemiddelde waarderingen voor de voorgestelde adviezen zijn 2,98 voor ADL-advies, 2,94 voor actieve bewegingsoefeningen en voor ergonomisch advies en 1,76 voor voedingsadvies.

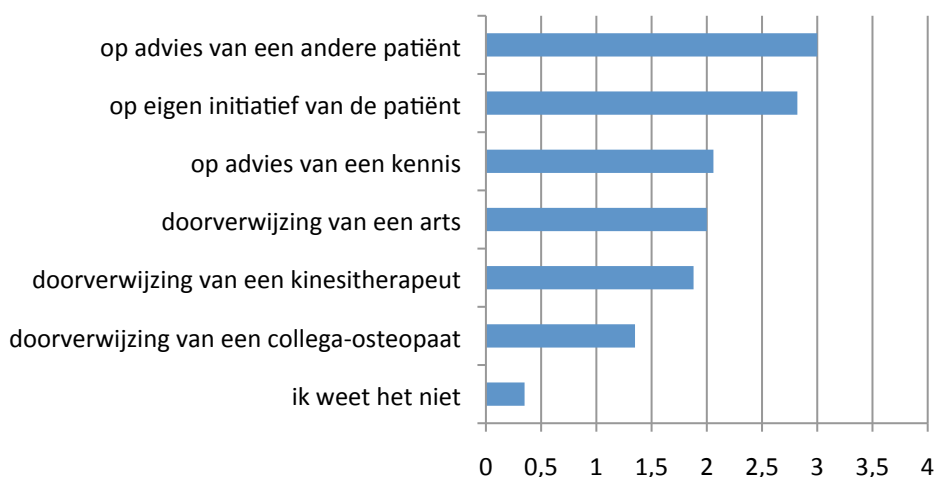
23,5% geeft aan gebruik te maken van *bijkomende diagnostische en/of therapeutische methoden* waarvoor ze zijn opgeleid.

94,1% van de osteopaten brengt zijn praktijk onder de aandacht door middel van hun visitekaartjes. Andere veel gebruikte kanalen zijn: samenwerking met andere zorgverleners (47,1%) en een vermelding in het beroepsregister (41,2%).

Op de vraag: *Hoe en waardoor komen de patiënten naar u?* antwoorden de osteopaten dat dit in de eerste plaats gebeurt op advies van een andere patiënt. Een doorverwijzing van een arts komt op de vierde plaats (Figuur 38).

88,2% van de osteopaten profileert zich als *DO*, 82,3% als *osteopaat* en slechts 5,9% van de osteopaten vermeld ook dat zij lid zijn van een osteopatenregister (*MRO*).

<sup>36</sup> De cijfers die hier worden weergegeven zijn "gemiddelde waarderingen", d.w.z. gemiddelden op een schaal van 0 (nooit) tot 4 (altijd).



**FIGUUR 38: HOE EN WAARDOOR KOMEN PATIËNTEN NAAR EEN OSTEOPAAT IN LUXEMBURG? IN GEMIDDELTE WAARDERINGEN OP EEN SCHAALE VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=17).**

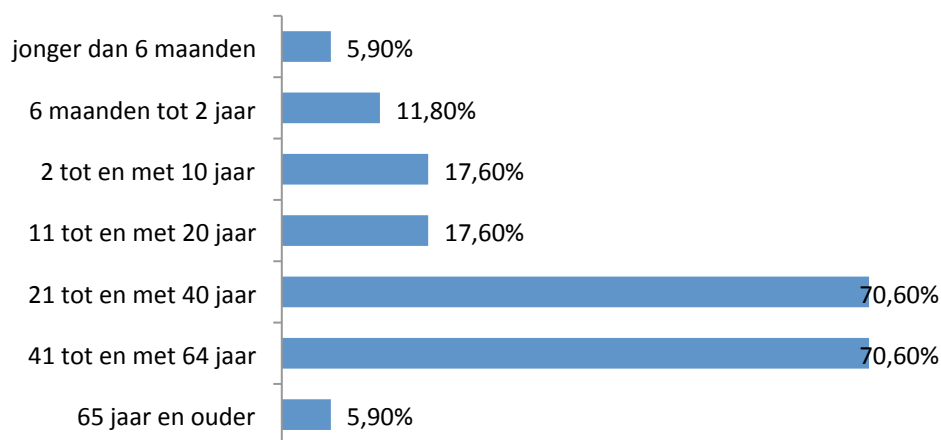
Het is niet mogelijk om dezelfde dag nog een *afspraken* te bekomen bij een Luxemburgse osteopaat. Bij 58,8% van de osteopaten kan dit binnen een week en bij 23,5% binnen één tot twee weken.

Een osteopaat in Luxemburg behandelt gemiddeld 8,2 patiënten per werkdag (N=17, Min=1, Max=15, SD=4,3, Mediaan=7) en 35,9 patiënten per werkweek (N=17, Min=3, Max=75, SD=23,12, Mediaan=35). Hij is van mening dat hij door een niet-chronische patiënt gemiddeld 3,47 maal per jaar geconsulteerd wordt (N=17, Min=1, Max=10, SD=1,94, Mediaan=3).

Terwijl 47,1% van de osteopaten bevestigt dat hun patiëntenbestand gelijk verdeeld is over zowel mannen als vrouwen, wordt 41,2% voornamelijk geconsulteerd door vrouwen.

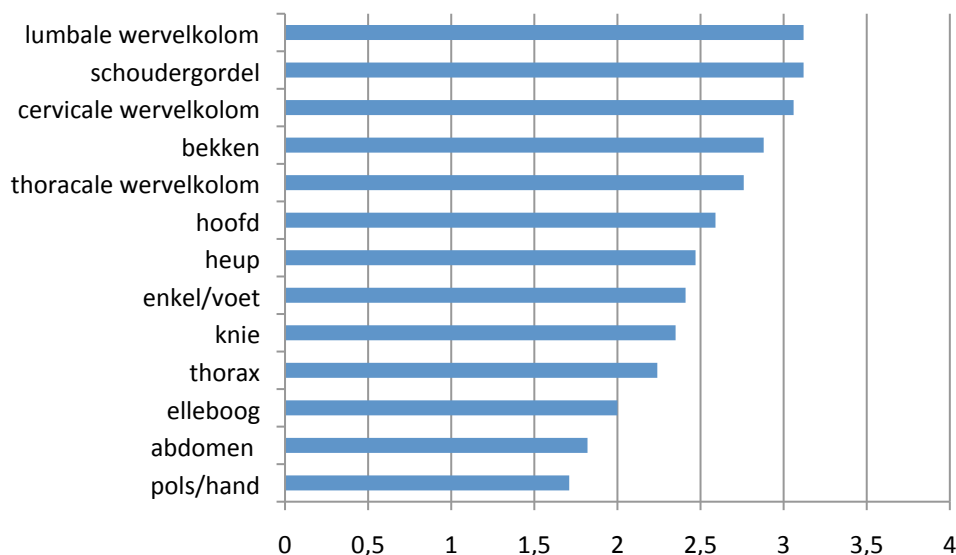
Hoewel de meerderheid van het patiëntenbestand voornamelijk bestaat uit volwassenen (de leeftijden tussen 21 tot en met 40 jaar en deze tussen 41 tot en met 64 jaar wordt door 70,6% van de osteopaten aangegeven), zijn alle leeftijdscategorieën in het patiëntenbestand vertegenwoordigd (Figuur 39).

Slechts 11,8% van de osteopaten geeft een voorkeur aan van een patiëntengroep waarmee hij in de praktijk werkt, waarbij dit voor 66,7% sporters en kinderen zijn.



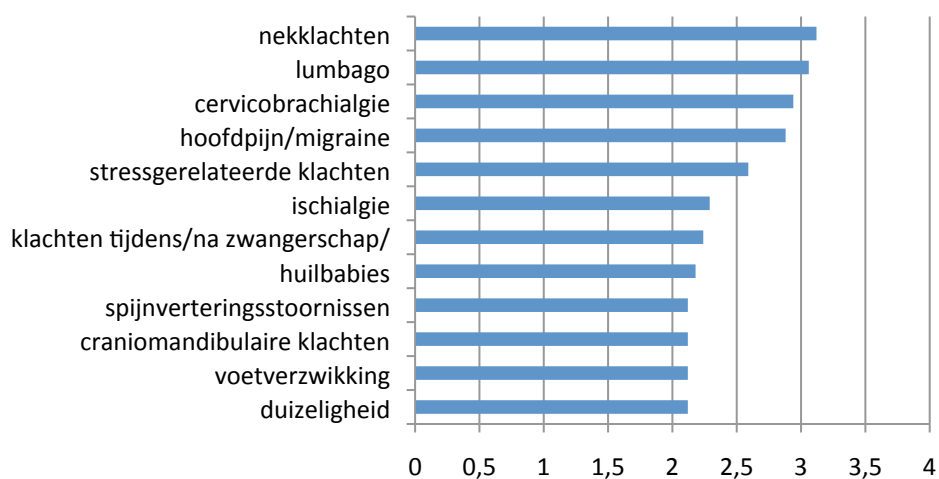
**FIGUUR 39: LEEFTIJD VAN DE MEERDERHEID DER PATIËNTEN DIE EEN OSTEOPAAT CONSULTEERT IN LUXEMBURG (MAXIMAAL 3 ANTWOORDEN PER OSTEOPAAT) (N=17).**

Wat betreft *de reden voor consultatie van een osteopaat per lichaamsregio* geeft men een gemiddelde waardering van 3,12 voor zowel de schoudergordel als voor de lumbale wervelkolom, 3,06 voor de cervicale wervelkolom, 2,88 voor het bekken en 2,76 de thoracale wervelkolom (Figuur 40).



**FIGUUR 40:** DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN KLACHTEN PER LICHAAMSREGIO WAARVOOR EEN OSTEOPAAT IN LUXEMBURG GECONSULTEERD WORDT, OP EEN SCHAALE VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=17).

Wat betreft de redenen voor *de meer specifieke klacht* geven de osteopaten een gemiddelde waardering van 3,12 voor nekkachten, 3,06 voor een lumbago, 2,94 voor cervicobrachialgie, 2,88 voor hoofdpijn of migraine en 2,59 voor stressgerelateerde klachten (Figuur 41).



**FIGUUR 41:** GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN DE 10 MEEST VOORKOMENDE SPECIFIEKE KLACHTEN WAARVOOR EEN LUXEMBURGSE OSTEOPAAT IN HET AFGELOPEN JAAR GECONSULTEERD WERD; OP EEN SCHAALE VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=17).

### 3.4 Specifieke vragen bij de analyse van de resultaten

Het beantwoorden van de specifieke vragen is gebeurd op basis van alle beschikbare data. Dit betekent dat bij selectieve non-respons de antwoorden van de respondenten in kaart gebracht worden. Het vervolg van het rapport betreffende de resultaten is gestructureerd op basis van de specifieke vragen die door de onderzoeksgroep werden voorgelegd.

De specifieke vragen die door de onderzoeksgroep werden gesteld zijn:

1. Is er een verband tussen het nog uitoefenen van het beroep van fysio(kinesi)therapeut/arts en
  - a. Geslacht
  - b. Leeftijd
  - c. Lidmaatschap bij een bepaalde beroepsvereniging
  - d. Opleiding osteopathie
  - e. Anciënniteit
2. Is er een verschil in de klachten waarmee patiënten een osteopaat consulteren tussen osteopaten die enkel als osteopaat werken en na- of bijscholing volgen en de overige?
3. Is er een verband tussen anciënniteit en het soort patiënten dat in de praktijk komt?
4. Is er een verband tussen het aantal jaren dat een osteopaat werkt en gebruikte onderzoeks- en behandeltechnieken in de praktijk?
5. Is er een verband tussen het aantal jaren dat een osteopaat werkt en de behandeltime?
6. Is er een verband tussen de gebruikte onderzoeks- en behandeltechnieken en het opleidingsinstituut?
7. Heeft het volgen van een deeltijdse of dagopleiding osteopathie een invloed op de gebruikte onderzoeks- en behandeltechnieken?
8. Is er een verband tussen het gebruik van inwendige technieken en:
  - a. Geslacht
  - b. Leeftijd
9. Bestaat er een verband tussen het uitvoeren van een uitsluitingsdiagnostiek en:
  - a. Leeftijd
  - b. Deeltijdse of dagopleiding osteopathie
  - c. Aantal jaren ervaring
10. Is er een verband tussen het aantal uren dat iemand werkzaam is (per week) en het geslacht van de osteopaat? Dient hierbij gecorrigeerd te worden voor het aantal jaren dat iemand werkzaam is?
11. Is er een verband tussen de regio waar iemand werkt en de hoogte van het honorarium voor een behandeling osteopathie?
12. Is er een verband tussen de hoogte van het honorarium en anciënniteit?

Voor de onderzochte verbanden tussen de vele variabelen in de database wordt in de regel eerst gekeken naar de statistische significantie van het verband en wordt vervolgens de grootte van het effect ingeschat.

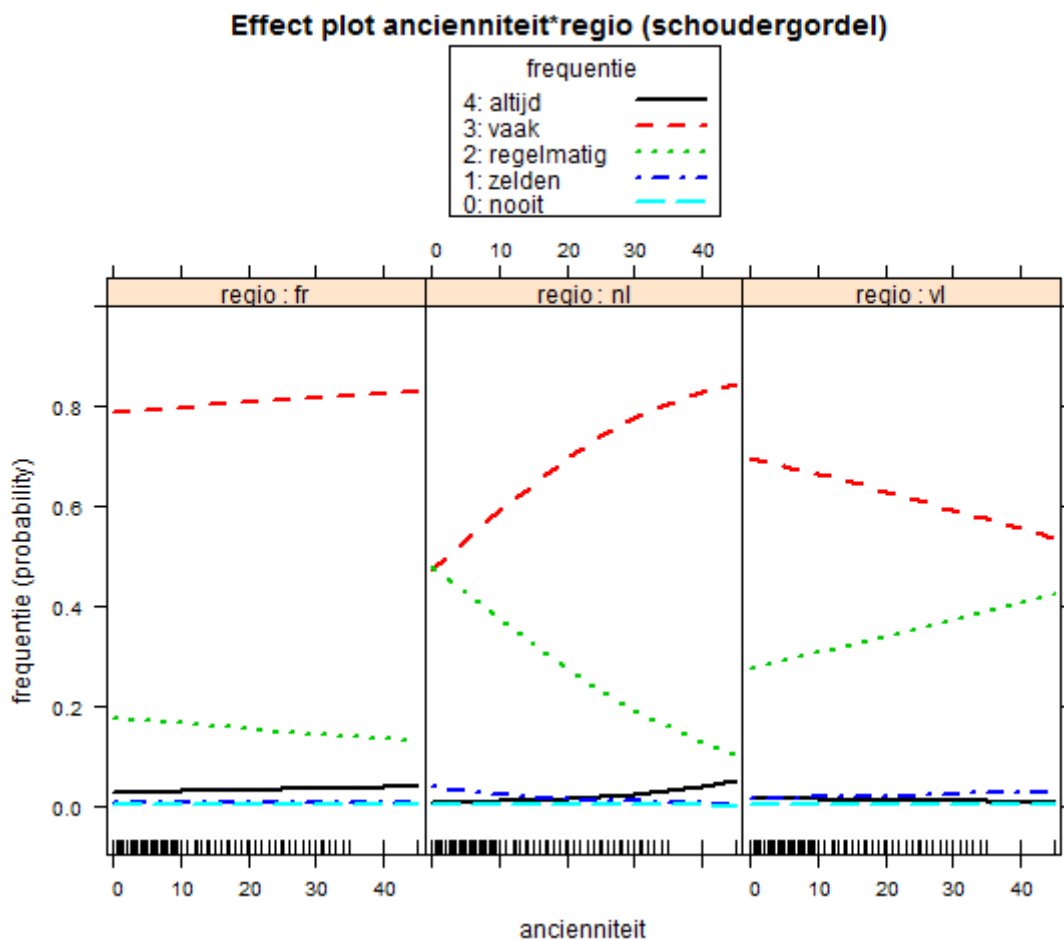
Afhankelijk van de aard van de variabelen en het onderzochte verband wordt voor de analyse gekozen uit volgende 3 methodologieën:

1. Verband tussen twee (niet geordende) categorische variabelen: aan de hand van een **chi-kwadraat test voor onafhankelijkheid** wordt nagegaan of er een significant verband aanwezig is tussen de 2 variabelen. De grootte van het verband tussen deze veranderlijken wordt niet rechtstreeks beschreven door een **kansverhouding [p1 over p0]** maar aan de hand van de verwante maat de '**odds ratios (OR)**' **[p1/(1-p1) over p0/(1-p0)]**. Als voorbeeld nemen we het onderzochte verband tussen het aangesloten zijn bij een bepaalde beroepsvereniging en het nog uitoefenen van het beroep fysio(kinesi)therapeut of arts. In dit geval kan de odds ratio beschreven worden als:

$$OR = \frac{\left( \frac{\text{kans om niet als arts of kine te werken indien aangesloten bij vereniging } x}{\text{kans om wel als arts of kine te werken indien aangesloten bij vereniging } x} \right)}{\left( \frac{\text{kans om niet als arts of kine te werken indien niet aangesloten bij vereniging } x}{\text{kans om wel als arts of kine te werken indien niet aangesloten bij vereniging } x} \right)}$$

2. Verband tussen 1 binaire responsvariabele (ja/nee) en 1 of meerdere categorische en/of continue variabelen als predictor: dit wordt nagegaan aan de hand van een meer algemeen **logistisch regressiemodel**. De grootte van het verband wordt ook hier beschreven aan de hand van **odds ratio's** en gevisualiseerd met **effect plots** die de kansen of uitkomstfrequenties in functie van de predictoren tonen (zie methodologie 3 voor een voorbeeld). Een voorbeeld van dit soort analyse is de associatie tussen het uitvoeren van uitsluitingsdiagnostiek (de binaire ja/nee variabele) in functie van de anciënniteit en de regio waar de osteopaat werkzaam is. In het logistisch regressiemodel wordt dan de invloed van anciënniteit en regio nagegaan op de kans op het uitvoeren van een uitsluitingsdiagnostiek.
3. Verband tussen 1 **geordende categorische variabele** met meerdere niveaus als respons en 1 of meerdere categorische en/of continue variabelen als predictor: dit wordt geanalyseerd aan de hand van een **proportional odds model**. De richting en grootte van de verbanden wordt verder beschreven aan de hand van **effect plots**. Een voorbeeld van dit soort analyse is het verband tussen de frequentie van het behandelen voor een bepaalde klacht en de anciënniteit en regio waar de osteopaat werkzaam is. De frequentie van het behandelen voor een bepaalde klacht is een categorische variabele bestaande uit geordende klassen: nooit – zelden – regelmatig – vaak – altijd. In het proportional odds model wordt de invloed van anciënniteit en regio nagegaan op de kans om *minstens* met een bepaalde frequentie een bepaalde klacht te behandelen.

Met behulp van de bijhorende effect plots kan een inzicht verkregen worden in de richting en de grootte van het verband. Figuur 42 toont een voorbeeld van een effect plot. De frequentie van de klachten met betrekking tot de schoudergordel wordt hier nagegaan als functie van anciënniteit en regio van de osteopaat.



**FIGUUR 42:** VOORBEELD VAN EEN EFFECT PLOT: INVLOED VAN ANCIËNNITEIT EN REGIO OP DE FREQUENTIE VAN KLACHTEN M.B.T. DE SCHOUDERGORDEL.

Voor de verschillende regio's wordt de kans (op een schaal van 0 tot 1, wat overeenkomt met 0 tot 100%) uitgezet om met een bepaalde frequentie (nooit tot en met altijd) klachten met betrekking tot de schoudergordel te behandelen. Hierop zien we bijvoorbeeld dat voor alle regio's de kans op het vaak behandelen van de klacht het grootst is (de rode stippellijn ligt het hoogst). Verder merken we op dat klachten met betrekking tot de schoudergordel (veel) vaker voorkomen bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Nederland (de kans op 'vaak' stijgt, terwijl de kans op 'regelmatig' daalt), slechts iets vaker voorkomen bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en juist minder vaak voorkomen bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Vlaanderen. Voor 0 jaar anciënniteit start men in Vlaanderen wel met een frequentie van circa 70% voor het vaak behandelen van klachten met betrekking tot de schoudergordel, terwijl dat in Nederland voor die groep op minder dan 50% geschat wordt.

Dergelijke effect plots voor elk geanalyseerd logistisch regressiemodel of proportional odds model geven een belangrijk inzicht in de onderzochte verbanden.

Aangezien het echter niet mogelijk is alle figuren in het rapport weer te geven zijn ze toegevoegd in een digitale bijlage van dit rapport. Een informatie-overzicht van deze digitale bijlage is te vinden in Appendix B.

### 3.4.1 Relaties met het nog uitoefenen van fysio(kinesi)therapie/arts

#### Relatie met geslacht

De chi-kwadraat test voor onafhankelijkheid geeft duidelijk aan dat er een significant verband is tussen het nog uitoefenen van fysio(kinesi)therapie/arts en het geslacht ( $p < 0,001$ ). De OR van 2,4 (95% B.I.: 1,7-3,4) geeft aan dat mannelijke osteopaten vaker ook nog als arts of fysio(kinesi)therapeut werken dan de vrouwelijke osteopaten. De sterkte van dit verband is echter verschillend tussen de verschillende regio's.

Om de aanwezigheid van een eventuele significantie interactie tussen geslacht en regio te kunnen bepalen is gebruik gemaakt van een logistisch regressiemodel. Met behulp hiervan kan bepaald worden of een dichotome variabele (2 mogelijkheden) van invloed is op een andere variabele. Het model geeft aan dat de sterkte van dit verband verschillend is tussen de verschillende regio's. Dit op basis van de voor de respons "uitoefenen van fysio(kinesi)therapie/arts" ( $p = 0,01$ )

Meer bepaald komen osteopaten die tevens nog het beroep van fysio(kinesi)therapie/arts uitoefenen vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen, en in Vlaanderen (veel) vaker dan in Nederland. Zowel in de Franse Gemeenschap/Luxemburg als in Vlaanderen zijn dit vaker mannen dan vrouwen, terwijl dit in Nederland gelijk verdeeld is tussen mannen en vrouwen, met zelfs (iets) vaker vrouwen dan mannen.

Bijkomende frequentietabellen, residuenplots en effect plots zitten in de digitale bijlage.

#### Relatie met leeftijd

Het logistische regressiemodel voor de respons "uitoefenen van fysio(kinesi)therapie/arts" in functie van leeftijd en regio geeft duidelijk aan dat er een significante relatie is tussen uitoefenen van fysio(kinesi)therapie/arts en leeftijd: dit betekent dat het aandeel osteopaten dat ook nog het beroep van fysio(kinesi)therapie/arts uitoefent niet gelijk is voor alle leeftijden. Tevens blijkt dit leeftijdseffect verschillend te zijn voor de verschillende regio's (interactie leeftijd-regio:  $p < 0,001$ ).

In het bijzonder ligt in de Franse Gemeenschap/Luxemburg het aandeel osteopaten dat ook nog het beroep van fysio(kinesi)therapie/arts uitoefent het hoogst op jongere leeftijd (piek op 30-39 jaar van 62%), terwijl dit in Nederland en Vlaanderen het hoogst is op oudere leeftijd (piek op 60-65 jaar van 43% in Vlaanderen en 20% in Nederland).

Bijkomende frequentietabellen, residuplots en effect plots zitten in de digitale bijlage.

#### Relatie met lidmaatschap bij een bepaalde beroepsvereniging

Enkel verenigingen met minstens 10 leden in de steekproef werden opgenomen in de resultaten.

Tabel 9 toont de resultaten voor Vlaanderen, met name het aantal osteopaten aangesloten bij een bepaalde vereniging (N), de p-waarde van de chi-kwadraat test voor onafhankelijkheid, samen met de odds ratio's en 95% betrouwbaarheidsinterval van de OR. Van de 5 verenigingen opgenomen in de tabel wordt enkel voor UBO-BUO geen significant verband gevonden met het al dan niet uitoefenen van het beroep van arts of fysio(kinesi)therapeut.

Voor osteopaten aangesloten bij BVO-SBO, ROB of UVO is het minder waarschijnlijk om nog als arts of fysio(kinesi)therapeut aan de slag te zijn, terwijl het meer waarschijnlijk is voor osteopaten verbonden aan UKO.

|         | N   | p-waarde | OR    | OR 95% LL | OR 95% RL |
|---------|-----|----------|-------|-----------|-----------|
| BVO-SBO | 58  | <0,001   | 69,2  | 4,2       | 1130,0    |
| ROB     | 115 | <0,001   | 185,8 | 11,4      | 3018,0    |
| UBO-BUO | 11  | 0,606    | 1,8   | 0,4       | 7,4       |
| UVO     | 64  | <0,001   | 10,3  | 3,4       | 30,9      |
| UKO     | 95  | <0,001   | 0,014 | 0,007     | 0,032     |

**TABEL 9: KANS OP UITOEFENEN KINESITHERAPIE/ARTS VERSUS BEROEPSVERENIGING IN VLAANDEREN.**

De resultaten voor Nederland zijn samengevat in Tabel 10.

|     | N   | p waarde | OR  | OR 95% LL | OR 95% RL |
|-----|-----|----------|-----|-----------|-----------|
| NVO | 332 | 0,008    | 5,4 | 1,7       | 17,4      |
| NOF | 28  | 0,006    | 0,2 | 0,1       | 0,6       |

**TABEL 10: KANS OP UITOEFENEN FYSIO(KINESI)THERAPIE/ARTS VERSUS BEROEPSVERENIGING IN NEDERLAND.**

Voor zowel NVO als NOF wordt een significant verband gevonden met het al dan niet uitoefenen van het beroep van fysio(kinesi)therapie/arts. Voor osteopaten aangesloten bij NVO is het minder waarschijnlijk om nog als fysio(kinesi)therapeut of arts aan de slag te zijn, terwijl het meer waarschijnlijk is voor osteopaten verbonden aan NOF.

Tabel 11, ten slotte, geeft de resultaten voor Franse Gemeenschap en Luxemburg weer.

|         | N   | p waarde | OR   | OR 95% LL | OR 95% RL |
|---------|-----|----------|------|-----------|-----------|
| BVO-SBO | 101 | <0,001   | 16,1 | 7,3       | 35,4      |
| ROB     | 17  | 0,032    | 4,5  | 1,2       | 17,6      |
| UBO-BUO | 29  | 0,631    | 1,3  | 0,6       | 2,9       |
| UKO     | 51  | <0,001   | 0,1  | 0,05      | 0,23      |
| UPMO    | 20  | 0,036    | 3,7  | 1,1       | 11,9      |
| ALDO    | 17  | 0,869    | 1,2  | 0,5       | 3,3       |

**TABEL 11: KANS OP UITOEFENEN FYSIO(KINESI)THERAPIE/ARTS VERSUS BEROEPSVERENIGING IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG.**

Voor BVO-SBO, ROB, UKO en UPMO werd een significant verband gevonden met het al dan niet uitoefenen van het beroep van arts of fysio(kinesi)therapeut. Voor osteopaten aangesloten bij BVO-SBO, ROB en UPMO is het minder waarschijnlijk om nog als arts of fysio(kinesi)therapeut aan de slag te zijn, terwijl het meer waarschijnlijk is voor osteopaten verbonden aan UKO.

## Relatie met opleiding osteopathie

Alleen opleidingsinstituten waar minstens 10 respondenten in de steekproef hun opleiding hebben genoten werden opgenomen in de resultaten. In de analyse werd gecorrigeerd voor de variabele deel(vol)tijdse opleiding<sup>37</sup>.

Er werd een logistisch regressiemodel uitgevoerd met als respons “uitoefenen van fysio(kinesi)therapie/arts” in functie van opleiding en deel(vol)tijds.

In Vlaanderen is er een duidelijk effect van opleidingsinstituut op het al dan niet uitoefenen van het beroep van fysio(kinesi)therapeut/arts ( $p < 0.001$ ) voor een vaste opleidingsfrequentie (deel(vol)tijds). Tabel 12 toont de odds ratios t.o.v. de gemiddelde odds in de dataset (N geeft het aantal osteopaten dat een bepaalde opleiding heeft gevolgd).

De meest in het oog springende resultaten zijn voor de opleidingsinstituten BELSO en IWGS. Voor osteopaten met opleiding op BELSO is het meer waarschijnlijk om nog als arts of fysio(kinesi)therapeut aan de slag te zijn (8.4 keer meer dan voor de gemiddelde osteopaat), terwijl het minder waarschijnlijk is voor osteopaten die een opleiding gevolgd hebben op IWGS (een factor 0.2 minder dan voor de gemiddelde osteopaat).

|        | N   | OR  |
|--------|-----|-----|
| BELSO  | 44  | 8,4 |
| CS     | 23  | 0,5 |
| FICO   | 75  | 1,0 |
| IAO    | 195 | 1,4 |
| IWGS   | 25  | 0,2 |
| andere | 55  | 0,7 |

**TABEL 12:** KANS OP UITOEFENEN FYSIO(KINESI)THERAPIE/ARTS VERSUS OPLEIDINGSINSTELLING IN VLAANDEREN.

In Nederland wordt er geen significant effect gevonden van opleidingsinstituut op het al dan niet uitoefenen van het beroep van arts/fysio(kinesi)therapeut ( $p = 0,79$ ) voor een vaste opleidingsfrequentie (deel(vol)tijds). De OR's voor Nederland zijn samengevat in Tabel 13.

|        | N   | OR  |
|--------|-----|-----|
| CS     | 117 | 0,7 |
| FICO   | 28  | 1,1 |
| IAO    | 195 | 0,8 |
| andere | 22  | 1,5 |

**TABEL 13:** KANS OP UITOEFENEN FYSIO(KINESI)THERAPIE/ARTS VERSUS OPLEIDINGSINSTELLING IN NEDERLAND.

In de Franse Gemeenschap/Luxemburg is er een duidelijk effect van opleidingsinstituut op het al dan niet uitoefenen van het beroep van fysio(kinesi)therapeut/arts ( $p < 0,001$ ) voor een vaste opleidingsfrequentie (deeltijds/voltijds).

Tabel 14 geeft de resultaten voor de Franse Gemeenschap/Luxemburg weer.

<sup>37</sup> Een voltijdse opleiding osteopathie definiëren we als een opleiding in de osteopathie zonder vooropleiding (bijvoorbeeld fysio(kinesi)therapie).

|        | N  | OR  |
|--------|----|-----|
| BELSO  | 48 | 3,3 |
| CBO    | 35 | 1,0 |
| IAO    | 51 | 2,3 |
| IWGS   | 39 | 0,6 |
| SCOM   | 66 | 1,4 |
| ULB    | 15 | 0,2 |
| andere | 76 | 0,9 |

**TABEL 14: KANS OP UITOEFENEN FYSIO(KINESI)THERAPIE/ARTS EN OPLEIDINGSINSTELLING IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG.**

De grootste effecten zijn te vinden voor de opleidingsinstituten BELSO, IAO, IWGS en ULB. Voor osteopaten met opleiding op BELSO en IAO is het meer waarschijnlijk om nog als arts of fysio(kinesi)therapeut aan de slag te zijn (respectievelijk 3,3 en 2,3 keer meer dan voor de gemiddelde osteopaat), terwijl het minder waarschijnlijk is voor osteopaten die een opleiding gevolgd hebben op IWGS en ULB (respectievelijk een factor 0,6 en 0,2 minder dan voor de gemiddelde osteopaat).

Bijkomende frequentietabellen, effect plots zitten in de digitale bijlage.

### Relatie met anciënniteit

Om de relatie tussen het “uitoefenen van fysio(kinesi)therapie/arts” in relatie tussen anciënniteit en regio te kunnen bepalen is gebruik gemaakt van een logistisch regressiemodel. Er is een significante daling in het aandeel osteopaten dat ook nog het beroep van fysio(kinesi)therapeut/arts uitoefent met toenemende anciënniteit ( $p < 0,001$ ). Voor 1 jaar extra anciënniteit neemt de odds<sup>38</sup> om het beroep van fysio(kinesi)therapeut/arts uit te oefenen met een factor 0,96 af. Dit anciënniteitseffect blijkt niet significant te verschillen over de drie regio's (interactie anciënniteit-regio:  $p = 0,07$ ).

Bijkomende box- en whisker plots en effect plots zitten in de digitale bijlage.

### 3.4.2 Relatie tussen kernosteopaat en soort patiënten/klachten

*Is er een verschil in de klachten waarmee patiënten een osteopaat consulteren (vragen 48 en 49)<sup>39</sup> tussen osteopaten die enkel als osteopaat werken (vragen 3 en 5) en na/bijtscholing volgen (permanente vorming) (vraag 4) en de overige?*

Er werd een nieuwe variabele gevormd (“kernosteopaat”) die osteopaten identificeert die zowel meer dan 10 uur per week als osteopaat werkzaam zijn, na/bijtscholing volgt en niet meer als fysio(kinesi)therapeut/arts werkzaam zijn.

<sup>38</sup> Odds = kans om het beroep van fysio(kinesi)therapeut/arts nog uit te oefenen ten opzichte van de kans om het beroep niet meer uit te oefenen.

<sup>39</sup> Zie voor de vragen in Appendix A.

### Relatie klacht per lichaamsregio met kern en regio

De frequentie van de klacht (vraag 48) (in geordende categorieën gaande van altijd naar nooit) werd gemodelleerd in functie van “kern” en regio aan de hand van een proportional odds model. Met het proportional odds model wordt de kans op een bepaald effect weergegeven.

Tabel 15 geeft aan of de kans op een bepaalde klacht afhangt van “kernosteopaat” status en/of regio, alsook of er tussen beide een interactie-effect aanwezig is.

| Klacht                | Effect Kern | Effect Regio | Interactie-effect Kern:Regio |
|-----------------------|-------------|--------------|------------------------------|
| Hoofd                 | Ja          | Ja           | Nee                          |
| Cervicale wervelkolom | Nee         | Ja           | Nee                          |
| Schoudergordel        | Ja          | Ja           | Nee                          |
| Elleboog              | Ja          | Ja           | Nee                          |
| Pols/hand             | Ja          | Ja           | Ja                           |
| Thorax                | Ja          | Nee          | Nee                          |
| Thoracale wervelkolom | Nee         | Ja           | Nee                          |
| Abdomen               | Ja          | Ja           | Nee                          |
| Lumbale wervelkolom   | Nee         | Ja           | Nee                          |
| Bekken                | Ja          | Ja           | Ja                           |
| Heup                  | Ja          | Ja           | Nee                          |
| Knie                  | Ja          | Ja           | Nee                          |
| Enkel/voet            | Nee         | Ja           | Nee                          |

**TABEL 15: RELATIE KLACHT PER LICHAAMSREGIO MET KERN EN REGIO.**

De kans van voorkomen van klachten voor de gehele wervelkolom (cervicale, thoracale en lumbale) en voor deze van de enkel/voet is niet afhankelijk voor de status van kernosteopaat. Alle andere klachten per lichaamsgebied zijn dit wel.

Op één uitzondering na (thorax) is de kans voor het voorkomen van klachten per lichaamsgebied afhankelijk van de regio. Over het algemeen is het zo dat het merendeel van de klachten meer voorkomen in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen en dat alle klachten meer voorkomen in Vlaanderen dan in Nederland. Dit geldt enkel niet voor klachten ter hoogte van het abdomen die in Nederland meer lijken voor te komen dan in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen (regio:  $p < 0,001$ ).

De kans op klachten ter hoogte van het bekken komt vaker voor bij kernosteopaten in Nederland (t.o.v. niet-kernosteopaten), terwijl het in de Franse Gemeenschap/Luxemburg minder vaak voorkomt bij kernosteopaten (t.o.v. niet-kernosteopaten), en het in Vlaanderen ongeveer even vaak voorkomt (interactie kern-regio:  $p = 0,03$ ).

### Relatie specifieke klacht met kern en regio

De kans van voorkomen voor meer specifieke klachten is voor het merendeel afhankelijk van de status van kernosteopaat. Enkel de klachten fibromyalgie, ischialgie, lumbago en nekkklachten blijken niet afhankelijk te zijn voor de status van kernosteopaat.

Enkel bij 4 (fibromyalgie, hoofdpijn/migraine, slaapproblemen en spijsverteringsstoornissen) van de 25 specifieke klachten is de kans voor het voorkomen van deze klachten niet afhankelijk van de regio. Het effect van de regio op de kans van voorkomen van meer specifieke klachten is erg gedifferentieerd.

Tabel 16 geeft aan of de kans op een bepaalde specifieke klacht (49) afhangt van “kernosteopaat” status en/of regio, alsook of er tussen beide een interactie-effect aanwezig is.

| Klacht                                     | Effect Kern | Effect Regio | Interactie-effect Kern:Regio |
|--------------------------------------------|-------------|--------------|------------------------------|
| Cervicobrachialgie                         | Ja          | Ja           | Ja                           |
| Craniomandibulaire klachten                | Ja          | Ja           | Nee                          |
| Dermatologische klachten                   | Ja          | Ja           | Nee                          |
| Duizeligheid                               | Ja          | Ja           | Nee                          |
| Fibromyalgie                               | Nee         | Nee          | Nee                          |
| Frozen shoulder                            | Ja          | Ja           | Ja                           |
| Gastro-oesofagale reflux                   | Ja          | Ja           | Nee                          |
| Hoofdpijn/Migraine                         | Ja          | Nee          | Nee                          |
| Huilbaby's                                 | Ja          | Ja           | Nee                          |
| Incontinentie                              | Ja          | Ja           | Nee                          |
| Ischialgie                                 | Nee         | Ja           | Nee                          |
| Klachten tijdens/na zwangerschap/bevalling | Ja          | Ja           | Nee                          |
| Lumbago                                    | Nee         | Ja           | Nee                          |
| Meniscusletsel                             | Ja          | Ja           | Ja                           |
| Menstratieklachten                         | Ja          | Ja           | Nee                          |
| Moeheid                                    | Ja          | Ja           | Nee                          |
| Nekklachten                                | Nee         | Ja           | Nee                          |
| Oorpijn                                    | Ja          | Ja           | Ja                           |
| Post-operatieve klachten                   | Ja          | Ja           | Ja                           |
| Prikkelbaredarmsyndroom                    | Ja          | Ja           | Ja                           |
| Psychische klachten                        | Ja          | Ja           | Nee                          |
| Slaapproblemen                             | Ja          | Nee          | Nee                          |
| Spijsverteringsstoornissen                 | Ja          | Nee          | Nee                          |
| Stressgerelateerde klachten                | Ja          | Ja           | Ja                           |
| Voetverzwikking                            | Ja          | Ja           | Ja                           |

**TABEL 16: RELATIE SPECIFIEKE KLACHT MET KERN EN REGIO.**

Een beschrijving van de voornaamste bevindingen voor elke klacht per lichaamsregio en voor elke meer specifieke klacht in relatie met kern en regio is terug te vinden in Appendix C.

Bijkomend inzicht kan bekomen worden via de frequentietabellen, residuenplots en effect plots in de digitale bijlage. Om inzicht te krijgen in de interpretatie van een residuenplot is een voorbeeld ervan toegevoegd in Appendix D.

### 3.4.3 Relatie tussen anciënniteit en soort patiënten/klachten

De frequentie van de klacht (vraag 48) (in geordende categorieën gaande van altijd naar nooit) werd gemodelleerd in functie van anciënniteit en regio aan de hand van een “proportional odds model”.

Alleen voor de klachten ter hoogte van het hoofd, de cervicale en de lumbale wervelkolom is er geen invloed van de anciënniteit.

Voor vijf lichaamsregio's (schoudergordel, thorax, thoracale wervelkolom, abdomen en bekken) valt er geen éénduidige trend waar te nemen tussen de verschillende geografische regio's. In Nederland is de kans voor het voorkomen van klachten in deze lichaamsregio's wel steeds groter bij stijgende anciënniteit en in Vlaanderen steeds kleiner.

Voor de klachten ter hoogte van de extremiteiten, uitgezonderd de schoudergordel, is de kans op voorkomen voor alle geografische regio's veel groter bij stijgende anciënniteit.

Bij ongeveer de helft van de klachten per lichaamsregio is er een interactie-effect van anciënniteit en regio.

Tabel 17 geeft aan of de kans op een bepaalde klacht afhangt van de anciënniteit en/of regio, alsook of er tussen beide een interactie-effect aanwezig is. Aangezien het effect van regio reeds besproken werd bij de vraag in punt 3.4.2, wordt bij deze beschrijving toegespitst op het effect van anciënniteit.

| Klacht                | Effect Anciënniteit |    | Interactie-effect Anciënniteit:Regio |
|-----------------------|---------------------|----|--------------------------------------|
| Hoofd                 | Nee                 | -  | Nee                                  |
| Cervicale wervelkolom | Nee                 | -  | Nee                                  |
| Schoudergordel        | Ja                  | ≈  | Ja                                   |
| Elleboog              | Ja                  | ↑↑ | Nee                                  |
| Pols/hand             | Ja                  | ↑↑ | Nee                                  |
| Thorax                | Ja                  | ≈  | Ja                                   |
| Thoracale wervelkolom | Ja                  | ≈  | Ja                                   |
| Abdomen               | Ja                  | ≈  | Ja                                   |
| Lumbale wervelkolom   | Nee                 | -  | Nee                                  |
| Bekken                | Ja                  | ≈  | Ja                                   |
| Heup                  | Ja                  | ↑  | Ja                                   |
| Knie                  | Ja                  | ↑↑ | Nee                                  |
| Enkel/voet            | Ja                  | ↑↑ | Nee                                  |

**TABEL 17: RELATIE KLACHT PER LICHAAMSREGIO MET ANCIËNNITEIT EN REGIO (≈: GEEN EENDUIDIGE TREND REGIO'S; ↑: KOMT VAKER VOOR; ↑↑: KOMT VEEL VAKER VOOR,  $p < 0,001$ ).**

Ook is bepaald of de kans op een bepaalde specifieke klacht (vraag 49) afhangt van anciënniteit, alsook of er tussen beide een interactie-effect aanwezig is.

Voor 8 van de 25 specifieke klachten, waaronder lumbago en neklachten, is er geen invloed van de anciënniteit.

Voor drie specifieke klachten (cervicobrachialgie, gastro-oesofagale reflux en huilbaby's) valt er geen éénduidige trend waar te nemen tussen de verschillende regio's. In Nederland is de kans voor het voorkomen van klachten wel steeds groter bij stijgende anciënniteit.

Voor 14 specifieke klachten is de kans op voorkomen van de specifieke klacht in de osteopathiepraktijk voor alle regio's groter bij stijgende anciënniteit.

Dit geldt vooral voor duizeligheid, incontinentie, meniscusletsel en psychische klachten, wat ook blijkt uit de effect plots (zie digitale bijlage). Tevens is de associatie tussen deze specifieke klachten en anciënniteit uiterst significant ( $p < 0.001$ )

Alleen voor de specifieke klachten cervicobrachialgie, gastro-oesofagale reflux en huilbaby's is er een interactie-effect van anciënniteit en regio.

Tabel 18 geeft aan of de kans op een bepaalde specifieke klacht afhangt van anciënniteit, alsook of er tussen beide (anciënniteit en regio) een interactie-effect aanwezig is.

| Specifieke Klacht                          | Effect Anciënniteit |    | Interactie-effect<br>Anciënniteit:Regio |
|--------------------------------------------|---------------------|----|-----------------------------------------|
| Cervicobrachialgie                         | Ja                  | ≈  | Ja                                      |
| Craniomandibulaire klachten                | Ja                  | ↑  | Nee                                     |
| Dermatologische klachten                   | Ja                  | ↑  | Nee                                     |
| Duizeligheid                               | Ja                  | ↑↑ | Nee                                     |
| Fibromyalgie                               | Ja                  | ↑  | Nee                                     |
| Frozen shoulder                            | Ja                  | ↑  | Nee                                     |
| Gastro-oesofagale reflux                   | Ja                  | ≈  | Ja                                      |
| Hoofdpijn/Migraine                         | Nee                 | -  | Nee                                     |
| Huilbaby's                                 | Ja                  | ≈  | Ja                                      |
| Incontinentie                              | Ja                  | ↑↑ | Nee                                     |
| Ischialgie                                 | Nee                 | -  | Nee                                     |
| Klachten tijdens/na zwangerschap/bevalling | Nee                 | -  | Nee                                     |
| Lumbago                                    | Nee                 | -  | Nee                                     |
| Meniscusletsel                             | Ja                  | ↑↑ | Nee                                     |
| Menstratieklachten                         | Ja                  | ↑  | Nee                                     |
| Moeheid                                    | Ja                  | ↑  | Nee                                     |
| Nekklachten                                | Nee                 | -  | Nee                                     |
| Oorpijn                                    | Ja                  | ↑  | Nee                                     |
| Post-operatieve klachten                   | Ja                  | ↑  | Nee                                     |
| Prikkelbaredarmsyndroom                    | Nee                 | -  | Nee                                     |
| Psychische klachten                        | Ja                  | ↑↑ | Nee                                     |
| Slaapproblemen                             | Ja                  | ↑  | Nee                                     |
| Spijsverteringsstoornissen                 | Nee                 | -  | Nee                                     |
| Stressgerelateerde klachten                | Nee                 | -  | Nee                                     |
| Voetverzwikking                            | Ja                  | ↑  | Nee                                     |

**TABEL 18: RELATIE SPECIFIEKE KLACHT MET ANCIËNNITEIT EN REGIO** (≈: GEEN EENDUIDIGE TREND REGIO'S; ↑: KOMT VAKER VOOR; ↑↑: KOMT VEEL VAKER VOOR,  $p < 0,001$ ).

Een beschrijving van de voornaamste bevindingen voor elke klacht per lichaamsregio en voor elke meer specifieke klacht in relatie met anciënniteit en regio is terug te vinden in Appendix C.

Bijkomend inzicht kan bekomen worden via de effect plots in de digitale bijlage.

### 3.4.4 Relatie tussen anciënniteit en gebruikte onderzoeks-/behandeltechniek in de praktijk

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van een “proportional odds model”. De frequentie van de diagnostische techniek (vraag 28, in geordende categorieën gaande van altijd naar nooit) werd gemodelleerd in functie van anciënniteit en regio.

Voor slechts 4 van de 13 diagnostische technieken is er een invloed van de anciënniteit, waarbij ze in het overgrote deel minder vaak voorkomen bij een stijgende anciënniteit.

Voor alle diagnostische technieken, behalve voor de palpatie van positie/structuren en van beweging, is er een invloed van de regio. Er is geen echt duidelijke lijn waar te nemen voor wat betreft de invloed van de regio's op het gebruik van diagnostische technieken. Bij 6 diagnostische technieken staan Nederland en Vlaanderen tegenover de Franse Gemeenschap/luxemburg.

Alleen voor de klassieke orthopedische technieken is er een invloed van anciënniteit, regio en een interactie-effect. Ze komen veel vaker voor bij stijgende anciënniteit in Vlaanderen en Nederland en minder vaak bij stijgende anciënniteit in de Franse Gemeenschap/Luxemburg (interactie regio-anciënniteit:  $p=0,04$ ).

Tabel 19 geeft aan of de kans op het gebruik van een bepaalde diagnostische techniek afhangt van anciënniteit en/of regio, alsook of er tussen beide een interactie-effect aanwezig is.

| Diagnostische techniek                | Effect Anciënniteit |   | Effect Regio | Interactie-effect Anciënniteit:Regio |
|---------------------------------------|---------------------|---|--------------|--------------------------------------|
| Inspectie                             | Nee                 | - | Ja           | Nee                                  |
| Range of motion                       | Ja                  | ↓ | Ja           | Nee                                  |
| Klassieke orthopedische technieken    | Ja                  | ≈ | Ja           | Ja                                   |
| Klassieke neurologische technieken    | Nee                 | - | Ja           | Nee                                  |
| Percussie en auscultatie              | Nee                 | - | Ja           | Nee                                  |
| Palpatie van positie/structuren       | Nee                 | - | Nee          | Nee                                  |
| Palpatie van beweging                 | Nee                 | - | Nee          | Nee                                  |
| Tender points en triggerpunten        | Ja                  | ↓ | Ja           | Nee                                  |
| Spierfunctieonderzoek                 | Nee                 | - | Ja           | Nee                                  |
| Fascia-onderzoek                      | Nee                 | - | Ja           | Nee                                  |
| Onderzoek van de viscerale mobiliteit | Ja                  | ↓ | Ja           | Nee                                  |
| Onderzoek van het cranium             | Nee                 | - | Ja           | Nee                                  |
| Neurolymfatisch reflexonderzoek       | Nee                 | - | Ja           | Nee                                  |

**TABEL 19: RELATIE DIAGNOSTISCHE TECHNIJK MET ANCIËNNITEIT EN REGIO (≈: GEEN EENDUIDIGE TREND REGIO'S; ↑: KOMT VAKER VOOR; ↓: KOMT MINDER VAAK VOOR).**

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van een “proportional odds model”. De frequentie van de behandeltechniek (vraag 29, in geordende categorieën gaande van altijd naar nooit) werd gemodelleerd in functie van anciënniteit en regio.

Voor slechts 6 van de 14 behandeltechnieken is er een invloed van de anciënniteit, waarbij deze relatie voor de verschillende technieken niet eenduidig is. Enkel voor fluïda technieken en automatic shifting en fluid body approach is de kans voor alle regio's groter dat ze vaker voorkomen bij een stijgende anciënniteit.

Voor 12 van de 14 behandeltechnieken is er een invloed van de regio. De grootste overeenkomst vinden we voor HVLA-, toggle-technieken en MET met een significant vaker voorkomen in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen dan in Nederland ( $p < 0,001$ ). Voor de fasciale technieken, de viscerale manipulaties en automatic shifting en fluid body approach is dit net omgekeerd.

Enkel voor de specifieke klachten PINS, wekedelen- en bindweefseltechnieken, viscerale manipulaties en automatic shifting en fluid body approach is er een interactie-effect van anciënniteit en regio, waarbij slechts de laatstgenoemde techniek vaker voorkomt bij stijgende anciënniteit voor alle regio's.

Enkel voor percussie- en vibratietechnieken en neuroviscerale en neurolymfatische technieken is er geen invloed van anciënniteit en regio.

Tabel 20 geeft aan of de kans op het gebruik van een bepaalde behandeltechniek afhangt van anciënniteit en/of regio, alsook of er tussen beide een interactie-effect aanwezig is.

| Behandeltechniek                                    | Effect Anciënniteit |   | Effect Regio | Interactie-effect Anciënniteit:Regio |
|-----------------------------------------------------|---------------------|---|--------------|--------------------------------------|
| High velocity low amplitude                         | Nee                 | - | Ja           | Nee                                  |
| Toggle-technieken                                   | Nee                 | - | Ja           | Nee                                  |
| Percussie- en vibratietechnieken                    | Nee                 | - | Nee          | Nee                                  |
| Muscle energy techniques                            | Ja                  | ↓ | Ja           | Nee                                  |
| Algemene osteopatische mobilisaties                 | Nee                 | - | Ja           | Nee                                  |
| Functionele technieken                              | Nee                 | - | Ja           | Nee                                  |
| PINS                                                | Ja                  | ≈ | Ja           | Ja                                   |
| Fasciale technieken                                 | Nee                 | - | Ja           | Nee                                  |
| Wekedelen- en bindweefseltechnieken                 | Ja                  | ≈ | Ja           | Ja                                   |
| Neuroviscerale en neurolymfatische reflextechnieken | Nee                 | - | Nee          | Nee                                  |
| Fluïda technieken                                   | Ja                  | ↑ | Ja           | Nee                                  |
| Viscerale manipulaties                              | Ja                  | ≈ | Ja           | Ja                                   |
| Neurocraniale en viscerocraniale technieken         | Nee                 | - | Ja           | Nee                                  |
| Automatic shifting en fluid body approach           | Ja                  | ↑ | Ja           | Ja                                   |

**TABEL 20: RELATIE BEHANDELTECHNIEK MET ANCIËNNITEIT EN REGIO (≈: GEEN EENDUIDIGE TREND REGIO'S; ↓: KOMT MINDER VAAK VOOR).**

Een beschrijving van de voornaamste bevindingen voor elke diagnostische- en behandeltechniek in relatie met anciënniteit en regio is terug te vinden in Appendix C.

Bijkomend inzicht kan bekomen worden via de effect plots in de digitale bijlage.

### 3.4.5 Relatie tussen anciënniteit en de behandel tijd

De behandel tijd voor een nieuwe patiënt (vraag 21) en de behandel tijd voor een vervolgconsultatie (vraag 22) (telkens in geordende categorieën gaande van < 30 min. tot > 60 min.) werd gemodelleerd in functie van anciënniteit en regio aan de hand van een “proportional odds model”.

Tabel 21 geeft aan of de behandel tijd afhangt van anciënniteit en/of regio, alsook of er tussen beide een interactie-effect aanwezig is. Onder de tabel volgt een beschrijving van de voornaamste bevindingen.

|                                             | Effect<br>Anciënniteit | Effect Regio | Interactie-effect<br>Anciënniteit:Regio |
|---------------------------------------------|------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| Behandel tijd voor een nieuwe patiënt       | Ja                     | Ja           | Nee                                     |
| Behandel tijd voor een vervolgconsult(atie) | Ja                     | Ja           | Nee                                     |

**TABEL 21: RELATIE BEHANDELTijd MET ANCIëNNITEIT EN REGIO.**

In de Franse Gemeenschap/Luxemburg komt een kortere behandel tijd, voor zowel een eerste als een vervolgconsult(atie), bij een nieuwe patiënt vaker voor dan in Vlaanderen. In Nederland komt een kortere behandel tijd, voor zowel een eerste als een vervolgconsult(atie), het minste voor ( $p < 0,001$ ). Bij een stijgende anciënniteit komt een korte behandel tijd voor een nieuwe patiënt, voor zowel een eerste als een vervolgconsult(atie), vaker voor ( $p < 0,001$ ).

Bijkomend inzicht kan verkregen worden via de effect plots in de digitale bijlage.

### 3.4.6 Relatie tussen gebruikte onderzoeks- en behandeltechnieken en opleidingsinstituut

#### Vlaanderen

De frequentie van de diagnostische techniek (vraag 28) in Vlaanderen (in geordende categorieën gaande van altijd naar nooit) werd gemodelleerd in functie van opleidingsinstituut aan de hand van een “proportional odds model”.

Tabel 22 geeft de p-waarde voor het effect van opleidingsinstituut (wel of niet een opleiding gevolgd aan een bepaald instituut) in het model. Indien de p-waarde kleiner is dan 0,05 betekent dit dat de frequentie van het gebruik van een bepaalde diagnostische techniek verschillend is voor osteopaten die aan het bijhorende instituut een opleiding hebben genoten, t.o.v. osteopaten die aan dit instituut geen opleiding hebben genoten. Vervolgens wordt in Tabel 23 de richting van dit effect (vaker of minder vaak) weergegeven.

In Vlaanderen is geen significant verschil gevonden voor het verband tussen diagnostische techniek en opleidingsinstituut voor: inspectie, spierfunctieonderzoek en neurolymfatisch reflexonderzoek. Verder zijn de verschillende diagnostische technieken bij minimaal één opleiding significant (zie tabel 22).

|                                       | BELSO            | CS           | FICO             | IAO              | IWGS         | andere |
|---------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------------|--------------|--------|
| Inspectie                             | 0,757            | 0,873        | 0,867            | 0,305            | 0,526        | 0,227  |
| Range of motion                       | 0,759            | <b>0,003</b> | 0,966            | 0,176            | 0,502        | 0,096  |
| Klassieke orthopedische technieken    | 0,108            | 0,596        | <b>0,024</b>     | 0,140            | 0,250        | 0,681  |
| Klassieke neurologische technieken    | 0,052            | <b>0,009</b> | 0,397            | 0,612            | 0,598        | 0,471  |
| Percussie en auscultatie              | 0,883            | 0,309        | 0,386            | 0,056            | <b>0,006</b> | 0,759  |
| Palpatie van positie/structuren       | 0,110            | 0,068        | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,009</b>     | 0,573        | 0,883  |
| Palpatie van beweging                 | 0,516            | <b>0,016</b> | <b>0,042</b>     | 0,716            | 0,812        | 0,491  |
| Tender points en triggerpunten        | <b>0,015</b>     | 0,838        | 0,359            | 0,828            | 0,171        | 0,270  |
| Spierfunctieonderzoek                 | 0,144            | 0,632        | 0,674            | 0,242            | 0,998        | 0,387  |
| Fascia-onderzoek                      | <b>0,002</b>     | <b>0,034</b> | 0,676            | 0,531            | 0,724        | 0,760  |
| Onderzoek van de viscerale mobiliteit | <b>&lt;0,001</b> | 0,256        | 0,073            | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,014</b> | 0,141  |
| Onderzoek van het cranium             | 0,352            | <b>0,048</b> | 0,150            | 0,114            | 0,606        | 0,379  |
| Neurolymfatisch reflexonderzoek       | 0,307            | 0,352        | 0,347            | 0,779            | 0,374        | 0,519  |

**TABEL 22:** P-WAARDEN VOOR DE ASSOCIATIE TUSSEN DIAGNOSTISCHE TECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN VLAANDEREN (SIGNIFICANTE WAARDEN IN HET VET GEDRUKT).

|                                       | Vaker gebruikt door osteopaten opgeleid aan | Minder vaak gebruikt door osteopaten opgeleid aan |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Inspectie                             | -                                           | -                                                 |
| Range of motion                       | -                                           | CS                                                |
| Klassieke orthopedische technieken    | FICO                                        | -                                                 |
| Klassieke neurologische technieken    | -                                           | CS                                                |
| Percussie en auscultatie              | IWGS                                        | -                                                 |
| Palpatie van positie/structuren       | IAO                                         | FICO                                              |
| Palpatie van beweging                 | CS                                          | FICO                                              |
| Tender points en triggerpunten        | BELSO                                       | -                                                 |
| Spierfunctieonderzoek                 | -                                           | -                                                 |
| Fascia-onderzoek                      | CS                                          | BELSO                                             |
| Onderzoek van de viscerale mobiliteit | IAO                                         | BELSO, IWGS                                       |
| Onderzoek van het cranium             | CS                                          | -                                                 |
| Neurolymfatisch reflexonderzoek       | -                                           | -                                                 |

**TABEL 23:** RICHTING VAN DE SIGNIFICANTE ASSOCIATIES TUSSEN DIAGNOSTISCHE TECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN VLAANDEREN.

De frequentie van de behandeltechniek (vraag 29) in Vlaanderen werd gemodelleerd in functie van opleidingsinstituut aan de hand van een “proportional odds model”. Tabel 24 geeft de p-waarde voor het effect van opleiding in het model. Vervolgens wordt in Tabel 25 de richting van dit effect (vaker of minder vaak) weergegeven.

|                                                        | BELSO            | CS               | FICO         | IAO              | IWGS         | andere       |
|--------------------------------------------------------|------------------|------------------|--------------|------------------|--------------|--------------|
| High velocity low amplitude                            | 0,234            | 0,381            | 0,507        | 0,192            | 0,152        | 0,509        |
| Toggle-technieken                                      | <b>0,002</b>     | 0,091            | <b>0,029</b> | 0,921            | 0,219        | 0,083        |
| Percussie- en vibratietechnieken                       | 0,121            | 0,474            | <b>0,011</b> | <b>0,006</b>     | 0,913        | 0,669        |
| Muscle energy techniques                               | 0,190            | 0,087            | 0,967        | 0,531            | 0,163        | 0,082        |
| Algemene osteopathische mobilisaties                   | 0,233            | 0,451            | 0,729        | <b>0,006</b>     | 0,283        | 0,450        |
| Functionele technieken                                 | 0,156            | <b>0,001</b>     | <b>0,041</b> | 0,420            | 0,824        | 0,981        |
| PINS                                                   | 0,170            | 0,326            | 0,123        | <b>0,032</b>     | 0,069        | 0,308        |
| Fasciale technieken                                    | <b>0,002</b>     | 0,294            | 0,764        | <b>0,001</b>     | 0,091        | <b>0,048</b> |
| Wekedelen- en bindweefseltechnieken                    | 0,487            | 0,398            | 0,295        | <b>0,021</b>     | 0,453        | 0,119        |
| Neuroviscerale en neurolymfatische<br>reflextechnieken | <b>0,042</b>     | <b>0,009</b>     | 1,000        | 0,093            | 0,509        | 0,415        |
| Fluida technieken                                      | 0,199            | <b>&lt;0,001</b> | 0,235        | <b>0,048</b>     | 0,082        | 0,376        |
| Viscerale manipulaties                                 | <b>&lt;0,001</b> | 0,506            | 0,885        | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,012</b> | 0,131        |
| Neurocraniale en viscerocraniale<br>technieken         | 0,629            | 0,062            | 0,250        | 0,099            | 0,219        | 0,296        |
| Automatic shifting en fluid body approach              | 0,161            | <b>&lt;0,001</b> | 0,551        | <b>0,037</b>     | 0,802        | 0,307        |

**TABEL 24: P-WAARDEN VOOR DE ASSOCIATIE TUSSEN BEHANDELINGSTECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN VLAANDEREN (SIGNIFICANTE WAARDEN IN HET VET GEDRUKT).**

In Vlaanderen is geen significant verschil gevonden voor het verband tussen behandelingstechniek en opleidingsinstituut voor: high velocity low amplitude, muscle energy techniques en neurocraniale en viscerocraniale technieken. De overige resultaten zijn erg divers (zie tabel 24).

|                                                        | Vaker gebruikt door<br>osteopaten opgeleid aan | Minder vaak gebruikt door<br>osteopaten opgeleid aan |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| High velocity low amplitude                            | -                                              | -                                                    |
| Toggle-technieken                                      | BELSO                                          | FICO                                                 |
| Percussie- en vibratietechnieken                       | FICO                                           | IAO                                                  |
| Muscle energy techniques                               | -                                              | -                                                    |
| Algemene osteopathische mobilisaties                   | -                                              | IAO                                                  |
| Functionele technieken                                 | CS                                             | FICO                                                 |
| PINS                                                   | -                                              | IAO                                                  |
| Fasciale technieken                                    | IAO                                            | BELSO, andere                                        |
| Wekedelen- en bindweefseltechnieken                    | IAO                                            | -                                                    |
| Neuroviscerale en neurolymfatische<br>reflextechnieken | CS                                             | BELSO                                                |
| Fluida technieken                                      | CS                                             | IAO                                                  |
| Viscerale manipulaties                                 | IAO                                            | BELSO, IWGS                                          |
| Neurocraniale en viscerocraniale<br>technieken         | -                                              | -                                                    |
| Automatic shifting en fluid body approach              | CS                                             | IAO                                                  |

**TABEL 25: OVERZICHT SIGNIFICANTE RESULTATEN TUSSEN BEHANDELINGSTECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN VLAANDEREN.**

De frequentie van de inwendige techniek (vraag 30) in Vlaanderen werd gemodelleerd in functie van opleidingsinstituut aan de hand van een “proportional odds model”.

Tabel 26 geeft de p-waarde voor het effect van opleiding in het model.

|              | BELSO | CS    | FICO  | IAO   | IWGS  | andere |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Intrabuccale | 0,724 | 0,773 | 0,337 | 0,120 | 0,791 | 0,060  |
| Vaginale     | 0,550 | 0,859 | 0,824 | 0,748 | 0,223 | 0,656  |
| Rectale      | 0,805 | 0,784 | 0,312 | 0,973 | 0,497 | 0,524  |

**TABEL 26: RESULTATEN RELATIE INWENDIGE TECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN VLAANDEREN.**

De relatie tussen het gebruik van inwendige technieken en het opleidingsinstituut bleek in Vlaanderen niet significant te zijn (zie tabel 26).

## Nederland

De frequentie van de diagnostische techniek (vraag 28) in Nederland werd gemodelleerd in functie van opleidingsinstituut aan de hand van een “proportional odds model”.

Tabel 27 geeft de p-waarde voor het effect van opleiding in het model. Vervolgens wordt in Tabel 28 de richting van dit effect (vaker of minder vaak) weergegeven.

|                                       | CS               | FICO  | IAO              | andere       |
|---------------------------------------|------------------|-------|------------------|--------------|
| Inspectie                             | 0,138            | 0,838 | 0,090            | 0,593        |
| Range of motion                       | <b>0,020</b>     | 0,242 | <b>0,036</b>     | 0,204        |
| Klassieke orthopedische technieken    | <b>0,004</b>     | 0,087 | <b>0,043</b>     | 0,743        |
| Klassieke neurologische technieken    | <b>&lt;0,001</b> | 0,103 | <b>&lt;0,001</b> | 0,826        |
| Percussie en auscultatie              | 0,063            | 0,309 | <b>0,013</b>     | 0,226        |
| Palpatie van positie/structuren       | 0,181            | 0,692 | 0,289            | 0,408        |
| Palpatie van beweging                 | <b>0,001</b>     | 0,918 | <b>0,005</b>     | 0,598        |
| Tender points en triggerpunten        | 0,167            | 0,333 | 0,867            | <b>0,002</b> |
| Spierfunctieonderzoek                 | <b>&lt;0,001</b> | 0,222 | <b>0,002</b>     | 0,398        |
| Fascia-onderzoek                      | <b>&lt;0,001</b> | 0,697 | <b>&lt;0,001</b> | 0,144        |
| Onderzoek van de viscerale mobiliteit | <b>0,020</b>     | 0,070 | 0,811            | 0,666        |
| Onderzoek van het cranium             | <b>&lt;0,001</b> | 0,174 | <b>0,001</b>     | 0,414        |
| Neurolymfatisch reflexonderzoek       | 0,429            | 0,648 | 0,356            | 0,785        |

**TABEL 27: P-WAARDEN VOOR DE RELATIE DIAGNOSTISCHE TECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN NEDERLAND (SIGNIFICANTE WAARDEN IN HET VET GEDRUKT).**

In Nederland is geen significant verschil gevonden voor het verband tussen diagnostische techniek en opleidingsinstituut voor: inspectie, palpatie van positie/structuren en neurolymfatisch reflexonderzoek.

Bij osteopaten die de opleiding aan de FICO volgen blijkt er geen voorkeur te zijn in het gebruik van diagnostische technieken. Voor de osteopaten die de opleiding volgden bij de IAO en CS zijn de diagnostische technieken waarvoor er significanties werden opgetekend vrijwel gelijk.

Afwijkend zijn: Voor de IAO is het gebruik van percussie en auscultatie significant, bij CS is dit het onderzoek van de viscerale mobiliteit. De osteopaten opgeleid aan de IAO en CS maken minder gebruik van inspectie, palpatie van positie/structuren, “tenderpoints en triggerpunten” en neurolymfatisch reflexonderzoek.

|                                       | Vaker gebruikt door<br>osteopaten opgeleid aan | Minder vaak gebruikt door<br>osteopaten opgeleid aan |
|---------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Inspectie                             | -                                              | -                                                    |
| Range of motion                       | IAO                                            | CS                                                   |
| Klassieke orthopedische technieken    | IAO                                            | CS                                                   |
| Klassieke neurologische technieken    | IAO                                            | CS                                                   |
| Percussie en auscultatie              | -                                              | IAO                                                  |
| Palpatie van positie/structuren       | -                                              | -                                                    |
| Palpatie van beweging                 | CS                                             | IAO                                                  |
| Tender points en triggerpunten        | andere                                         | -                                                    |
| Spierfunctieonderzoek                 | IAO                                            | CS                                                   |
| Fascia-onderzoek                      | CS                                             | IAO                                                  |
| Onderzoek van de viscerale mobiliteit | CS                                             | -                                                    |
| Onderzoek van het cranium             | CS                                             | IAO                                                  |
| Neurolymfatisch reflexonderzoek       | -                                              | -                                                    |

**TABEL 28:** OVERZICHT SIGNIFICANTE RESULTATEN TUSSEN DIAGNOSTISCHE TECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN NEDERLAND.

De frequentie van de behandeltechniek (vraag 29) in Nederland werd gemodelleerd in functie van opleidingsinstituut aan de hand van een “proportional odds model”.

Tabel 29 geeft de p-waarde voor het effect van opleiding in het model. Vervolgens wordt in Tabel 30 de richting van dit effect (vaker of minder vaak) weergegeven.

|                                                     | CS               | FICO         | IAO              | andere       |
|-----------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|--------------|
| High velocity low amplitude                         | <b>&lt;0,001</b> | 0,510        | <b>&lt;0,001</b> | 0,872        |
| Toggle-technieken                                   | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,030</b> | <b>0,003</b>     | <b>0,001</b> |
| Percussie- en vibratietechnieken                    | 0,550            | 0,152        | 0,205            | 0,308        |
| Muscle energy techniques                            | <b>&lt;0,001</b> | 0,265        | <b>0,001</b>     | 0,128        |
| Algemene osteopathische mobilisaties                | <b>&lt;0,001</b> | 0,612        | <b>0,005</b>     | 0,523        |
| Functionele technieken                              | <b>&lt;0,001</b> | 0,216        | <b>0,001</b>     | 0,639        |
| PINS                                                | <b>0,007</b>     | <b>0,037</b> | 0,083            | 0,809        |
| Fasciale technieken                                 | 0,061            | 0,501        | <b>0,049</b>     | 0,166        |
| Wekedelen- en bindweefseltechnieken                 | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,032</b> | <b>0,007</b>     | 0,052        |
| Neuroviscerale en neurolymfatische reflextechnieken | <b>&lt;0,001</b> | 0,206        | <b>&lt;0,001</b> | 0,649        |
| Fluida technieken                                   | <b>&lt;0,001</b> | 0,248        | <b>&lt;0,001</b> | 0,278        |
| Viscerale manipulaties                              | 0,072            | 0,462        | <b>0,045</b>     | 0,321        |
| Neurocraniale en viscerocraniale technieken         | 0,706            | 0,338        | 0,296            | 0,195        |
| Automatic shifting en fluid body approach           | <b>&lt;0,001</b> | 0,234        | <b>0,008</b>     | 0,383        |

**TABEL 29:** RESULTATEN RELATIE BEHANDELINGSTECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN NEDERLAND (SIGNIFICANTE WAARDEN IN HET VET GEDRUKT).

Alleen voor toggle-technieken is een significantie gevonden bij alle opleidingen. Percussie- en vibratietechnieken en neurocraniale en viscerocraniale technieken bleken bij geen enkele opleiding significant te zijn. De IAO en het CS zijn de opleidingen met de meeste significante waarden.

|                                                        | Vaker gebruikt door<br>osteopaten opgeleid aan | Minder vaak gebruikt door<br>osteopaten opgeleid aan |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| High velocity low amplitude                            | IAO                                            | CS                                                   |
| Toggle-technieken                                      | IAO, andere                                    | CS, FICO                                             |
| Percussie- en vibratietechnieken                       | -                                              | -                                                    |
| Muscle energy techniques                               | CS                                             | IAO                                                  |
| Algemene osteopathische mobilisaties                   | IAO                                            | CS                                                   |
| Functionele technieken                                 | CS                                             | IAO                                                  |
| PINS                                                   | FICO                                           | CS                                                   |
| Fasciale technieken                                    | -                                              | IAO                                                  |
| Wekedelen- en bindweefseltechnieken                    | FICO, IAO                                      | CS                                                   |
| Neuroviscerale en neurolymfatische<br>reflextechnieken | IAO                                            | CS                                                   |
| Fluida technieken                                      | CS                                             | IAO                                                  |
| Viscerale manipulaties                                 | IAO                                            | -                                                    |
| Neurocraniale en viscreocraniale technieken            | -                                              | -                                                    |
| Automatic shifting en fluid body approach              | CS                                             | IAO                                                  |

**TABEL 30: OVERZICHT SIGNIFICANTE RESULTATEN TUSSEN BEHANDELINGSTECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN NEDERLAND.**

De frequentie van de inwendige techniek (vraag 30) in Nederland werd gemodelleerd in functie van opleidingsinstituut aan de hand van een “proportional odds model”.

Tabel 31 geeft de p-waarde voor het effect van opleiding in het model. Vervolgens wordt in Tabel 32 de richting van dit effect (vaker of minder vaak) weergegeven.

|              | CS           | FICO  | IAO          | andere       |
|--------------|--------------|-------|--------------|--------------|
| Intrabuccale | <b>0,005</b> | 0,856 | <b>0,004</b> | 0,350        |
| Vaginale     | 0,167        | 0,946 | 0,067        | <b>0,011</b> |
| Rectale      | 0,696        | 0,426 | 0,750        | 0,810        |

**TABEL 31: P-WAARDEN VOOR DE RELATIE INWENDIGE TECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN NEDERLAND (SIGNIFICANTE WAARDEN IN HET VET GEDRUKT).**

In Nederland is een significant verschil gevonden voor het gebruik van intrabuccale technieken bij osteopaten opgeleid door het CS en de IAO. Het gebruik van vaginale technieken bleek significant bij osteopaten die hun opleiding genoten aan andere opleidingsinstituten.

Het gebruik van vaginale technieken bleek significant bij osteopaten die hun opleiding genoten aan andere opleidingsinstituten.

|              | Vaker gebruikt door<br>osteopaten opgeleid aan | Minder vaak gebruikt door<br>osteopaten opgeleid aan |
|--------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Intrabuccale | IAO                                            | CS                                                   |
| Vaginale     | andere                                         | -                                                    |
| Rectale      | -                                              | -                                                    |

**TABEL 32: OVERZICHT SIGNIFICANTE RESULTATEN TUSSEN INWENDIGE TECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN NEDERLAND.**

## Franse Gemeenschap/Luxemburg

De frequentie van de diagnostische techniek (vraag 28) in de Franse Gemeenschap/Luxemburg werd gemodelleerd in functie van opleidingsinstituut aan de hand van een “proportional odds model”.

Tabel 33 geeft de p-waarde voor het effect van opleiding in het model. Vervolgens wordt in Tabel 34 de richting van dit effect (vaker of minder vaak) weergegeven.

|                                       | BELSO            | CBO          | IAO          | IWGS         | SCOM         | ULB              | andere       |
|---------------------------------------|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------|--------------|
| Inspectie                             | 0,283            | 0,619        | <b>0,002</b> | 0,444        | 0,636        | <b>0,008</b>     | <b>0,025</b> |
| Range of motion                       | <b>0,001</b>     | 0,273        | 0,448        | 0,964        | 0,223        | <b>0,028</b>     | 0,937        |
| Klassieke orthopedische technieken    | 0,216            | 0,074        | 0,060        | 0,584        | 0,072        | <b>0,006</b>     | 0,081        |
| Klassieke neurologische technieken    | <b>0,002</b>     | 0,297        | <b>0,004</b> | 0,732        | <b>0,011</b> | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,042</b> |
| Percussie en auscultatie              | <b>0,011</b>     | 0,364        | 0,109        | 0,223        | <b>0,049</b> | 0,112            | 0,284        |
| Palpatie van positie/structuren       | 0,104            | 0,586        | 0,678        | 0,212        | 0,452        | 0,516            | 0,528        |
| Palpatie van beweging                 | <b>&lt;0,001</b> | 0,739        | 0,382        | 0,499        | 0,544        | 0,746            | 0,313        |
| Tender points en triggerpunten        | 0,256            | <b>0,032</b> | 0,050        | <b>0,047</b> | 0,205        | 0,054            | 0,760        |
| Spierfunctieonderzoek                 | 0,391            | 0,092        | 0,306        | 0,929        | 0,102        | 0,057            | 0,404        |
| Fascia-onderzoek                      | 0,964            | 0,169        | 0,453        | 0,884        | 0,710        | <b>0,032</b>     | 0,214        |
| Onderzoek van de viscerale mobiliteit | <b>0,016</b>     | 0,723        | 0,136        | 0,058        | 0,106        | <b>&lt;0,001</b> | 0,093        |
| Onderzoek van het cranium             | <b>&lt;0,001</b> | 0,067        | 0,654        | 0,944        | <b>0,005</b> | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,006</b> |
| Neurolymfatisch reflexonderzoek       | 0,103            | 0,493        | <b>0,038</b> | 0,536        | <b>0,012</b> | <b>0,005</b>     | 0,540        |

**TABEL 33:** RESULTATEN RELATIE DIAGNOSTISCHE TECHNIK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG (SIGNIFICANTE WAARDEN IN HET VET GEDRUKT).

|                                       | Vaker gebruikt door osteopaten opgeleid aan | Minder vaak gebruikt door osteopaten opgeleid aan |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Inspectie                             | IAO, ULB                                    | andere                                            |
| Range of motion                       | ULB                                         | BELSO                                             |
| Klassieke orthopedische technieken    | ULB                                         |                                                   |
| Klassieke neurologische technieken    | IAO, SCOM, ULB                              | BELSO, andere                                     |
| Percussie en auscultatie              | SCOM                                        | BELSO                                             |
| Palpatie van positie/structuren       | -                                           | -                                                 |
| Palpatie van beweging                 | -                                           | BELSO                                             |
| Tender points en triggerpunten        | CBO                                         | IWGS                                              |
| Spierfunctieonderzoek                 | -                                           | -                                                 |
| Fascia-onderzoek                      | -                                           | ULB                                               |
| Onderzoek van de viscerale mobiliteit | BELSO                                       | ULB                                               |
| Onderzoek van het cranium             | BELSO, andere                               | SCOM, ULB                                         |
| Neurolymfatisch reflexonderzoek       | IAO                                         | SCOM, ULB                                         |

**TABEL 34:** OVERZICHT SIGNIFICANTE RESULTATEN TUSSEN DIAGNOSTISCHE TECHNIK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG.

In de Franse Gemeenschap/Luxemburg is geen significant verschil gevonden voor het verband tussen diagnostische techniek en opleidingsinstituut voor: palpatie van positie/structuren en spierfunctieonderzoek. De overige resultaten zijn erg divers. De ULB is de opleiding met de meeste significante waarden voor diagnostische technieken (zie tabel 33).

De frequentie van de behandeltechniek (vraag 29) in de Franse Gemeenschap/Luxemburg werd gemodelleerd in functie van opleidingsinstituut aan de hand van een “proportional odds model”.

Tabel 35 geeft de p-waarde voor het effect van opleiding in het model. Vervolgens wordt in Tabel 36 de richting van dit effect (vaker of minder vaak) weergegeven.

|                                                     | BELSO            | CBO          | IAO              | IWGS             | SCOM         | ULB              | andere       |
|-----------------------------------------------------|------------------|--------------|------------------|------------------|--------------|------------------|--------------|
| High velocity low amplitude                         | 0,532            | 0,825        | <b>&lt;0,001</b> | 0,363            | 0,619        | 0,498            | <b>0,021</b> |
| Toggle-technieken                                   | 0,249            | 0,161        | <b>0,004</b>     | 0,211            | <b>0,002</b> | 0,327            | 0,452        |
| Percussie- en vibratietechnieken                    | 0,568            | 0,529        | <b>0,028</b>     | 1,000            | 0,242        | 0,436            | 0,088        |
| Muscle energy techniques                            | 0,934            | 0,556        | 0,233            | 0,957            | 0,336        | 0,131            | 0,372        |
| Algemene osteopathische mobilisaties                | 0,054            | 0,211        | <b>&lt;0,001</b> | <b>&lt;0,001</b> | 0,382        | 0,069            | 0,067        |
| Functionele technieken                              | 0,059            | 0,064        | 0,076            | 0,330            | 0,989        | 0,617            | 0,298        |
| PINS                                                | <b>0,001</b>     | <b>0,022</b> | <b>0,020</b>     | <b>0,007</b>     | 0,448        | 0,650            | 0,524        |
| Fasciale technieken                                 | 0,242            | 0,145        | 0,809            | 0,401            | 0,291        | 0,586            | 0,958        |
| Wekedelen- en bindweefseltechnieken                 | 0,191            | 0,186        | 0,242            | 0,806            | 0,983        | 0,344            | 0,730        |
| Neuroviscerale en neurolymfatische reflextechnieken | 0,851            | 0,114        | 0,061            | 0,105            | <b>0,045</b> | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,029</b> |
| Fluida technieken                                   | 0,630            | 0,475        | 0,124            | 0,711            | <b>0,010</b> | <b>0,016</b>     | <b>0,010</b> |
| Viscerale manipulaties                              | 0,217            | 0,424        | 0,352            | 0,271            | <b>0,030</b> | <b>&lt;0,001</b> | 0,056        |
| Neurocraniale en viscerocraniale technieken         | <b>&lt;0,001</b> | 0,096        | 0,563            | 0,148            | 0,051        | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,015</b> |
| A. shifting en fluid body approach                  | 0,147            | 0,087        | 0,641            | 0,375            | <b>0,012</b> | <b>0,032</b>     | <b>0,001</b> |

**TABEL 35: RESULTATEN RELATIE BEHANDELTECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG (SIGNIFICANTE WAARDEN IN HET VET GEDRUKT).**

Muscle energy techniques, functionele technieken, fasciale technieken en wekedelen- en bindweefseltechnieken bleken bij geen enkele opleiding significant te zijn. Verder zijn percussie- en vibratietechnieken alleen significant bij de IAO. De andere technieken zijn bij twee of meer opleidingen significant.

|                                      | Vaker gebruikt door osteopaten opgeleid aan | Minder vaak gebruikt door osteopaten opgeleid aan |
|--------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| High velocity low amplitude          | IAO                                         | andere                                            |
| Toggle-technieken                    | IAO                                         | SCOM                                              |
| Percussie- en vibratietechnieken     | IAO                                         | -                                                 |
| Muscle energy techniques             | -                                           | -                                                 |
| Algemene osteopathische mobilisaties | IAO                                         | IWGS                                              |
| Functionele technieken               | -                                           | -                                                 |

| PINS                                                | CBO, IAO | BELSO, IWGS |
|-----------------------------------------------------|----------|-------------|
| Fasciale technieken                                 | -        | -           |
| Wekedelen- en bindweefseltechnieken                 | -        | -           |
| Neuroviscerale en neurolymfatische reflextechnieken | andere   | SCOM, ULB   |
| Fluida technieken                                   | andere   | SCOM, ULB   |
| Viscerale manipulaties                              | -        | SCOM, ULB   |
| Neurocraniale en viscreocraniale technieken         | BELSO    | ULB         |
| Automatic shifting en fluid body approach           | andere   | SCOM, ULB   |

**TABEL 36: OVERZICHT SIGNIFICANTE RESULTATEN TUSSEN BEHANDELTECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG.**

De frequentie van de inwendige techniek (vraag 30) in de Franse Gemeenschap/Luxemburg werd gemodelleerd in functie van opleidingsinstituut aan de hand van een “proportional odds model”.

Tabel 37 geeft de p-waarde voor het effect van opleiding in het model. Vervolgens wordt in Tabel 38 de richting van dit effect (vaker of minder vaak) weergegeven.

|              | BELSO | CBO   | IAO   | IWGS         | SCOM  | ULB          | andere |
|--------------|-------|-------|-------|--------------|-------|--------------|--------|
| intrabuccale | 0,062 | 0,001 | 0,430 | 0,895        | 0,298 | 1,000        | 0,449  |
| vaginale     | 1,000 | 0,739 | 0,838 | <b>0,046</b> | 0,011 | 0,071        | 0,094  |
| rectale      | 0,733 | 0,488 | 0,715 | 0,169        | 0,423 | <b>0,027</b> | 1,000  |

**TABEL 37: RESULTATEN RELATIE INWENDIGE TECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG (SIGNIFICANTE WAARDEN IN HET VET GEDRUKT).**

Voor osteopaten die bij het IWGS zijn opgeleid is het gebruik van vaginale technieken statistisch significant. Het gebruik van rectale technieken is voor osteopaten opgeleid aan de ULB significant.

|              | Vaker gebruikt door osteopaten opgeleid aan | Minder vaak gebruikt door osteopaten opgeleid aan |
|--------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Intrabuccale | -                                           | -                                                 |
| Vaginale     | IWGS                                        | -                                                 |
| Rectale      | -                                           | ULB                                               |

**TABEL 38: OVERZICHT SIGNIFICANTE RESULTATEN TUSSEN INWENDIGE TECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG.**

Bijkomend inzicht kan bekomen worden via de effect plots en frequentietabellen in de digitale bijlage.

### 3.4.7 Relatie tussen gebruikte onderzoeks- en behandeltechnieken en het volgen van een deel(vol)tijdse opleiding en regio

Om de relatie tussen gebruikte onderzoeks- en behandeltechnieken (vraag 28, in geordende categorieën gaande van altijd naar nooit) en het volgen van een deeltijdse of dagopleiding en regio te kunnen bepalen, is gebruik gemaakt van een “proportional odds model”.

Tabel 39 geeft aan of de kans op het gebruiken van een bepaalde diagnostische techniek afhangt van het soort opleiding, alsook of er tussen soort opleiding en regio een interactie-effect aanwezig is.

| Diagnostische techniek                | Effect Opleiding | Interactie-effect Opleiding:Regio |
|---------------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| Inspectie                             | Nee              | Nee                               |
| Range of motion                       | Nee              | Nee                               |
| Klassieke orthopedische technieken    | Ja               | Nee                               |
| Klassieke neurologische technieken    | Nee              | Nee                               |
| Percussie en auscultatie              | Ja               | Nee                               |
| Palpatie van positie/structuren       | Ja               | Nee                               |
| Palpatie van beweging                 | Ja               | Nee                               |
| Tender points en triggerpunten        | Ja               | Ja                                |
| Spierfunctieonderzoek                 | Nee              | Nee                               |
| Fascia-onderzoek                      | Nee              | Nee                               |
| Onderzoek van de viscerale mobiliteit | Ja               | Ja                                |
| Onderzoek van het cranium             | Ja               | Ja                                |
| Neurolymfatisch reflexonderzoek       | Nee              | Nee                               |

**TABEL 39: RELATIE DIAGNOSTISCHE TECHNIEK MET OPLEIDING EN REGIO.**

Voor 6 van de 13 diagnostische technieken bestaat er geen significante invloed van deeltijdse/dagopleiding en geen interactie-effect met regio.

De tender points en triggerpunten worden diagnostisch vaker gebruikt door osteopaten in Nederland en de Franse Gemeenschap/Luxemburg die een voltijdse opleiding hebben gevolgd en minder vaak door osteopaten in Vlaanderen die een voltijdse opleiding hebben gevolgd (interactie opleiding-regio:  $p=0,02$ ).

Onderzoek van de viscerale mobiliteit wordt vaker gebruikt door osteopaten in Vlaanderen die een voltijdse opleiding hebben gevolgd. Er wordt geen significante invloed van soort opleiding voor osteopaten in Nederland en de Franse Gemeenschap/Luxemburg vastgesteld (interactie opleiding-regio:  $p=0,002$ ).

Onderzoek van het cranium wordt vaker gebruikt door osteopaten in Nederland die een deeltijdse opleiding hebben gevolgd. Er wordt geen significante invloed vastgesteld van soort opleiding voor osteopaten in Vlaanderen en de Franse Gemeenschap/Luxemburg (interactie opleiding-regio:  $p=0,005$ ).

De frequentie van behandeltechniek (vraag 29) werd gemodelleerd in functie van deeltijdse/dagopleiding en regio aan de hand van een “proportional odds model”.

Tabel 40 geeft aan of de kans op het gebruiken van een bepaalde behandeltechniek afhangt van het soort opleiding, alsook of er tussen soort opleiding en regio een interactie-effect aanwezig is.

Voor 8 van de 14 behandeltechnieken bestaat er geen significante invloed van deeltijdse/dagopleiding en geen interactie-effect met regio.

| Behandeltechniek                                    | Effect Opleiding | Interactie-effect Opleiding:Regio |
|-----------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| High velocity low amplitude                         | Ja               | Ja                                |
| Toggle-technieken                                   | Ja               | Nee                               |
| Percussie- en vibratietechnieken                    | Nee              | Nee                               |
| Muscle energy techniques                            | Nee              | Nee                               |
| Algemene osteopatische mobilisaties                 | Ja               | Nee                               |
| Functionele technieken                              | Nee              | Nee                               |
| PINS                                                | Ja               | Ja                                |
| Fasciale technieken                                 | Ja               | Nee                               |
| Wekedelen- en bindweefseltechnieken                 | Ja               | Ja                                |
| Neuroviscerale en neurolymfatische reflextechnieken | Nee              | Nee                               |
| Fluida technieken                                   | Nee              | Nee                               |
| Viscerale manipulaties                              | Nee              | Nee                               |
| Neurocraniale en viscerocraniale technieken         | Nee              | Nee                               |
| Automatic shifting en fluid body approach           | Nee              | Nee                               |

**TABEL 40: RELATIE BEHANDELTECHNIEK MET OPLEIDING EN REGIO.**

HVLA-technieken worden vaker gebruikt door osteopaten in Nederland die een voltijdse opleiding hebben gevolgd en minder vaak door osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg die een voltijdse opleiding hebben gevolgd. Er wordt geen duidelijke invloed vastgesteld van soort opleiding voor osteopaten in Vlaanderen (interactie opleiding-regio:  $p=0,008$ ).

PINS wordt vaker gebruikt door osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg die een voltijdse opleiding hebben gevolgd en minder vaak door osteopaten in Vlaanderen die een voltijdse opleiding hebben gevolgd. Er wordt geen significante invloed van soort van opleiding voor osteopaten in Nederland vastgesteld (interactie opleiding-regio:  $p=0,04$ ).

Wekedelen- en bindweefseltechnieken worden vaker gebruikt door osteopaten in Nederland en Vlaanderen die een voltijdse opleiding hebben gevolgd en minder vaak door osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg die een voltijdse opleiding hebben gevolgd (interactie opleiding-regio:  $p=0,04$ ).

De frequentie van de aanwending van inwendige technieken (vraag 30) werd gemodelleerd in functie van deeltijdse/dagopleiding en regio aan de hand van een “proportional odds model”.

Tabel 41 geeft aan of de kans op het gebruiken van een bepaalde inwendige techniek afhangt van het soort opleiding, alsook of er tussen soort opleiding en regio een interactie-effect aanwezig is.

| Inwendige techniek | Effect Opleiding | Interactie-effect Opleiding:Regio |
|--------------------|------------------|-----------------------------------|
| Intrabuccale       | Nee              | Nee                               |
| Vaginale           | Nee              | Nee                               |
| Rectale            | Ja               | Nee                               |

**TABEL 41: RELATIE INWENDIGE TECHNIEK MET OPLEIDING EN REGIO.**

Uit de tabel 41 valt af te lezen dat de soort opleiding geen significante invloed heeft op het gebruik van intrabuccale- en vaginale technieken. Rectale technieken daarentegen worden wel significant vaker gebruikt door osteopaten die een deeltijdse opleiding gevolgd hebben ( $p=0,03$ ).

Bijkomend inzicht kan bekomen worden via de effect plots in de digitale bijlage.

### 3.4.8 Relatie met gebruik van inwendige technieken

#### Relatie met geslacht

Om te kunnen beoordelen of het geslacht en de regio van invloed is op het gebruik van inwendige technieken (vraag 30) werd gebruik gemaakt van een “proportional odds model”.

Tabel 42 geeft aan of de kans op het gebruiken van een bepaalde inwendige techniek afhangt van het geslacht, alsook of er tussen geslacht en regio een interactie-effect aanwezig is.

| Inwendige techniek | Effect Geslacht | Interactie-effect<br>Geslacht:Regio |
|--------------------|-----------------|-------------------------------------|
| Intrabuccale       | Ja              | Ja                                  |
| Vaginale           | Ja              | Nee                                 |
| Rectale            | Nee             | Nee                                 |

**TABEL 42: RELATIE INWENDIGE TECHNIEK MET GESLACHT EN REGIO.**

Intrabuccale technieken worden vaker gebruikt door vrouwelijke osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen. Voor Nederland is er geen significante invloed van geslacht gevonden (interactie geslacht-regio:  $p=0,009$ ).

Gebleken is dat vrouwelijke osteopaten vaker gebruik maken van vaginale technieken dan hun mannelijke collega's ( $p<0,001$ ). Bij het gebruik van rectale technieken is daarentegen geen invloed van het geslacht gevonden ( $p=0,97$ ).

Bijkomend inzicht wordt bekomen via de effect plots in de digitale bijlage.

#### Relatie met leeftijd

Om te kunnen beoordelen of de leeftijd van invloed is op het gebruik van inwendige technieken is gebruik gemaakt van een “proportional odds model”.

Tabel 43 geeft aan of de kans op het gebruiken van een bepaalde inwendige techniek afhangt van de leeftijd, alsook of er tussen leeftijd en regio een interactie-effect aanwezig is.

| Inwendige techniek | Effect Geslacht | Interactie-effect<br>Geslacht:Regio |
|--------------------|-----------------|-------------------------------------|
| Intrabuccale       | Nee             | Nee                                 |
| Vaginale           | Ja              | Nee                                 |
| Rectale            | Ja              | Nee                                 |

**TABEL 43: RELATIE INWENDIGE TECHNIEK MET LEEFTIJD.**

Het gebruik van intrabuccale technieken blijkt niet leeftijdsgebonden te zijn ( $p=0,41$ ). Vaginale technieken worden (iets) vaker gebruikt bij stijgende leeftijd ( $p=0,002$ ). Rectale technieken worden vaker gebruikt bij stijgende leeftijd ( $p<0,001$ ).

Bijkomend inzicht wordt bekomen via de effect plots in de digitale bijlage.

### **3.4.9 Relaties met het uitvoeren van een uitsluitingsdiagnostiek**

#### **Relatie met leeftijd**

Het logistische regressiemodel voor de respons “uitvoeren van een uitsluitingsdiagnostiek” in functie van leeftijd en regio geeft aan dat er geen significante relatie is tussen het uitvoeren van een uitsluitingsdiagnostiek en leeftijd ( $p=0,54$ ). Het al dan niet uitvoeren van een uitsluitingsdiagnostiek blijkt wel verschillend te zijn tussen de verschillende regio's ( $p=0,01$ ).

In het bijzonder ligt in de Franse Gemeenschap/Luxemburg het aandeel osteopaten dat een uitsluitingsdiagnostiek uitvoert hoger dan in Nederland, en in Nederland hoger dan in Vlaanderen.

Bijkomende frequentietabellen en effect plots zitten in de digitale bijlage.

#### **Relatie met soort opleiding**

Het logistische regressiemodel voor de respons “uitvoeren van een uitsluitingsdiagnostiek” in functie van soort opleiding en regio geeft aan dat er geen significante relatie is tussen het uitvoeren van een uitsluitingsdiagnostiek en soort opleiding ( $p=0,23$ ). Dezelfde bevindingen m.b.t. regio als hierboven zijn van toepassing.

Bijkomende frequentietabellen en effect plots zitten in de digitale bijlage.

#### **Relatie met anciënniteit**

Het logistische regressiemodel voor de respons “uitoefenen van een uitsluitingsdiagnostiek” in functie van anciënniteit en regio geeft aan dat er een significante relatie is tussen het uitvoeren van een uitsluitingsdiagnostiek en anciënniteit: het aandeel osteopaten dat ook gebruik maakt van een uitsluitingsdiagnostiek stijgt met toenemende anciënniteit ( $p=0,006$ ). Voor elke stijging van anciënniteit met 1 jaar zal de odds (=kansverhouding) om een uitsluitingsdiagnostiek uit te oefenen met een factor 1,04 toenemen. Dit anciënniteitsverschil blijkt niet significant verschillend te zijn voor de verschillende regio's (interactie anciënniteit-regio:  $p=0,84$ ).

Bijkomende box- en whisker plot en effect plots zitten in de digitale bijlage

### **3.4.10 Relatie tussen aantal uren dat iemand werkzaam is en het geslacht van de osteopaat**

Met behulp van een lineair regressiemodel is bepaald of er een relatie is tussen het aantal uren dat iemand werkzaam is, het geslacht en de regio waar deze osteopaat werkzaam is. Hierbij is gecorrigeerd voor de anciënniteit van de osteopaten.

Het model geeft aan dat voor een gegeven anciënniteit er een significante invloed is van zowel geslacht als regio. Tevens is er een interactie-effect aanwezig tussen geslacht en regio met betrekking tot het aantal uren dat osteopaten werkzaam zijn ( $p=0,004$ ).

Dit betekent dat de invloed van geslacht op het gemiddelde “aantal uren werkzaam” verschillend is per regio. Het gemiddeld aantal uren werkzaam is in het algemeen hoger voor osteopaten uit Nederland en Vlaanderen dan voor osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg. Mannelijke osteopaten in Nederland zijn gemiddeld beduidend meer uren werkzaam dan vrouwelijke osteopaten, terwijl in Vlaanderen en de Franse Gemeenschap/Luxemburg geen duidelijk verschil aanwezig is tussen osteopaten van beide geslachten voor wat betreft het gemiddeld aantal uren werkzaam.

Voor een bepaald geslacht en een bepaalde regio is er daarnaast een significante invloed van anciënniteit te vinden ( $p < 0,001$ ). Er werd dus terecht gecorrigeerd voor anciënniteit in het model. Bij een stijging van anciënniteit met 1 jaar neemt het gemiddeld aantal uren werkzaam per week met zo'n 0,42 (95% B.I.: 0,31-0,53) toe.

Bijkomend inzicht wordt verschaft door de effect plots in de digitale bijlage.

### 3.4.11 Relatie provincie/regio met honorarium

Om te kunnen bepalen of er een relatie aanwezig tussen de regio(provincie) waar iemand werkzaam is en het honorarium, werd gebruik gemaakt van een variantie-analyse. Omdat er sprake is van multiplicitéit<sup>40</sup> werd een correctie met de Tukey methode uitgevoerd.

#### Vlaanderen

Een variantie-analyse geeft aan dat er een duidelijke invloed is van provincie/regio op het gemiddeld honorarium van Vlaamse osteopaten, zowel voor een eerste consult(atie) (vraag 36) ( $p < 0,001$ ) als voor een vervolgconsult(atie) (vraag 37) ( $p < 0,001$ ).

De grootste verschillen zijn te vinden tussen osteopaten in de Vlaamse provincies en osteopaten die (ook) in het buitenland werken. Osteopaten in het buitenland hebben gemiddeld een hoger honorarium. Tussen de Vlaamse provincies onderling zijn er geen noemenswaardige verschillen te detecteren.

Tabel 44 geeft het (simultaan) 95% betrouwbaarheidsinterval van het verschil in gemiddeld honorarium tussen de eerst vermelde en tweede vermelde provincie/regio en de bijhorende p-waarde voor de paren van provincies/regio's waartussen er een significante verschil van het gemiddeld honorarium is gevonden.

| Honorarium eerste consultatie        | 95% LL | 95% UL | p-waarde |
|--------------------------------------|--------|--------|----------|
| Buitenland-Antwerpen                 | 1,10   | 19,79  | 0,018    |
| Buitenland-Vlaams-Brabant            | 1,30   | 21,26  | 0,016    |
| Buitenland-West-Vlaanderen           | 4,63   | 23,62  | <0,001   |
| Buitenland-Oost-Vlaanderen           | 3,73   | 22,53  | 0,001    |
| Buitenland-Limburg                   | 3,98   | 25,74  | 0,001    |
| <b>Honorarium vervolgconsultatie</b> |        |        |          |
| Buitenland-Vlaams-Brabant            | 0,34   | 19,42  | 0,038    |
| Buitenland-West-Vlaanderen           | 4,10   | 22,27  | 0,001    |
| Buitenland-Oost-Vlaanderen           | 3,17   | 21,15  | 0,002    |
| Buitenland-Limburg                   | 2,62   | 23,42  | 0,005    |

**TABEL 44: INVLOED VAN PROVINCIE/REGIO OP HONORARIUM OSTEOPATEN IN VLAANDEREN.**

<sup>40</sup> Dit betekent dat meerdere paarsgewijze vergelijkingen tussen provincies/regio's simultaan werden uitgevoerd.

## Nederland

Een variantie-analyse geeft aan dat er een invloed is van provincie/regio op het gemiddeld honorarium van Nederlandse osteopaten, zowel voor een eerste consult(atie) (vraag 36) ( $p=0,046$ ) als voor een vervolgconsult(atie) (vraag 37) ( $p=0,023$ ).

Tabel 45 geeft een overzicht van de paarsgewijze significante verschillen.

| Honorarium eerste consultatie | 95% LL | 95% UL | p-waarde |
|-------------------------------|--------|--------|----------|
| Buitenland-Zeeland            | -35,62 | -0,93  | 0,029    |
| Honorarium vervolgconsultatie |        |        |          |
| Buitenland-Noord-Holland      | -26,14 | -0,18  | 0,043    |

**TABEL 45:** INVLOED VAN PROVINCIE/REGIO OP HONORARIUM OSTEOPATEN IN NEDERLAND.

## Franse Gemeenschap/Luxemburg

Een variantie-analyse geeft aan dat er een invloed is van provincie/regio op het gemiddeld honorarium van de Franse Gemeenschap/Luxemburgse osteopaten, zowel voor een eerste consult(atie) (vraag 36) ( $p=0,001$ ) als voor een vervolgconsult(atie) (vraag 37) ( $p<0,001$ ).

Tabel 46 geeft een overzicht van de paarsgewijze significante verschillen.

| Honorarium eerste consultatie | 95% LL | 95% UL | p-waarde |
|-------------------------------|--------|--------|----------|
| Lux.Centre-Namen              | 0,10   | 23,14  | 0,046    |
| Lux.Centre-Lux.Bel            | 0,36   | 28,49  | 0,039    |
| Honorarium vervolgconsultatie |        |        |          |
| Luik-Brussel                  | -12,33 | -1,062 | 0,007    |
| Lux.Sud.Esch-Luik             | 0,50   | 27,32  | 0,035    |
| Lux.Sud.Esch-Namen            | 0,15   | 28,57  | 0,045    |
| Lux.Sud.Esch-Lux.Bel          | 1,46   | 34,27  | 0,021    |

**TABEL 46:** INVLOED VAN PROVINCIE/REGIO OP HONORARIUM OSTEOPATEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG.

### 3.4.12 Relatie honorarium en anciënniteit

Om te kunnen bepalen of een relatie bestaat tussen honorarium en anciënniteit en de regio werd gebruik gemaakt van een lineair regressiemodel. Deze relatie is zowel voor het eerste consult(atie) als voor de vervolgconsult(atie) bepaald.

Zowel anciënniteit als regio blijken een significante invloed te hebben op het gemiddelde honorarium bij een eerste consult(atie). Bij een toename van de anciënniteit met 1 jaar neemt voor een gegeven regio het honorarium bij een eerste consult(atie) toe met gemiddeld 0,25 Euro (95% B.I.: 0,15-0,36 Euro). Het honorarium bij een eerste consult(atie) ligt voor osteopaten in Vlaanderen gemiddeld 3.87 Euro (95% B.I.: 1,89-5,84 Euro) lager dan voor osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg, en voor osteopaten in Nederland gemiddeld 29,2 Euro (95% B.I. 27,2-21,3 Euro) hoger dan voor osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg.

Zowel anciënniteit als regio blijken ook een significante invloed te hebben op het gemiddelde honorarium bij een vervolgconsultatie. Bij een toename van de anciënniteit met 1 jaar neemt voor een gegeven regio het honorarium bij een vervolgconsult(atie) toe met gemiddeld 0,17 Euro (95% B.I.: 0,08-0,27 Euro). Het honorarium bij een vervolgconsult(atie) ligt voor osteopaten in Vlaanderen gemiddeld 3,76 Euro (95% B.I.: 1,92-5,59 Euro) lager dan voor osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg, en voor osteopaten in Nederland gemiddeld 24,9 Euro (95% B.I. 23,0-26,8 Euro) hoger dan voor osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg.

Bijkomend inzicht wordt verschaft door de effect plots in de digitale bijlage.

## 4 Discussie

### 4.1 België: KCE 2010 versus Osteosurvey 2013

Enkel voor België is het mogelijk de resultaten van voorliggende studie te vergelijken met soortgelijk onderzoek dat in het recente verleden werd uitgevoerd.<sup>41,42</sup> Waar mogelijk worden de gegevens ook vergeleken met deze van buitenlandse studies beperkt tot Europa.

Omdat het KCE enkel de leden van de zes erkende beroepsverenigingen uitnodigde om deel te nemen aan hun enquête, lag hun totaal aantal bij 905, terwijl dit voor deze studie bij 1.357 lag. Het uiteindelijke aantal respondenten was respectievelijk 454 (50,1%) en 702 (52,9%) (Tabel 47). Voor de Osteosurvey 2013 werd er gekozen om een maximaal aantal personen uit te nodigen die zich beroepsmatig als “osteopaat” profileren. Een jaar geleden (januari 2013) waren er meer dan 1.100 osteopaten geregistreerd bij de zeven beroepsverenigingen van osteopaten in België. Meer dan 400 osteopaten waren niet verbonden aan een erkende beroepsvereniging en zijn dus niet gebonden aan enige reglementering door een beroepsorganisatie of gecontroleerd op nascholing.<sup>43</sup> Het aantal personen dat als osteopaat werd opgeleid ligt waarschijnlijk nog hoger omdat een aantal kinesitherapeuten die een osteopathieopleiding hebben genoten hun job als kinesitherapeut blijven uitoefenen. Ze kunnen geen lid worden van een beroepsvereniging van osteopaten omdat lidmaatschap van nagenoeg alle beroepsverenigingen impliceert dat de RIZIV-erkenning als kinesitherapeut op non-actief wordt gesteld, iets wat voor sommige beoefenaars een te zware eis blijkt. Wegens het feit dat er dus een aanzienlijk aantal osteopaten in België werkzaam zijn die niet aangesloten zijn bij een erkende beroepsvereniging, werd er contact opgenomen met het intermutualistisch college om ook deze osteopaten te kunnen aanschrijven en uit te nodigen voor deelname aan het onderzoek. Het totale aantal osteopaten in België wordt door de mutualiteiten momenteel geschat op 1.600.

Om die reden werden er niet enkel meer osteopaten in het onderzoek opgenomen maar worden er tevens enkele verschuivingen in de gegevens waargenomen die niet enkel kunnen verklaard worden door het tijdstip van onderzoek.

Momenteel komen er elk jaar zo’n 60 tot 70 geregistreerde osteopaten bij in België.<sup>44</sup>

|               | KCE 2010    | Osteosurvey 2013 |
|---------------|-------------|------------------|
| Uitgenodigden | 905         | 1.367            |
| Respondenten  | 454 (50,1%) | 702 (52,9%)      |

**TABEL 47: AANTAL UITGENODIGDEN EN RESPONDENTEN VAN DE KCE-STUDIE (2010) EN DE OSTEOSURVEY 2013.**

<sup>41</sup> Hesse E. Gezondheidsenquête België 2008, Contacten met beoefenaars van niet-conventionele geneeswijzen. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), 2010

<sup>42</sup> 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 <http://kce.fgov.be/publication/report/osteopathy-and-chiropractic-state-of-affairs-in-belgium>

<sup>43</sup> van Dun P.L.S., Mens M., Van den Berghe W., Hermans B. (red.), Informatiedocument Osteopathie, Brussel, 2013, Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw) en Register voor de Osteopaten van België (R.O.B.)

<sup>44</sup> ibid.

#### 4.1.1 Demografische data

Volgens de Osteosurvey oefenen de meeste osteopaten hun beroep uit in Vlaanderen (58%). Iets minder dan een derde (31%) werkt in Wallonië en 10,9% in Brussel. De KCE-studie toont enkel een lichte verschuiving in cijfers tussen Wallonië en Brussel (respectievelijk 29% en 13%).

Deze cijfers komen grosso modo overeen met de bevolkingscijfers. Meer algemeen mogen we stellen dat de osteopaten vrij goed verdeeld zijn over het hele land. Enkel de provincies Luxemburg en Limburg zijn relatief onderbemand, waarbij de provincie Waals-Brabant dan weer relatief veel osteopaten telt.

#### Geslacht

In België wordt het beroep van osteopaat voornamelijk beoefend door mannen. Momenteel zijn slechts 26,1% van de osteopaten vrouwen. Een verklaring daarvoor is wellicht te vinden in het feit dat de meeste osteopaten hun beroepsbegeleidende opleiding gedurende 5 jaar dienden te combineren met hun beroepspraktijk en gezinsleven, wat voor vrouwen met kinderen niet steeds evident is.

Zoals men algemeen een vervrouwelijking van de gezondheidszorg kan vaststellen<sup>45</sup>, stijgt ook het percentage aan vrouwelijke osteopaten. We zien dit aan een toename van vrouwelijke osteopaten in de jongere leeftijdscategorieën, met zelfs een omkering van de verhouding man/vrouw in de leeftijdscategorie van 20-29 jaar (Figuur 29). Een bijkomende factor die hierin een rol kan spelen is het aanbod van voltijdse opleidingen die aangeboden worden na het secundair onderwijs.

Toch merkt men dat 28,4% van de respondenten uit de KCE-studie in 2010 uit vrouwen bestaat, terwijl dit voor de Osteosurvey slechts 26,1% is. Het is aan te nemen dat dit onderscheid vooral te verklaren is door de duidelijke verschillen in de twee eerste leeftijdscategorieën, waarbij in de jongste leeftijdscategorie de meeste vrouwen te vinden zijn (Figuur 45).

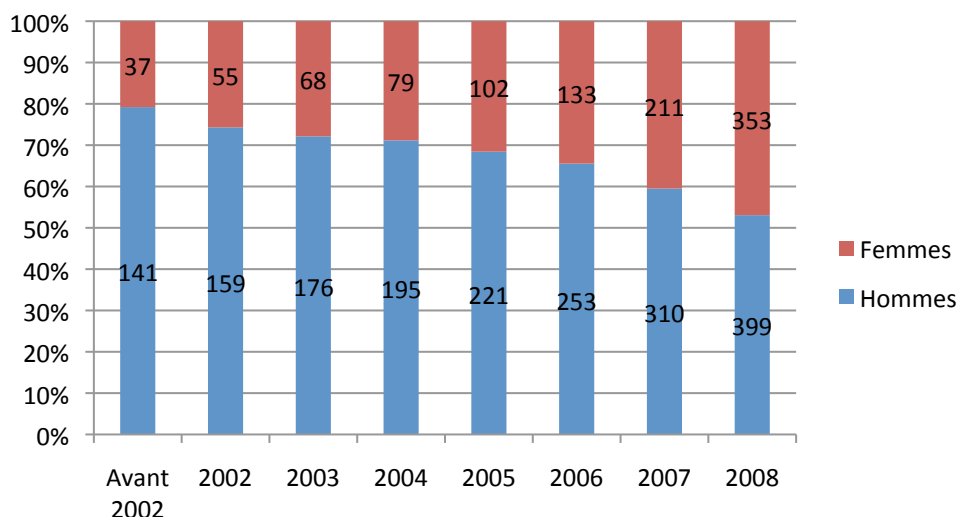
Volgens de KPMG-studie<sup>46</sup> uit het VK is 48,4% van de osteopaten in het VK vrouwelijk. Dit onderzoek steunt zich op tal van voorgaande studies betreffende de praktijk van geregistreerde osteopaten in het VK, aangevuld met een enquête, gestratificeerd voor geslacht, leeftijd en demografie, om te voorzien in de ontbrekende gegevens. Er werd besloten tot een steekproef van 940 geregistreerde osteopaten, waarvan er 267 antwoordden (28%).

Ook in Frankrijk treedt er een duidelijke lineaire vervrouwelijking op van het beroep van osteopaat (Figuur 43). Het onderzoek van OSEOSTEO<sup>47</sup> uitgevoerd in 2009 is een stand van zaken van het beroep van osteopaat vanuit een sociaal en economisch standpunt. De onderzoekers hebben gekozen om die osteopaten te bevragen die hun beroep exclusief uitoefenden, gediplomeerd waren tussen 2002 en 2008 en die geregistreerd werden voor de maand juli 2009 (N=4.715). Uiteindelijk werden de gegevens van 752 respondenten (16%) voor dit onderzoek verwerkt.

<sup>45</sup> [http://www.mloz.be/files/samenvatting\\_symposium.pdf](http://www.mloz.be/files/samenvatting_symposium.pdf) en <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/94365/feminisering-geneeskunde-zet-stevig-door.htm>

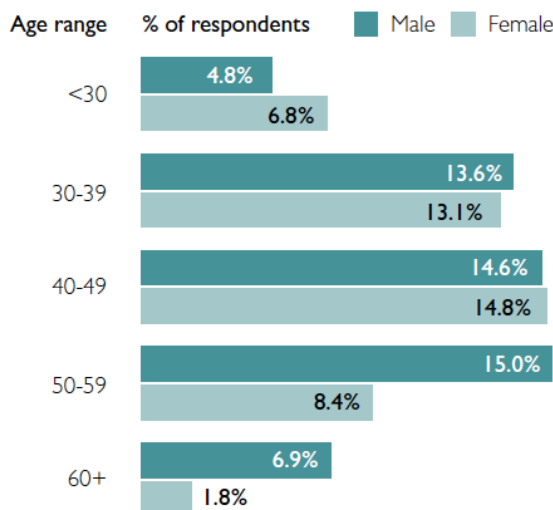
<sup>46</sup> KPMG. How do osteopaths practice? London, GOsC, 2011  
[http://www.osteopathy.org.uk/uploads/how\\_do\\_osteopaths\\_practise\\_kpmg\\_reporta\\_ozone.pdf](http://www.osteopathy.org.uk/uploads/how_do_osteopaths_practise_kpmg_reporta_ozone.pdf)

<sup>47</sup> Chauvin M, Gouyot M, Landurier G, Lemaire D. L'observatoire socio-economique de l'ostéopathie 2009  
[www.observatoire-osteopathie.org/wp-content/uploads/2011/11/Rapport-Oseostéo-2009.pdf](http://www.observatoire-osteopathie.org/wp-content/uploads/2011/11/Rapport-Oseostéo-2009.pdf)



**FIGUUR 43:** EVOLUTIE VERDELING VAN GESLACHT VAN DE OSTEOPATEN UIT DE OSEOSTEO-STUDIE (OVERGENOMEN UIT OSEOSTEO, 2009).

De vervrouwelijking van de osteopathie is een gegeven dat zich in de gehele wereld voordoet. De resultaten van een recente bevestiging van de Osteopathic International Alliance (OIA)<sup>48</sup> naar de huidige status van de osteopathie in de wereld tonen dat 48,7% van de respondenten vrouwelijk is en 51,3% mannelijk. Ook dit onderzoek toont aan dat onder de leeftijd van 30 jaar de meerderheid van de respondenten vrouwen zijn (6,8% tegenover 4,8% mannen; N=1.821) (Figuur 44). Voor dit onderzoek werden osteopaten en osteopathische organisaties bevestigd in 33 landen.



**FIGUUR 44:** LEEFTIJD EN GESLACHT VAN DE OSTEOPATEN (OVERGENOMEN UIT OIA 2012 SURVEY).

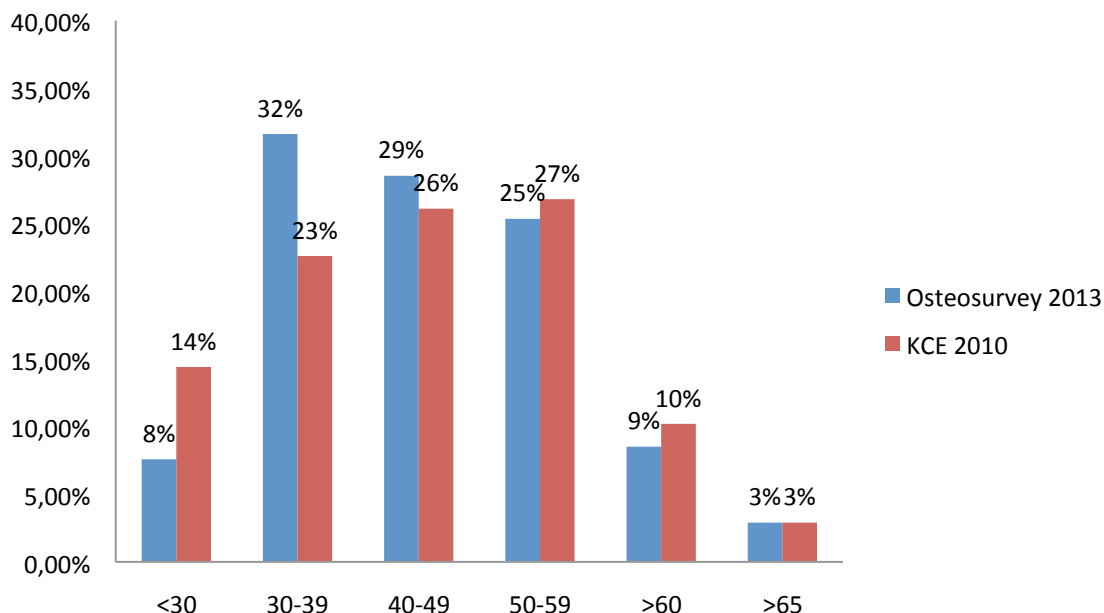
### Leeftijd en anciënniteit

Voor wat betreft de leeftijd van de respondenten zijn er duidelijke verschillen waar te nemen in de jongere leeftijdscategorieën, waarbij er in de KCE-studie 6% meer respondenten onder de 30 jaar en

<sup>48</sup> Osteopathic International Alliance (OIA), *Osteopathy and Osteopathic Medicine: A Global View of Practice, Patients, Education and the Contribution to Healthcare Delivery*, 2013, Chicago, p.55  
<http://wp.oialliance.org/wp-content/uploads/2014/01/OIA-Stage-2-Report.pdf>

in de Osteosurvey 9% meer respondenten in de leeftijdscategorie tussen 30-39 jaar zitten (Figuur 45). Daar waar de de respondenten uit de KCE-studie merendeels tussen 40 en 59 jaar oud zijn (52,9%) ligt dit voor de Osteosurvey tussen de 30 en 49 jaar (60,1%).

De meeste osteopaten in het VK zitten in de leeftijdscategorie tussen 41-50 jaar (37%). Met 64% van de osteopaten tussen 31-50 jaar, ligt dit percentage niet ver van dit uit de Osteosurvey.



**FIGUUR 45: LEEFTIJDVERDELING (JAAR) VAN DE OSTEOPATEN IN BELGIË VOLGENS DE KCE-STUDIE (2010) EN DE OSTEOSURVEY 2013.**

De gemiddelde *anciënniteit* van de respondenten ligt in de beide studies (KCE en Osteosurvey) bij 12 jaar. Hoewel de collega met de langste staat van dienst in de beide studies 35 jaar praktijkervaring heeft, weten we uit informatie van het secretariaat van de GNRPO vzw dat er, anno 2013, drie osteopaten zijn met 40 jaar dienst (gediplomeerd in 1968-1973 te Maidstone, VK).

De gemiddelde *anciënniteit* van de osteopaten in het VK ligt volgens het KPMG onderzoek bij 13 jaar.

## Opleiding

Ondanks de vroege en nog steeds aanhoudende pogingen tot het inrichten van gecontroleerd academisch onderwijs, zag het beroep zich genoodzaakt terug te vallen op het organiseren van niet-gesubsidieerd privaat onderwijs. Dit private circuit kwam er wegens de weigering van de universiteiten om de osteopathie van officieel onderwijs te voorzien. Pas in het academiejaar 2004-2005 kwam daarin verandering, toen aan de ULB de eerste officiële zesjarige manama (master na master) in de osteopathie opgestart werd. Vlaanderen blijft voorlopig verstoken van een publieke academische opleiding.

Door dit private circuit is de opleiding van osteopaten in België zeer divers en vormt niet enkel voor België maar voor heel Europa een hele uitdaging.<sup>49</sup> Ondanks de negen verschillende opleidingsinstituten die konden aangekruist worden in deze Osteosurvey (voor België althans) kiezen toch nog 18% van de respondenten voor de mogelijkheid “andere”.<sup>50</sup>

<sup>49</sup> van Dun P.L.S., Wagner C., [Die Identität der Osteopathie in Europa](#), *Osteopathische Medizin*, 2012, 4: 22-26

<sup>50</sup> Ook de lijst van de D.O.-diploma's deze werd opgenomen in het ontwerp van Koninklijk Besluit ter erkenning van de

De grote meerderheid van de osteopaten heeft volgens de KCE-studie initieel een andere hogere opleiding gevolgd vooraleer ze osteopaat werden: 83% kinesitherapie, 1% arts en 4% een andere opleiding. Daaropvolgend werd er een 4 tot 6 jaar durend beroepsbegeleidend onderwijstraject doorlopen binnen het privaat onderwijs osteopathie. Toch had volgens de KCE-studie reeds 12% van het aantal osteopaten rechtstreeks hun diploma van osteopaat behaald, zonder eerst een andere opleiding te hebben doorlopen.

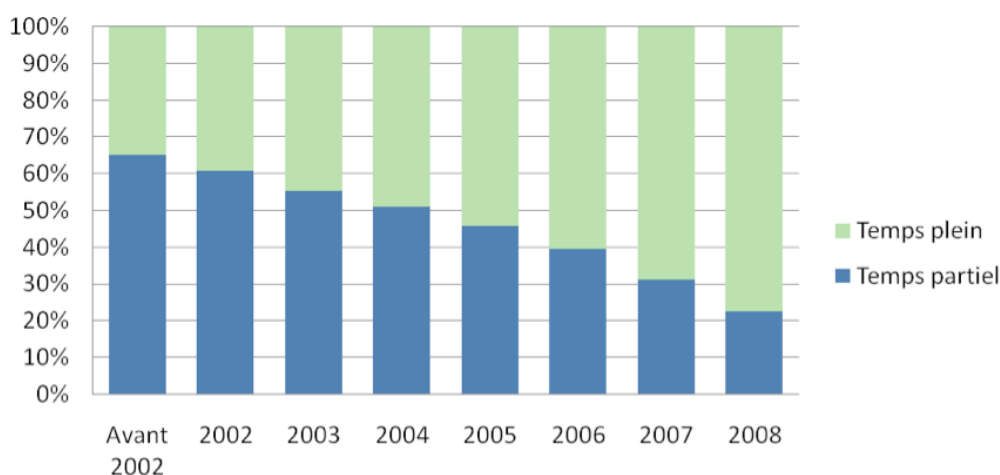
De percentages betreffende de vooropleiding uit de Osteosurvey zijn vrijwel gelijk aan deze uit de KCE-studie voor de kinesitherapie en de geneeskunde; 11,9% heeft geen en 9,3% heeft nog een andere vooropleiding genoten.

De Osteosurvey toont ook dat 23,7% van de respondenten een voltijdse osteopathie-opleiding genoten heeft.

Wanneer we dit vergelijken met de cijfers uit het onderzoek van OSEOSTEO in Frankrijk hebben we voor wat betreft het voltijds onderwijs nog een hele weg af te leggen (Figuur 46).

Daarenboven bestaat er voor de 1.100 osteopaten die zijn aangesloten bij een erkende beroepsvereniging, een verplicht nascholingssysteem.<sup>51,52</sup>

Volgens de Osteosurvey is 22,5% van de respondenten niet in orde met deze *permanente vorming voor osteopaten* (PVO).



**FIGUUR 46: JAARLIJKSE EVOLUTIE VAN HET TYPE VAN ONDERWIJS (OVERGENOMEN UIT OSEOSTEO, 2009).**

#### 4.1.2 Hoe werkt een osteopaat?

Daar waar men in de KCE-studie stelt dat 15,3% van de osteopaten ook nog werkt als kinesitherapeut, wordt er in de Osteosurvey 35,6% opgetekend. Hoewel deze 35,6% betrekking heeft op *nog werkzaam als kinesitherapeut/arts*, kan men er van uitgaan dat met 7 osteopaten die als vooropleiding geneeskunde studeerden, de quasi totaliteit van dit percentage op rekening komt van de kinesitherapie. Men kan tevens aannemen dat dit grote verschil kan verklaard worden door het uitnodigen voor de Osteosurvey van een groot aantal osteopaten die niet aangesloten zijn bij een

beroepstitel dd. 11 maart 2009, getuigt van de diversiteit aan osteopathische opleidingen.

<sup>51</sup> Voor 900 leden van de beroepsverenigingen binnen de GNRPO en het ROB sinds 2003 en voor de 200 leden van het UKO vanaf 2010.

<sup>52</sup> [http://www.osteopathie.be/sites/default/files/global/pages/Documenten/Continued\\_Education/PVO\\_NL/reglement\\_AC\\_PVO\\_ned-02-2013.pdf](http://www.osteopathie.be/sites/default/files/global/pages/Documenten/Continued_Education/PVO_NL/reglement_AC_PVO_ned-02-2013.pdf)

beroepsvereniging (N=405). Het is geweten dat alle beroepsverenigingen, uitgezonderd de UKO, een cumulatieve van kinesithérapie en osteopathie niet aanvaardt om effectief lid te worden. Daarenboven zijn er in de Osteosurvey 74 respondenten (146 in Osteosurvey – 72 in KCE) meer van de UKO, waarvan men weet dat er in deze beroepsvereniging voornamelijk leden opgenomen zijn die de kinesithérapie en de osteopathie cumuleren.

Deze cijfers worden ook bevestigd door de 38,3% van de respondenten uit de Osteosurvey die nog een andere beroepsactiviteit uitoefenen naast de osteopathie t.o.v. 26,5% uit de KCE-studie. Van dit percentage zegt 72% van de respondenten uit de Osteosurvey dat ze nog als kinesitherapeut werken en 0,4% als arts. In de Osteosurvey werden de mogelijke academische werkzaamheden van de respondenten vrij gedetailleerd bevraagd (Tabel 48), waarbij ze meerdere antwoorden mochten aankruisen, zodat het werkelijke percentage van respondenten met academische werkzaamheden in België bij 10% ligt.

In de KPMG-survey geeft 25% van de respondenten uit het VK aan, op dat moment academisch werkzaam te zijn. Waarbij het “academisch-werkzaam-zijn” gedefinieerd wordt door lesgeven of studeren in de osteopathie.

| Academische beroepsactiviteit                                                       | Percentage reacties |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Ik ben verbonden aan HBO of universitaire opleiding                                 | 7,6                 |
| Ik werk als docent aan een opleiding voor osteopathie                               | 14,4                |
| Ik geef cursussen op het gebied van osteopathie in het kader van bij- en nascholing | 4                   |
| Ik begeleid stagiairs/theses                                                        | 14,8                |
| Ik werk af en toe als gastdocent osteopathie                                        | 9,2                 |

**TABEL 48: ACADEMISCHE BEROEPSACTIVITEITEN VAN DE BELGISCHE RESPONDENTEN UIT DE OSTEOSURVEY 2013.**

Om redenen die in hoofdstuk 2.2 reeds werden aangehaald, is het moeilijk om van de KCE-studie en de Osteosurvey een vergelijkende analyse te maken voor wat betreft de vragen met betrekking tot het aanwenden van technieken in de osteopathische praktijk. Toch kunnen we opmerken dat in beide studies, voor wat betreft de meest aangewende behandeltechnieken, de viscerale en craniale (neurocraniale en viscerocraniale) technieken een hoge score worden toebedeeld. Met in de KCE-studie een tweede (77,9%) en een derde (76,8%) en in de Osteosurvey een tweede (2,69<sup>53</sup>) en een vierde (2,54) plaats. De HVLA-technieken krijgen zowel in de KCE-studie (63,4%) alsook in de Osteosurvey (2,52) een vijfde plaats toebedeeld. De meest aangewende behandeltechnieken in de KCE-studie zijn *zachte-weefsel-technieken* (79,7%) en in de Osteosurvey zijn dit *algemene osteopathische mobilisaties* (GOT, TBA) (2,76).

Ondanks het feit dat er geen enkele historische, conceptuele noch wetenschappelijke basis<sup>54</sup> bestaat om de osteopathie op te delen in gebieden zoals: craniale, structurele en viscerale osteopathie<sup>55</sup>, wordt er in de KPMG-studie gevraagd hoeveel tijd osteopaten aan deze “methoden of therapieën” besteden. Het blijkt duidelijk uit de resultaten dat deze zogenaamde “craniale en viscerale

<sup>53</sup> De cijfers die hier worden weergegeven zijn “gemiddelde waarderingen”, d.w.z. gemiddelden op een schaal van 0 (nooit) tot 4 (altijd)

<sup>54</sup> Osteopathisch klinisch onderzoek wordt ook doorgevoerd aan de gehele persoon/patiënt en niet aan deelgebieden van een persoon. Deelgebieden worden enkel onderzocht in het kader van fundamenteel onderzoek.

<sup>55</sup> van Dun P.L.S., Correcte communicatie over osteopathie. Een pijnpunt? *About osteopathy*, 2013, 6: 7-11

osteopathie” zeer weinig aan bod komt in de osteopathische praktijk in the VK. 24% van de respondenten zegt geen gebruik te maken van “craniale osteopathie” en maar liefst 32% zegt hetzelfde voor “viscerale osteopathie” (Tabel 49). Dit alles staat in sterk contrast met de resultaten uit de Osteosurvey.

Misschien is het toch correcter om te besluiten dat de osteopaten uit het VK zich maar mondjesmaat bedienen van craniale en viscerale technieken en om dus niet te spreken over een craniale en viscerale osteopathie als dusdanig. Er bleken ook een aantal respondenten in de KPMG-studie te zijn die de opmerking maakten dat osteopathie niet opgedeeld kan worden en dat het veeleer een mix is van verschillende technieken die worden aangewend.

Gegevens uit het SDC-project<sup>56</sup> daarentegen geven dan weer aan dat 26% van de 394 osteopaten (ongeveer 10% van de beroepsgroep) uit dit onderzoek gebruik maakt van craniale technieken tijdens de eerste consultatie. Dit SDC-project verzamelde data van 1.630 patiënten uit het VK die zich aanboden voor een osteopathische consultatie tussen april en juli 2009.

|                         | > 90%    | 50-90%   | 10-50%   | 0-10%    | Geen     | NA       |
|-------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Craniale osteopathie    | 7% (14)  | 12% (24) | 22% (46) | 26% (54) | 24% (49) | 9% (21)  |
| Structurele osteopathie | 46% (96) | 31% (65) | 11% (22) | 3% (6)   | 1% (3)   | 8% (16)  |
| Viscerale osteopathie   | 1% (2)   | 2% (4)   | 7% (15)  | 37% (77) | 32% (67) | 21% (43) |

**TABEL 49:** TIJD DIE WORDT AANGEWEND VOOR VERSCHILLENDE “OSTEOPATHISCHE METHODEN” IN EEN NORMALE WEEK, % EN AANTAL RESPONDENTEN (OVERGENOMEN UIT DE KPMG-STUDIE, 2011) (NA: NO ANSWER).

Er is een betere overeenkomst voor wat betreft de aangewende behandeltechnieken. De KPMG-studie verwijst hiervoor naar data uit het SDC-project (Figuur 47). Volgens deze studie zijn de meest aangewende behandeltechnieken in het VK de zachte-weefsel-technieken, die ook de eerste plaats in de KCE-studie wegkopen, op de tweede plaats gevolgd door gewrichtsmobilisatietechnieken die we gerust kunnen vergelijken met de algemene osteopathische mobilisaties (GOT, TBA) die een eerste plaats toebedeeld krijgen in de Belgische data van de Osteosurvey.

Het is wel opvallend dat er in deze SDC-lijst van type van behandelingen, zaken voorkomen die niet meteen tot de osteopathie kunnen gerekend worden, zoals bijvoorbeeld elektrotherapie, acupunctuur en injecties met steroïden.

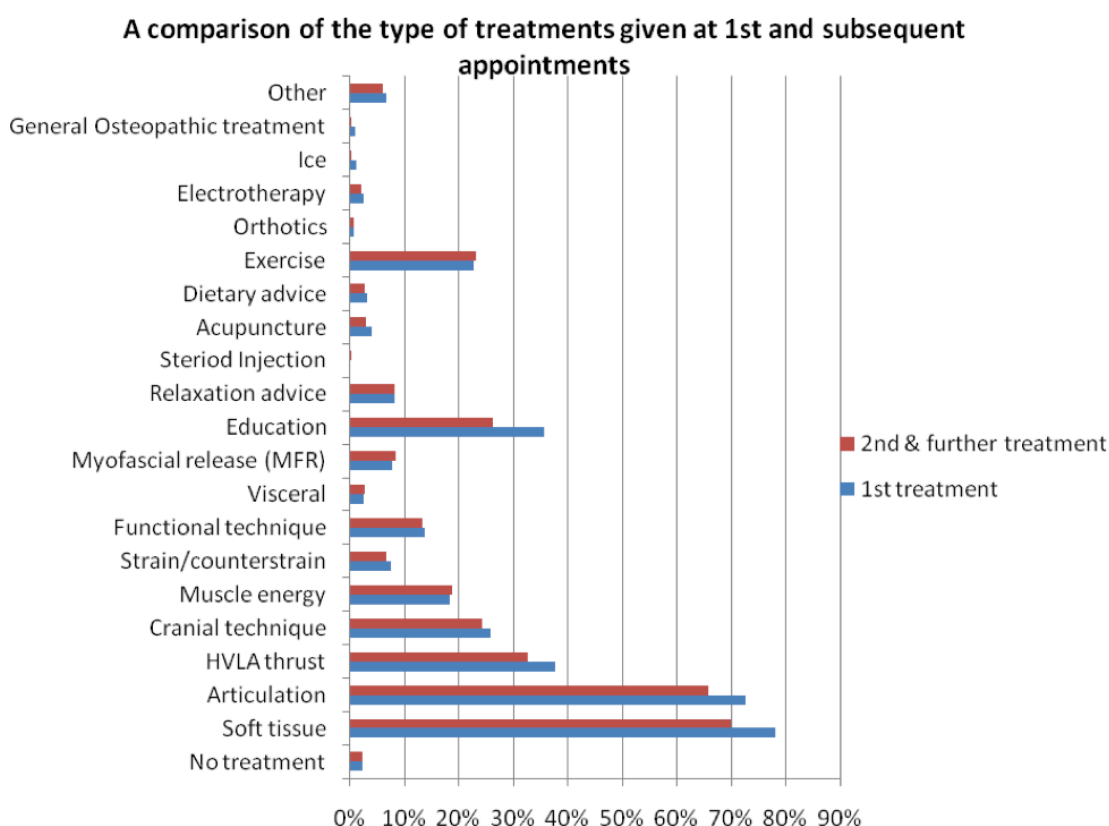
In de enquête van 2007 door Vogel en Herrick<sup>57</sup> werd er ook reeds informatie opgevraagd betreffende bijkomende therapeutische methoden. Hoewel de resultaten van deze studie begrensd generaliseerbaar zijn wegens een bias bij het vergaren van de data, gaat het hier toch over een enquête waaraan 791 osteopaten uit het VK hebben deelgenomen (652 antwoorden werden verwerkt, 83%) met een gemiddelde beroepservaring van 15,4 jaar. We onthouden dat “slechts” 49% van de osteopaten zich uitsluitend beperken tot osteopathie en geen andere therapeutische methoden gebruiken in hun praktijk. Van hen die zich ook van andere therapeutische methoden bedienen, staat elektrotherapie (22%) bovenaan, gevolgd door voedingstherapie (19%), *dry needling*<sup>58</sup> (16%), acupunctuur (10%) en homeopathie (7%).

<sup>56</sup> Fawkes C., Leach J., Mathias S., Moore A., *The Standardised Data Collection Project – Standardised data collection within osteopathic practice in the UK: development and first use of a tool to profile osteopathic care in 2009*. London, National Council for Osteopathic Research (NCOR), June 2010  
[http://www.osteopathy.org.uk/uploads/standardised\\_data\\_collection\\_finalreport\\_24062010.pdf](http://www.osteopathy.org.uk/uploads/standardised_data_collection_finalreport_24062010.pdf)

<sup>57</sup> Vogel S., Herrick R. Service delivery characteristics of UK osteopaths - a cross sectional survey, 2008, *IJOM*, 11: 153

<sup>58</sup> Ook wel intramusculaire stimulatie (IMS) genoemd, valt bijvoorbeeld in Nederland onder de reguliere zorg van de fysiotherapie.

Ook in de KPMG-studie zelf werd de vraag gesteld of osteopaten zich van “andere therapeutische methoden” bedienen. 33% van de respondenten zegt geen gebruik te maken van andere therapeutische methoden zoals: acupunctuur, naturopathie, massage, kinesithérapie, dry needling, pilates, kruidengeneeskunde, applied kinesiology en musculoskeletale geneeskunde. De meest gebruikte methoden zijn dry needling (29%), elektrotherapie (18%) en acupunctuur (12%). 10% van alle respondenten werkt in een niet-verwant beroepsveld. Wanneer men dan opmerkt dat sommigen bijvoorbeeld ook dry needling en acupunctuur hierin onderbrengen, terwijl deze bij de voornoemde 33% ook genoemd worden, wordt het moeilijk om dit alles eenduidig te interpreteren. Zoals de studie terecht opmerkt, is het mogelijk dat verschillende opvattingen van de respondenten betreffende deze methoden van invloed is op hun classificatie als onderdeel van de osteopathie, als afzonderlijk veld (*separate field*) of een techniek/methode.



**FIGUUR 47:** EEN VERGELIJKING VAN DE TYPE VAN BEHANDELING TIJDENS DE EERSTE EN DE NAVOLGENDE CONSULTATIE (OVERGENOMEN UIT HET SDC PROJECT REPORT, NCOR, 2010).

Rekening houdende met de geschiedenis van de osteopathie in het VK, waarbij er regelmatig fusies plaatsvonden van zowel beroepsorganisaties alsook opleidingsinstituten met de groep van naturopaten, kan men uitgaan van een meer eclectische benadering van de osteopathische zorg, waarbij het niet vreemd te noemen is dat methoden/geneeswijzen zoals naturopathie, acupunctuur, kruidengeneeskunde en homeopathie op het repertorium van een osteopathische praktijk staan.<sup>59,60</sup>

<sup>59</sup> Bear H.A. The Divergent Evolution of Osteopathy in America and Britain, *Soc. Sci. Med.*, 1984, 19 (1): 717-725

<sup>60</sup> Wagner C. Exploring European osteopathic identity: An analysis of the professional websites of European osteopathic organizations. Masterthesis an der Wiener Schule für Osteopathie, Wien 2009  
[http://www.osteopathicresearch.org/paper\\_pdf/WagnerConstanze.pdf](http://www.osteopathicresearch.org/paper_pdf/WagnerConstanze.pdf)

Nog een andere studie brengt het gebruik van "bijkomende genees- en/of therapievormen" bij osteopaten in Oostenrijk in kaart.<sup>61</sup> Hiervoor werden er 192 Oostenrijkse osteopaten aangeschreven en ondanks het feit dat er 107 respondenten (56%) waren, konden er door fouten slechts 70 antwoordformulieren verwerkt worden. Ondanks de beperkte generaliseerbaarheid van de studie en het niet voorhanden zijn van precieze percentages per bijkomende methode/geneeswijze, tekent de onderzoekster de volgende methoden op die supplementair aan de osteopathie werden aangeboden (alle methoden voor minder dan 20% voorhanden): TCM, fysiotherapie (lymfdrainage, Feldenkrais, ...), acupunctuur, homeopathie, neuuraaltherapie, kinesiologie, Bach bloesemtherapie, aromatherapie, orthomoleculaire therapie, yoga en reflexzone therapie.

54,8% van de Belgische respondenten uit de Osteosurvey maakt geen gebruik van bijkomende diagnostische en/of therapeutische methoden of geneeswijzen. Van diegenen die er wel gebruik van maken staat de Applied Kinesiology (AK) autoritair bovenaan op de lijst (25,3%; Tabel 8). We merken wel uit de reacties van de respondenten dat het veelal gaat om manuele methoden uit andere vakgebieden/beroepen. Opvallend is ook dat het gebruik van deze bijkomende methoden zich vaak situeert binnen de diagnostiek (met name vooral bij AK, TCM en de medische beeldvorming). Daarenboven zijn er ook enkele methoden die aangevoerd worden als "bijkomend" maar die bij nader inzien, zij het niet geheel dan wel deels, oorspronkelijk uit de osteopathie komen en die al dan niet onder een eponiem wordt aangeboden (bijvoorbeeld de methode Danis Bois, Godelieve Struyf, De Bakker, Van der Bijl, ...). Hieruit kan men besluiten dat osteopaten die zich van bijkomende methoden bedienen dit voornamelijk doen om hun diagnose een bredere basis te geven, dit vooral doen binnen een manueel-biomechanisch kader en zich niet zozeer (of een kleine minderheid althans) op het terrein begeven van een geheel andere geneeswijze die ze in hun osteopathische praktijk integreren (zoals TCM, acupunctuur, homeopathie, ...).

Uit de resultaten van de studies uit het VK alsook deze van Osteosurvey mag blijken dat het dus uitermate belangrijk is om de doelgroep bij dit soort vragen goed te informeren en te begeleiden, zodat eenduidige antwoorden kunnen worden verkregen.

Een duidelijkere communicatie van de bestaande *scope of practice*<sup>62</sup> en/of nationale beroepscompetentieprofielen<sup>63,64</sup>, zowel binnen het onderwijskader als door de beroepsorganisaties, kunnen beslist meer duidelijkheid brengen in de beleving van het beroep van osteopaat, het vormen van een eenduidige identiteit en de manier waarop het beroep van osteopaat ervaren wordt door de buitenwereld.

In de KPMG-studie geeft 22% van de respondenten aan van ook klinisch onderzoek uit te voeren ter hoogte van de intieme lichaamsregio's (borst-, genitaal en rectaal onderzoek).

<sup>61</sup> Krönke K. A questionnaire to evaluate the Professional Field of Osteopathy in Austria: Pilot study. Masterthesis, Wiener Schule für Osteopathie, Wien 2006.

[www.osteopathicresearch.org/index.php?option=com\\_jresearch&view=publication&task=show&id=12656&lang=en](http://www.osteopathicresearch.org/index.php?option=com_jresearch&view=publication&task=show&id=12656&lang=en)

<sup>62</sup> van Dun P.L.S., Kouwenberg T. (red.), 2012, The Scope of Osteopathic Practice in Europe, Brussels, European Federation of Osteopaths (EFO) & Forum for Osteopathic Regulation in Europe (FORE)

<https://www.dropbox.com/s/lapgf09r93rjtzp/SOPE%202012.pdf>

<sup>63</sup> van Dun P.L.S. (red.) 2010, Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, Brussel: Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw)

[http://www.osteopathie.be/sites/default/files/global/pages/Documenten/Politics/Profil/BCP\\_Osteopathie\\_GNRPO.pdf](http://www.osteopathie.be/sites/default/files/global/pages/Documenten/Politics/Profil/BCP_Osteopathie_GNRPO.pdf)

<sup>64</sup> Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, College van Advies, Nederlandse Vereniging voor Osteopathie, Hilversum en Stichting het Nederlands Register voor Osteopathie, Emmeloord, 2009

<http://osteopathie-nro.nl/pdf/Beroepscompetentieprofiel.pdf>

In de Osteosurvey werd de vraag naar klinisch onderzoek van de intieme lichaamsregio's iets anders gesteld, m.n. naar het gebruik van inwendige technieken. Enkel de intrabuccale inwendige technieken zouden regelmatig door de helft (49%) van de Belgische osteopaten aangewend worden (Tabel 50).

|              | 0 (nooit) | 1 (zelden) | 2 (regelmatig) | 3 (vaak) | 4 (zeer vaak) |
|--------------|-----------|------------|----------------|----------|---------------|
| intrabuccale | 5,4       | 19,4       | 49             | 21,4     | 4,8           |
| vaginale     | 72,1      | 20         | 6,8            | 0,6      | 0,5           |
| rectale      | 43,2      | 41,3       | 14,4           | 0,8      | 0,3           |

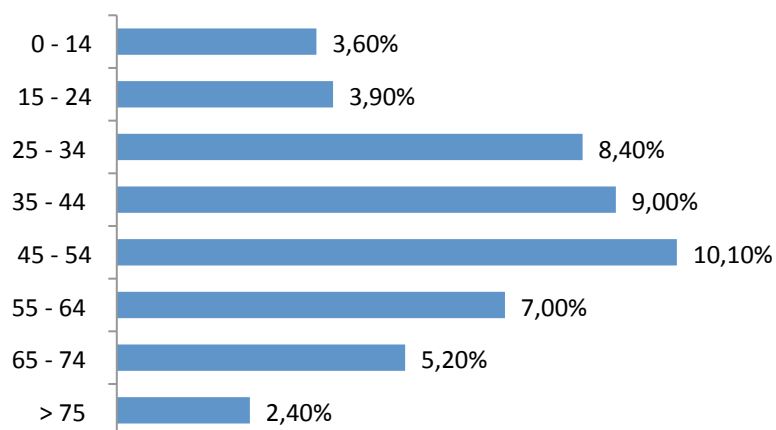
**TABEL 50:** PERCENTAGES VAN HET GEBRUIK VAN INWENDIGE TECHNIKEN DOOR DE BELGISCHE OSTEOPAAT (N=630).

Voor een volgende enquête zou het interessant kunnen zijn om ook het klinisch onderzoek van de borsten mee te bevragen.

#### 4.1.3 Wie komt er naar de osteopaat?

Om de drie tot vier jaar worden er door het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid (WIV) analyses gemaakt van het gebruik van conventionele en niet-conventionele geneeskunde in België. De steekproeven die gebruikt worden bij deze onderzoeken zijn vrij groot (5.800 huishoudens). Uit het WIV-onderzoek in 2008 bleek dat toen 6,4% van de bevolking in de voorbije 12 maanden een osteopaat had geconsulteerd.<sup>65</sup> Geëxtrapoleerd naar de totale bevolking impliceert dit dat jaarlijks zo'n 700.000 mensen een osteopaat raadplegen. Drie vierden van deze groep bezoekt de osteopaat verschillende keren per jaar. Al deze patiënten zijn naar schatting goed voor tussen de 1,5 en de 2 miljoen osteopathie-raadplegingen per jaar. Momenteel geven Belgische patiënten per jaar tussen de 85 en 93 miljoen euro uit aan osteopathie.<sup>66</sup>

Nog volgens deze gezondheidsenquête is de leeftijdsgroep van 45-54 jaar het best vertegenwoordigd in een osteopathische praktijk (Figuur 48), is het vooral de hoger opgeleide bevolking die een osteopaat raadpleegt en maken iets meer vrouwen dan mannen gebruik van de zorgen van een osteopaat (Tabel 51).



**FIGUUR 48:** PERCENTAGE VAN DE BEVOLKING PER LEEFTIJDGROEP (JAAR) DAT EEN OSTEOPAAT HEEFT GECONSULTEERD IN 2008 (N=11.165) (OVERGENOMEN UIT HESSE, 2010).

<sup>65</sup> ibid.

<sup>66</sup> Ide L. Dossier Alternatieve Geneeswijzen, Palfijngroep, 2012

De KCE-studie stelt dat 69,7% van de osteopaten een patiëntenbestand heeft dat voornamelijk uit volwassenen bestaat (>20 jaar). Dit wordt in de Osteosurvey enkel bevestigd, waarbij deze studie bijkomend aantoonde dat de leeftijdscategorie van 41 jaar t.e.m. 64 jaar, 6,9% hoger beoordeeld wordt door de respondenten dan deze van 21 jaar t.e.m. 40 jaar (Figuur 33).

21,2% van de Osteosurvey en 29% van de KCE-studie respondenten zeggen dat ze meer geconsulteerd worden door vrouwen. Respectievelijk 64,7% en 71% van de respondenten beweren dat hun patiëntenbestand gelijk verdeeld is over zowel mannen als vrouwen.

|                         |                    | % (Ruw) | + 95% BI   | N     |
|-------------------------|--------------------|---------|------------|-------|
| <b>Geslacht</b>         | Mannen             | 5,2     | (4,4-6,1)  | 5.198 |
|                         | Vrouwen            | 7,6     | (6,5-8,6)  | 5.967 |
| <b>Opleidingsniveau</b> | Lager/geen diploma | 2,6     | (1,4-3,7)  | 1.528 |
|                         | Lager secundair    | 3,3     | (1,9-4,7)  | 1.720 |
|                         | Hoger secundair    | 4,3     | (3,3-5,3)  | 3.382 |
|                         | Hoger onderwijs    | 10,2    | (8,7-11,7) | 4.190 |

**TABEL 51: PERCENTAGE VAN DE BEVOLKING VOOR DE PARAMETERS GESLACHT EN OPLEIDINGSNIVEAU DAT EEN OSTEOPAAT HEEFT GECONSULTEERD IN 2008 (N=11.165) (OVERGENOMEN UIT HESSE, 2010).**

In 2009 werd er in Duitsland aan de hand van een bevraging van 390 patiënten uit 8 osteopathie-praktijken een patiëntenprofiel opgesteld.<sup>67</sup> Daaruit concludeert de onderzoekster dat de meerderheid van de patiënten die een osteopaat opzoeken vrouwelijk is met een gemiddelde leeftijd van 45 jaar en uit de *upper-class* stamt (54%, gedefinieerd door het *social class model* volgens Bible en Brown).

Ook de data uit het SDC-project in het VK tonen aan dat er iets meer vrouwen (56%) ten opzichte van mannen (43%) een osteopaat consulteren. De gemiddelde leeftijd van de patiënt uit dit onderzoek is 47,76 jaar (SD=19,08). De leeftijdsverdeling van de patiënten uit dit onderzoek worden afgebeeld in Figuur 49. Bijna 60% van de patiëntjes in de leeftijdscategorie van 0-9 jaar wordt vertegenwoordigd door zuigelingen (0-11 maanden).

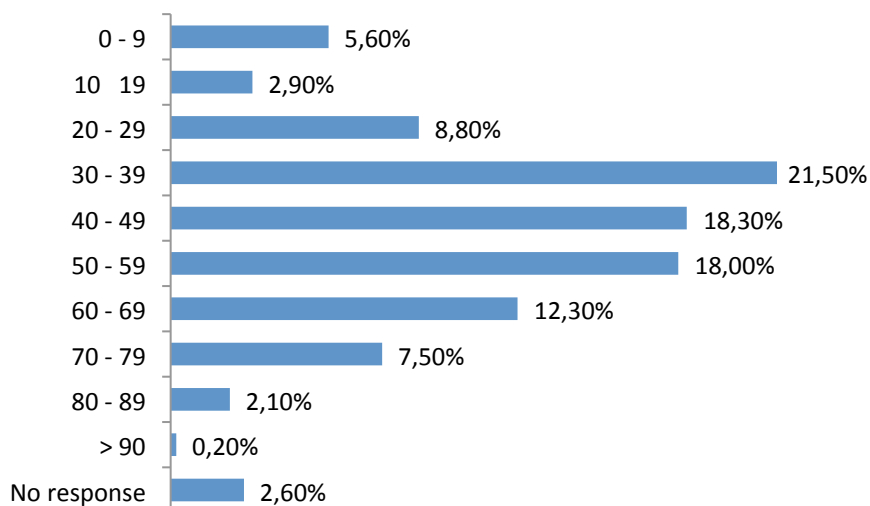
De verschillende onderzoeken tonen duidelijk aan dat, hoewel er een relatieve piek is op zuigelingenleeftijd, het merendeel van de patiënten die een osteopaat raadplegen volwassenen zijn met de hoogste piek rond de gemiddelde leeftijd van ongeveer 45 jaar.

Ondanks het feit dat de meerderheid van de Belgische osteopaten denken dat hun patiëntenbestand gelijk verdeeld is over zowel mannen als vrouwen, toont onderzoek dat uitgaat van de informatie die gegeven wordt door de patiënt dat minstens iets meer vrouwen een osteopaat raadplegen.

Van de 27,1% respondenten uit de Osteosurvey die bij voorkeur met een bepaalde patiëntengroep in de praktijk werken, staan de sporters met 60,2% op de eerste plaats, gevolgd door 55,6% voor kinderen en 55% voor zuigelingen.

De KPMG-studie toont slechts een kleine groep van respondenten die bijna exclusief met een bepaalde patiëntengroep werkt (7% van de respondenten spendeerde meer dan de helft van zijn tijd aan de zorg van zuigelingen, kinderen of zwangeren).

<sup>67</sup> Tüffers C., Osteopathisches Patientenprofil in Bezug auf das Gesundheitssystem in Deutschland. Umfrage 2009, Diplomarbeit, Hamburg



**FIGUUR 49:** LEEFTIJDVERDELING (JAAR) VAN DE PATIËNTEN UIT HET SDC-PROJECT (OVERGENOMEN UIT SDC-PROJECT, 2010).

#### 4.1.4 Hoe komen patiënten tot bij de osteopaat?

Op deze vraag antwoorden in de KCE-studie 73,5% van de respondenten in eerste instantie voor “doorverwezen door een kennis”. Ook in de Osteosurvey vindt de patiënt op advies van een andere patiënt en/of van een kennis de weg naar de osteopaat (met een gemiddelde waardering van respectievelijk 3 en 2,73). Slechts in tweede instantie kiezen de respondenten uit de KCE-studie voor de mogelijkheid “doorverwezen door een arts” met een score van 36,3% en in de Osteosurvey komt deze mogelijkheid pas op de vierde plaats (1,98) (Figuur 25).

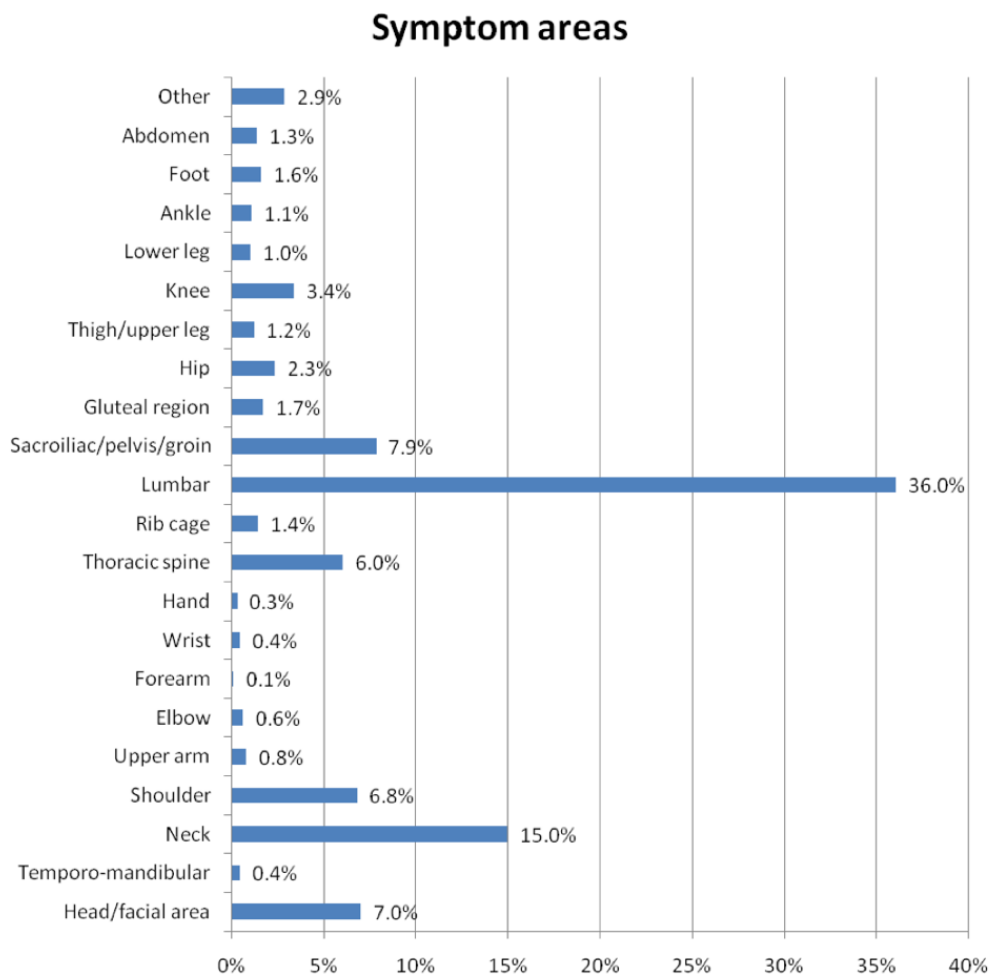
Volgens het onderzoek van Tüffers<sup>68</sup> is mondpropaganda het belangrijkste medium ter promotie van de osteopathische praktijk. Tevens blijkt de professionele kwaliteit van de osteopaat het belangrijkste criterium voor de gebruikers van de osteopathische zorg te zijn.

#### 4.1.5 Met welke klachten komt men naar een osteopaat?

In beide studies (KCE en Osteosurvey) geven de respondenten de lumbale en de cervicale wervelzuil aan als belangrijkste reden voor consultatie van een osteopaat. In de Osteosurvey komen de schouderklachten op gelijke hoogte met deze van de cervicale wervelkolom (Figuur 34). Wat betreft de redenen voor de meer specifieke klacht zoals vermeldt door de patiënten, vinden de osteopaten in beide studies dat hun patiënten in de eerste plaats consulteren voor een lumbago. Op de tweede plaats komt in de KCE-studie de klacht ischias, terwijl deze in de Osteosurvey pas op de vijfde plaats komt. Volgens de respondenten in de Osteosurvey staan nekkklachten tweede genoteerd als reden tot consultatie (Figuur 35).

Ook het SDC-project in het VK, waarbij de patiënt gevraagd werd om maximaal drie symptoomzones aan te duiden, toonde de lumbale wervelkolom (36%) als veruit de meest frequente symptoomzone, gevolgd door de cervicale wervelkolom (15%) (Figuur 50).

<sup>68</sup> ibid.



**FIGUUR 50: SYMPTOOMZONES WAARMEE EEN PATIËNT EEN OSTEOPAAT CONSULTEERT IN HET VK (OVERGENOMEN UIT SDC-PROJECT, 2010).**

#### 4.1.6 Praktijkorganisatie en honorarium van de osteopaat.

##### Praktijkorganisatie

Volgens beide studies werkt bijna een derde van de respondenten in een *groepspraktijk* (32,1% in de Osteosurvey en 29,7% in de KCE-studie). Beide studies tekenen vrijwel dezelfde percentages op voor *andere osteopaten* als collega's die in deze groepspraktijken werken (57,3% Osteosurvey en 57,9% KCE) maar er is een duidelijk verschil voor wat betreft het aantal kinesitherapeuten als collega, waarbij de Osteosurvey 68,3% en de KCE-studie 58,5% laat optekenen.

Volgens GOsC werkt 57% van de osteopaten in het VK voornamelijk alleen in de praktijk<sup>69</sup>. Dit percentage is exact hetzelfde als dit uit de studie van Vogel en Herrick (2008) en wordt ook in het KPMG-onderzoek (2010) bevestigd, waarin 56% van de respondenten antwoorden dat ze meer dan 90% van hun tijd alleen in hun praktijk werken. Het KPMG-onderzoek bevat indicaties dat het aandeel aan groepspraktijken toeneemt. De onderzoekers stellen dat 30% van de osteopaten in het VK vaak met andere osteopaten in verschillende praktijken samenwerkt en dat 38% regelmatig

<sup>69</sup> GOsC 2006/07 Practise Pilot Survey

samenwerkt met andere gezondheidswerkers. In het meest recente onderzoek van de GOsC<sup>70</sup> wordt de toename van groepspraktijken bevestigd (N=1.372, 30%). Met 53,6% van de respondenten die in een praktijk werken met meerdere osteopaten tezamen, ligt het overwicht thans bij de groepspraktijk.

In Frankrijk zou volgens het onderzoek van OSEOSTEO 55% van de respondenten in een groepspraktijk werken, waarvan de helft met andere osteopaten en drie vierden onder hen nog met andere (para)medici in deze groepspraktijk werkzaam is.

### **Duur en aantal van de consultaties**

Een eerste consultatie duurt tussen 30-60 minuten bij 82,9% van de osteopaten in de KCE-studie en bij 95,4% van de osteopaten in de Osteosurvey. Het grootste verschil ligt hem in het percentage van die osteopaten die voor een eerste consultatie meer dan 60 minuten uittrekt. In de KCE-studie is dit voor 15,7% van de osteopaten het geval en in de Osteosurvey slechts voor 2,9% (Tabel 52). Dit zou mogelijk kunnen worden verklaard door de aanwezigheid van 6% meer respondenten onder de 30 jaar in de KCE-studie, waarvan men kan vermoeden dat beginnende osteopaten meer tijd nodig hebben voor een eerste consultatie. Deze hypothese wordt, althans voor wat betreft de gegevens uit de Osteosurvey, niet bevestigd. Geen enkele respondent onder de 30 jaar blijkt meer dan 60 minuten uit te trekken voor een eerste consultatie. Daarentegen zijn het vooral respondenten uit de leeftijdscategorie 40-49 jaar (24,8% van alle respondenten in België en 44% van de bovenvermelde 2,9%) die meer dan 60 minuten besteden aan een eerste consultatie. We noteren tevens dat de gemiddelde anciënniteit in deze leeftijdscategorie bij 11,2 jaar ligt (Min=1, Max=22, SD=5,1, Mediaan=12).

Volgens Vogel en Herrick bedraagt de gemiddelde tijd voor een eerste consultatie 47 minuten en 33 minuten voor een vervolconsultatie.

Volgens het SDC-project duurt meer dan 30% van de eerste consultaties 30 minuten, meer dan 30% duurt 60 minuten en consultaties die 40 of 45 minuten duren zijn ook goed voor bijna 30% (Min=10, Max=90). Meer dan 60% van de vervolconsultaties duurt 30 minuten (Min=10, Max=60).

60,5% van de respondenten in de KCE-studie ziet maximum 10 patiënten per dag. In de Osteosurvey worden de respondenten gemiddeld door 8,74 patiënten per werkdag (37,84 per week) geconsulteerd (Tabel 52).

Osteopaten uit het VK zien, volgens Vogel en Herrick, gemiddeld 33,5 bestaande patiënten (SD=18,58) en 8,4 (SD=11,8) nieuwe patiënten per week. De KPMG-studie stelt dit in 2011 bij tot respectievelijk 30 en 4 patiënten per week.

Volgens de KCE-studie werkt 42,6% van de osteopaten tussen 5 en 8 uur per dag en 34,6% van de osteopaten werkt meer dan 8 uur per dag. De respondenten uit de Osteosurvey werken gemiddeld 28 uur per week met patiënten (Tabel 52).

Vogel en Herrick stellen vast dat de praktijkuren van de osteopaten onder het gemiddelde liggen in het VK (31,1 uur/week, SD=11,76).

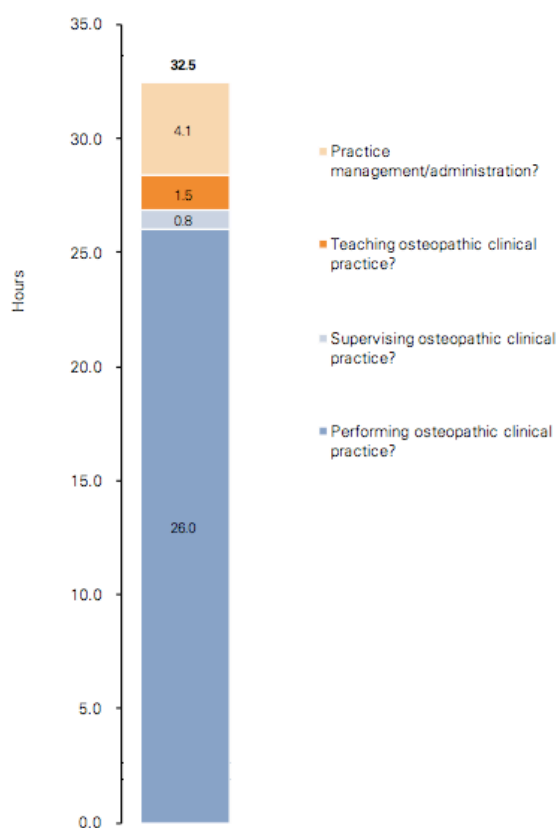
Ook in de KPMG-studie staat men wat versteld van het feit dat ongeveer 50% van de respondenten minder dan een 30-urenweek presteert en aldus niet full-time zou werken (Min=0, Max=60). Kwalitatieve feedback geeft echter aan dat dit percentage kan opgeschroefd worden door het feit dat osteopaten nog beschikbare afspraken hebben in hun agenda. Er kunnen ook verschillen zijn in hoe de respondenten hun praktijk definiëren: puur klinische praktijk of deze kan ook bijkomend bestaan uit administratief werk. Een gemiddelde osteopathische werkweek wordt weergegeven in Figuur 51.

<sup>70</sup> GOsC Osteopaths' Opinion Survey, 2012, <http://www.osteopathy.org.uk/resources/Research-and-surveys/Surveys/>

Ook voor onze studie valt aan te nemen dat er heel wat beginnende osteopaten nog geen volledig gevulde agenda hebben en aldus ook geen full-time klinische praktijk hebben. Daarenboven zijn er in de Osteosurvey 38,3% respondenten met nog andere beroepsactiviteiten (kinesithérapie, academische activiteiten, ...) wat niet meetelt als osteopathisch klinische praktijk.

Opvallend is dat in de KCE-studie het bij 10,8% van de respondenten mogelijk was om ten vroegste nog dezelfde dag een afspraak te bekomen, daar waar dit voor de respondenten in de Osteosurvey slechts voor 3,8% het geval was.

In de studie van Vogel en Herrick geven 80% van de respondenten aan dat een nieuwe afspraak mogelijk is binnen de 7 dagen na initieel patiëntencontact.



### Honorarium

Meer dan drie kwart (77,1%) van de respondenten in de KCE-studie verlangt een *honorarium* tussen 35 en 50 euro voor hun consultatie, of het nu om de eerste consultatie gaat of een daaropvolgende consultatie. In de Osteosurvey bedraagt het gemiddelde honorarium voor een eerste consultatie 47,97 euro en 46,44 euro voor een daaropvolgende consultatie. Wegens het feit dat er in de beide studies verschillende soorten data werden opgevraagd, is het niet mogelijk om een uitspraak te doen over de mogelijke evolutie van de honoraria gedurende de laatste drie jaar (Tabel 52).

**FIGUUR 51:** EEN GEMIDDELDE OSTEOPATHISCHE WERKWEEK IN HET VK (OVERGENOMEN UIT DE KPMG-STUDIE, 2011).

| Vragen                         | KCE 2010     |              | Osteosurvey 2013   |               |
|--------------------------------|--------------|--------------|--------------------|---------------|
| <b>Honorarium</b>              | (euro)       | (%)          | (euro)             |               |
| • eerste consultatie           | 30 – 50      | 77,1         | 47,97              | ( $\bar{X}$ ) |
| • vervolgsconsultatie          | 30 – 50      | 77,1         | 46,44              | ( $\bar{X}$ ) |
| <b>Duur van de consultatie</b> | (min)        | (%)          | (min)              | (%)           |
| • eerste consultatie           | 30 – 60      | 82,9         | 30 – 45<br>46 – 60 | 51,9<br>43,5  |
|                                | > 60         | 15,7         | > 60               | 2,9           |
| • vervolgsconsultatie          | 30 – 60      | 89,9         | 30 – 45<br>46 – 60 | 72,4<br>20    |
| <b>Aantal patiënten</b>        | (N)          | (%)          | (N)                |               |
| • per dag                      | < 10         | 60,5         | 8,74               | ( $\bar{X}$ ) |
| • per week                     | -            | -            | 37,84              | ( $\bar{X}$ ) |
| <b>Aantal werkuren</b>         | (uur)        | (%)          | (uur)              |               |
| • per dag                      | 5 - 8<br>> 8 | 42,6<br>34,6 | -<br>-             |               |
| • per week                     | -            | -            | 28                 | ( $\bar{X}$ ) |

**TABEL 52:** VERGELIJKENDE TABEL VAN DE GEGEVENS HONORARIUM, DUUR VAN DE CONSULTATIE, AANTAL PATIËNTEN EN WERKUREN VAN DE OSTEOPATEN IN BELGIË VOLGENS DE KCE-STUDIE (2010) EN DE OSTEOSURVEY 2013 (  $\bar{X}$ : GEMIDDELDE; N: AANTAL ).

## 4.2 De meest opmerkelijke vaststellingen uit de Benelux Osteosurvey 2013

### 4.2.1 Reactiepercentage

Het reactiepercentage voor de Benelux Osteosurvey lag bij 52,1%, waarvan 86,2% de enquête volledig invulden. Ondanks het feit dat slechts 3 jaar voordien de Belgische osteopaten reeds massaal werden opgeroepen om deel te nemen aan de enquête van het KCE, merken we dat de osteopaten lid van een beroepsvereniging weer goed van de partij waren met 54,5% respondenten in Vlaanderen en 48% in de Franse Gemeenschap. Het grootste reactiepercentage werd opgetekend door de osteopaten uit de Franse Gemeenschap die via de weblink antwoordden (64,5%). De laagste score met 30,3% kwam uit Luxemburg.

In vergelijking met de 28% van het KPMG-onderzoek in 2011<sup>71</sup> en de licht hogere score van 30% van het GOsC-onderzoek in 2012<sup>72</sup> in het VK, zijn dit voor de Osteosurvey zeer goede reactiepercentages. Temeer dat er in het GOsC-onderzoek gesproken werd over “a very high response rate”.

<sup>71</sup> KPMG. *How do osteopaths practice?* London, GOsC, 2011

<sup>72</sup> GOsC *Osteopaths' Opinion Survey, 2012*

#### 4.2.2 Demografische gegevens

Met 35,3% van de respondenten ouder dan 50 jaar heeft België de oudste populatie aan osteopaten (Nederland: 27,4% en Luxemburg: 10%). Voor België is dit vooral toe te schrijven aan de oudere osteopaten in de Franse Gemeenschap (43,5% is ouder dan 50) ten opzichte van de veel jongere populatie in Vlaanderen (27,8% is ouder dan 50). De meerderheid van de osteopaten in zowel België, Nederland als Luxemburg heeft een leeftijd tussen 30 en 49 jaar (respectievelijk 56,4%, 66,8% en 75%). De gemiddelde anciënniteit van de Belgische osteopaten ligt 3,5 jaar hoger dan deze van de Nederlandse en 4,1 jaar hoger dan die van de Luxemburgse osteopaten.

Ter vergelijking noteren we dat 31,8% van de GOsC-geregistreerden (N=4.816) ouder is dan 50 jaar en de meerderheid van de osteopaten heeft een leeftijd tussen 30 en 49 jaar (58,9%).<sup>73, 74</sup> Hiermee is de professionele demografie van België het best te vergelijken met deze van het VK.<sup>75</sup>

In de gehele Benelux is er een duidelijke vervrouwelijking van het beroep van osteopaat aan de gang met een omkering van de verhouding man/vrouw in de leeftijdscategorie van 20-29 jaar die vooral in Vlaanderen het duidelijkst is.

#### 4.2.3 Cumulatie osteopathie-fysio(kinesi)therapie/arts

Het mag duidelijk zijn dat bij het extreem lage aantal van osteopaten met een vooropleiding als arts (voor de gehele Benelux: N=12), deze cumulatie bijna uitsluitend op rekening komt van die osteopaten die tegelijkertijd nog als fysio(kinesi)therapeut werkzaam zijn.

In België is er zelfs een beroepsvereniging die haar bestaansrecht rond deze cumulatie heeft opgebouwd, namelijk het UKO.<sup>76</sup> Leden van deze vereniging tonen een significant hogere kans op cumulatie.

Ook in Nederland is het voor leden aangesloten bij het NOF waarschijnlijker om te cumuleren.

Voor de leden van alle andere beroepsverenigingen, uitgezonderd deze van de UBO en ALDO, is het significant minder waarschijnlijk om nog als fysio(kinesi)therapeut aan de slag te zijn.

Hoewel er significant meer cumulatie waar te nemen is in de Franse Gemeenschap/Luxemburg ten opzichte van Vlaanderen is het verschil nog duidelijk groter met Nederland (Tabel 53).

|                      | FG    | VL    | NL | L   |
|----------------------|-------|-------|----|-----|
| percentage cumulatie | 40,7% | 31,8% | 7% | 40% |

**TABEL 53:** PERCENTAGES VAN OSTEOPATEN DIE CUMULEREN MET HET BEROEP VAN FYSIO(KINESI)THERAPEUT/ARTS, PER REGIO (FG: FRANSE GEMEENSCHAP; L: LUXEMBURG; VL: VLAANDEREN; NL: NEDERLAND).

In de Franse Gemeenschap/Luxemburg is het waarschijnlijker dat jongere osteopaten cumuleren (piek op 30-39 jaar van 62%). Men kan ervan uitgaan dat een beginnende osteopaat met een

<sup>73</sup> <http://www.osteopathy.org.uk/resources/Research-and-surveys/Statistics/>

<sup>74</sup> Osteopathic International Alliance (OIA), *Osteopathy and Osteopathic Medicine: A Global View of Practice, Patients, Education and the Contribution to Healthcare Delivery*, 2013, Chicago, p.53

<sup>75</sup> 395 van de 4.816 geregistreerden bij GOsC wonen/werken buiten het VK.

<sup>76</sup> <http://www.uko.eu/nl/home>, zie punt 2: "... IJveren voor de gelijkberechtiging van alle osteopaten, zowel zij die het beroep exclusief uitoefenen, als zij die het apart cumuleren met het beroep van kinesitherapeut ..."

deeltijdse opleiding nog niet meteen enkel van zijn osteopathiepraktijk kan leven. Hoewel de student-osteopaat (uit het deeltijds onderwijs) gedurende zijn opleiding zijn praktijk steeds meer omvormt naar een osteopathiepraktijk, blijkt een cumulatie in de beginjaren na de opleiding voor velen toch een noodzaak. Wanneer de osteopathiepraktijk langzaamaan begint aan te lopen ziet hij steeds meer mogelijkheid om de cumulatie te verlaten om dan uiteindelijk nog enkel als voltijds osteopaat werkzaam te zijn. Dit wordt ook bevestigd door het feit dat voor 1 jaar extra anciënniteit de odds om het beroep van arts/fysio(kinesi)therapeut uit te oefenen met een factor 0,96 afneemt. Deze vaststelling geldt voor alle regio's.

Daarentegen piekt de waarschijnlijkheid op cumulatie in Vlaanderen en Nederland op 60-65 jaar (respectievelijk 43% en 20%). Blijkbaar speelt in deze regio's de voorgaande redenering een minder belangrijke rol en willen de respondenten in kwestie misschien hun job als fysio(kinesi)therapeut in loondienst zomaar niet laten schieten met hun pensionering in het vooruitzicht (mogelijk andere verklaringen worden verder in deze paragraaf belicht).

De duidelijke verschillen voor wat betreft de cumulatie tussen de regio's kunnen mogelijk ook verklaard worden door de wijze van terugbetaling voor de osteopathische zorg. Zoals men in de inleiding (1.3) kan lezen, zijn er grote verschillen voor wat betreft deze tussenkomst. Dit maakt dat deze zorg niet voor iedereen even toegankelijk is en dat de drempel om beroep te doen op osteopathische zorg hoger is in regio's waar de terugbetaling lager ligt. Dit maakt dat er niet enkel een verschil is van toegankelijkheid tot de osteopathische zorg per regio maar ook dat de kans groter wordt dat osteopaten, afhankelijk van de regio waarin ze werkzaam zijn, minder patiënten over de vloer krijgen. Dit kan een aanhouden van de cumulatie om economische redenen in de hand werken. Ondanks het feit dat we in deze enquête geen directe vragen stelden met betrekking tot economische gegevens kunnen we uit enkele data misschien indirect een en ander afleiden. Wanneer slechts 5,8% van de respondenten in de Franse Gemeenschap dezelfde dag een patiënt kan ontvangen, is dit toch het hoogste percentage in vergelijking met de andere regio's (Tabel 54). Ook het aantal patiënten per dag/week ligt voor de Franse Gemeenschap het laagst van alle regio's (Tabel 55). Zo is het ook tekenend dat het voor de respondenten uit Nederland en Luxemburg het quasi onmogelijk blijkt om patiënten op dezelfde dag nog te ontvangen en vooral voor Nederland trekt deze lijn zich door in een piek "binnen één tot twee weken" wachten voor een consultatie.

Anderzijds dienen we voor wat deze parameters betreft uiteraard ook rekening te houden met mogelijke socioculturele verschillen tussen de regio's met betrekking tot de werkgewoonten, waarbij het geen publiek geheim is dat een patiënt in Nederland na 19.00 uur zich niet meer dient aan te melden in een osteopathiepraktijk bijvoorbeeld, daar waar dit in Vlaanderen helemaal geen uitzondering is.

|                                  | FG    | VL    | NL    | L     |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| <b>dezelfde dag</b>              | 5,8%  | 2,1%  | 0,3%  | 0%    |
| <b>binnen de week</b>            | 57,8% | 65%   | 38,4% | 58,8% |
| <b>binnen één tot twee weken</b> | 28,5% | 27,1% | 39,3% | 23,5% |

**TABEL 54: PERCENTAGES VAN HOE LANG EEN PATIËNT OP ZIJN EERSTE AFSpraak MOET WACHTEN, PER REGIO (FG: FRANSE GEMEENSCHAP; L: LUXEMBURG; VL: VLAANDEREN; NL: NEDERLAND).**

|                        | FG   | VL   | NL   | L    |
|------------------------|------|------|------|------|
| <b>patiënten /dag</b>  | 7,4  | 9,7  | 9,3  | 8,2  |
| <b>patiënten /week</b> | 32,6 | 41,7 | 37,4 | 35,9 |

**TABEL 55: GEMIDDELDE AANTAL PATIËNTEN PER DAG EN WEEK, PER REGIO (FG: FRANSE GEMEENSCHAP; L: LUXEMBURG; VL: VLAANDEREN; NL: NEDERLAND).**

Daarenboven spelen de regionale verschillen in osteopaatendichtheid misschien ook een mogelijke rol in de verklaring van de regionale verschillen in cumulatie. In België hebben we ongeveer 1 osteopaat voor 6.927 inwoners of 14,43 osteopaten per 100.000 inwoners. Luxemburg ligt in dezelfde orde met ongeveer 1 osteopaat voor 7.355 inwoners of 13,59 osteopaten per 100.000 inwoners. Dit is toch een wezenlijk verschil met de ongeveer 1 osteopaat voor 25.898 inwoners oftewel 3,86 osteopaten per 100.000 inwoners voor Nederland.<sup>77</sup>

Voor onze naaste buurlanden Frankrijk en Duitsland ligt de osteopaatendichtheid bij respectievelijk 28,9 en een geschatte 9 à 11,5 osteopaten per 100.000 inwoners.<sup>78</sup>

In het geval van Frankrijk met een osteopaatendichtheid die het dubbele bedraagt van deze in België, stelt men vast dat het gemiddelde aantal consultaties in 6 jaar (2002-2008) daalde met 40% en de winstmarge van een osteopathische praktijk gedurende het eerste jaar daalde met 75%. Dit maakt dat 30% van de nieuw gediplomeerde osteopaten in Frankrijk verklaren dat ze 5 jaar na hun studie nog steeds niet financieel onafhankelijk zijn.<sup>79</sup>

Een veel duidelijkere factor nog ter verklaring voor de cumulatie ligt hem in het onderwijs. Zowel in Vlaanderen als in de Franse Gemeenschap/Luxemburg is er een duidelijk effect van het opleidingsinstituut op het al dan niet uitoefenen van arts/fysio(kinesi)therapeut. Voor osteopaten die hun opleiding genoten hebben aan het BELSO is het meer waarschijnlijk om te cumuleren en dit in de twee regio's.

Het is opvallend dat het voor osteopaten die hun opleiding hebben genoten aan de IAO wel significant waarschijnlijker is dat ze nog als fysio(kinesi)therapeut aan de slag zijn in de Franse Gemeenschap/Luxemburg maar dat dit niet het geval is in Vlaanderen. Hoewel het om hetzelfde opleidingsinstituut gaat, lijkt de invloed van de individuele docent een grotere impact te hebben dan het programma van de opleiding, waarvan we kunnen vermoeden dat dit voor de beide regio's identiek is. Deze vaststelling wordt nog kracht bijgezet wanneer men het profiel bekijkt van diegenen die als docent werkzaam zijn aan een opleiding voor osteopathie, af en toe gastdocent osteopathie zijn en/of cursussen aanbieden in het kader van bij- en nascholing in de osteopathie.

Voor Vlaanderen gaat het hier om 21 respondenten waarvan er 6 (29%) zijn die het beroep van fysio(kinesi)therapeut nog beoefenen. In de Franse Gemeenschap gaat het om 26 respondenten waarvan er 10 (38%) zijn die het beroep van fysio(kinesi)therapeut nog beoefenen. Ongeveer een derde van de docenten osteopathie staat als rolmodel voor een cumulatie. In Tabel 56 worden de precieze aantallen weergegeven (een respondent kan één of meerdere functies uitoefenen).

|           | docent osteopathie |   | gastdocent osteopathie |   | docent PVO |   |
|-----------|--------------------|---|------------------------|---|------------|---|
|           | N                  | C | N                      | C | N          | C |
| <b>VL</b> | 17                 | 4 | 5                      | 2 | 6          | 3 |
| <b>FG</b> | 17                 | 6 | 16                     | 6 | 4          | 0 |

**TABEL 56:** AANTAL RESPONDENTEN DIE EEN BEPAALDE FUNCTIE ALS DOCENT OSTEOPATHIE HEBBEN, PER REGIO (VL: VLAANDEREN; FG: FRANSE GEMEENSCHAP; PVO: PERMANENTE VORMING OSTEOPATHIE; N: AANTAL; C: CUMULATIE FYSIO(KINESI)THERAPIE).

<sup>77</sup> Ter vergelijking de cijfers van de huisartsendichtheid in Vlaanderen (cijfers 2011): tussen de 445-1452 inwoners per erkende huisarts (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Artsen/Aanbodratio's-huisartsen-en-specialisten/>) en in Nederland (cijfers 2012) tussen de 2096-2610 inwoners per FTE-huisarts (<http://www.zorgatlas.nl/zorg/eerstelijnszorg/huisartsenzorg/aanbod/huisartsendichtheid/>).

<sup>78</sup> Osteopathic International Alliance (OIA), *Osteopathy and Osteopathic Medicine: A Global View of Practice, Patients, Education and the Contribution to Healthcare Delivery*, 2013, Chicago, p.19

<sup>79</sup> Chauvin M, Gouyot M, Landurier G, Lemaire D. *L'observatoire socio-economique de l'ostéopathie 2009*

Voor Nederland wordt er geen significant effect gevonden van het opleidingsinstituut op het al dan niet uitoefenen van het beroep van arts/fysio(kinesi)therapeut. Dient gezegd dat alle huidige opleidingen osteopathie in Nederland van Vlaamse origine zijn en dat de opleiding die in België hoofdzakelijk zorgt voor meer waarschijnlijkheid van cumulatie in Nederland niet vertegenwoordigd is.

Hoewel dit voor alle regio's geldt, is het ontbreken van een wettelijk statuut voor de osteopathie anno 2013 beslist ook niet bevorderlijk voor het loslaten van een wettelijk erkend beroep zoals de fysio(kinesi)therapie en zou een cumulatie in de hand kunnen werken.

Het ligt in de historiek van de osteopathie om binnen de beroepsgroep fracties op te bouwen, zodat iedere strekking binnen de beroepsgroep, welke de onderliggende motivatie voor hun existentie ook moge zijn, haar eigen structuur krijgt en een verdeeld profiel schetst van het beroep van osteopaat.<sup>80</sup> Deze fragmentatie werd eerst in de aanloop van de wettelijke erkenning van de osteopathie in België bijvoorbeeld een halt toegeroepen met concrete stappen om in 2014 uit 6 verschillende beroepsverenigingen een eengemaakte beroepsvereniging voor osteopathie te vormen. Tot op heden zijn er toch nog twee groepen die overblijven met één enkel belangrijk thema dat hen scheidt: zij die een cumulatie accepteren (UKO) en zij die met alle middelen deze cumulatie willen doen verdwijnen (de 6 beroepsverenigingen die de intentie hebben te fuseren).

Nederland heeft het klaargespeeld om ook zonder een bijna-wettelijke erkenning deze twee groepen van osteopaten te verenigen in twee aparte registers (NOF en NRO). Hoewel het NOF officieel niet pro cumulatie is, blijkt er toch geen strikte controle te zijn voor hun leden met betrekking tot het nog uitoefenen van fysio(kinesi)therapie waardoor het voor hun leden waarschijnlijker is om te cumuleren.

Het percentage van de cumulatie is voor Luxemburg op één na het hoogst (40%) en toch lijken de Luxemburgse osteopaten voldoende werk te hebben, wordt er door de private verzekeringen tot 80% van de osteopathische zorg terugbetaald en hebben slechts 15% van de respondenten een opleiding genoten aan een instituut waar de waarschijnlijkheid op cumulatie significant hoger ligt.

Hieruit blijkt dat er misschien nog andere factoren zijn die een cumulatie mogelijk kunnen verklaren. Het feit dat de Caisse Nationale de Santé (CNS) niet voorziet in een terugbetaling voor osteopathische zorg, zoals dit ook geldt voor België waar de patiënt het moet stellen zonder een tussenkomst van het RIZIV. Dit kan uitnodigen tot het afrekenen van osteopathische zorg via de nomenclatuur voor kinesitherapie, die wel kan rekenen op een terugbetaling via de sociale verzekeringskassen. Er zijn beslist dus ook wat osteopaten die de inkomsten van hun fysio(kinesi)therapiepraktijk, al of niet met medewerkers, niet *willen* loslaten en soms ook op deze manier hun patiënten die osteopathische zorg krijgen onwettig laten genieten van terugbetaling van deze zorg via de fysio(kinesi)therapie.

Deze manier van werken is genoegzaam bekend bij de beroepsverenigingen en in België werd dit binnen de Kamer voor Osteopathie als argument gebruikt om door de grootste groep van osteopaten (GNRPO-ROB) tegen de cumulatie te stemmen.

Het gelden van strikte regels voor een effectief lidmaatschap zowel bij het NRO in Nederland, het ALDO in Luxemburg alsook bij alle Belgische beroepsverenigingen voor osteopathie in België (uitgezonderd de UKO), waarbij enkel diegenen die niet cumuleren kunnen worden geregistreerd, geeft weer meer gewicht aan de voornoemde economische hypothesen ter verklaring van de cumulatie.

<sup>80</sup> Wagner C. Exploring European osteopathic identity: An analysis of the professional websites of European osteopathic organizations. Masterthesis an der Wiener Schule für Osteopathie, Wien 2009, p 83

Daarenboven is de osteopathische zorg in Nederland en Luxemburg btw-plichtig en fysio(kinesi)therapie niet. Osteopaten die geen (para)medische vooropleiding genoten worden soms ook in België met een btw-plicht opgezadeld.

Hoewel er in Europa steeds meer voltijds onderwijs in de osteopathie wordt opgericht, wordt de opleiding tot osteopaat meestal als deeltijds (beroepsbegeleidend) onderwijs door private instellingen georganiseerd, die een vooropleiding in een (para)medisch beroep vooropstelt (ook in de Benelux). Dat er in de realiteit heel wat afgestudeerde osteopaten hun voorgaand beroep tot op een bepaalde hoogte met hun “osteopathie” combineren en dus besluiten om niet uitsluitend als osteopaat verder te werken is een Europees fenomeen waarin alle hierboven vermelde factoren in meer of mindere mate een rol spelen.<sup>74,81</sup> Dit begrenst de ontwikkeling van een professionele identiteit als osteopaat, zowel in de eigen alsook in de externe waarneming. De afwezigheid van een wettelijke erkenning van de osteopathie als een zelfstandig zorgberoep, kan er mede toe bijdragen dat de osteopathie beperkt wordt tot slechts het uitvoeren van “osteopathische technieken” in het kader van een fysio(kinesi)therapeutische of een conventioneel-medische behandeling. Het beeld naar de buitenwereld is er niet een van een gemeenschappelijke beroepsgroep van osteopaten, wel integendeel: er ontstaat aldus een fragmentatie van allemaal verschillende beroepen die osteopathische technieken aanwenden, wat op zich weer de omschrijving van de osteopathie beïnvloedt. Deze fragmentatie bereikt zijn nec plus ultra in Frankrijk waar er op deze manier 11 soorten van osteopaten bestaan.<sup>82,83</sup>

Het dient gezegd dat het bestaan van een beroepsorganisatie als UKO nefast is om de osteopathie als een apart beroep, los van de fysio(kinesi)therapie in dit geval, te profileren. Wanneer ook de enige officiële opleiding voor osteopathie in België, met name deze aan de ULB, het er na tien jaar nog moeilijk mee heeft om onder de vleugels van de *sciences de motricité* uit te komen, waarbij er éénduidig kan gesproken worden over een daadwerkelijke bachelor, master en tenslotte manama in de osteopathie, kan men niet verlangen dat de interne en externe communicatie zonder problemen verloopt en het beeld van de osteopathie steeds correct is.<sup>84</sup>

Het is precies deze foutieve profilering van het beroep die heel wat misverstanden doet ontstaan en dat er in de aanloop van de erkenning van het beroep in België een extra informatiedocument werd geschreven.<sup>85</sup>

De soms opportunistische organisatie van het beroep en de twijfelachtige kwaliteit van het private onderwijs in de osteopathie zijn hier zeker niet vreemd aan.

Een officiële erkenning van het beroep van osteopaat met een duidelijk beroepsbeeld en *scope of practice*, zoals dit nu voor België geschiedt, kan hier voor heel wat meer duidelijkheid en controle zorgen, zodat het voor iedereen, en de patiënt in eerste instantie, eenduidig wordt met wie hij te doen heeft voor zijn zorgvraag en wat hij van een osteopathische consultatie mag verwachten. Eens te meer dient opgemerkt dat Nederland hier ook zonder officiële erkenning vrij goed in slaagt voor wat betreft de cijfers van cumulatie en de grotere eenheid van organisatie van de beroepsgroep. De controle wordt in Nederland overgelaten aan het register (NRO) die iedere osteopaat voorafgaand aan de registratie visiteert en ook bij her-registratie (iedere 5 jaar).

<sup>81</sup> Riermeier R. Eine empirische Studie zum beruflichen Selbstverständnis von Osteopathinnen und deren Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie. Masterthesis, Wiener Schule für Osteopathie, Wien 2011  
[http://www.osteopathic-research.com/paper\\_pdf/Riermeier%20Renate.pdf](http://www.osteopathic-research.com/paper_pdf/Riermeier%20Renate.pdf)

<sup>82</sup> van Dun P.L.S., Wagner C., [Die Identität der Osteopathie in Europa](#), *Osteopathische Medizin*, 2012, 4: 22-26

<sup>83</sup> Registre des Ostéopathes de France. Les chiffres de l'ostéopathie en juillet 2011: Ostéopathes exclusifs et personnes autorisées à user du titre. [www.osteopathie.org/documents.php?url=presentation\\_demographie\\_juillet2011\\_142.pdf](http://www.osteopathie.org/documents.php?url=presentation_demographie_juillet2011_142.pdf)

<sup>84</sup> <http://www.ulb.ac.be/facs/fsm/secrt-osteo.html>

<sup>85</sup> *ibid.*

Het thema van de cumulatie en de btw-plicht lijkt ook de individuele osteopaat niet onberoerd te laten wanneer er gevraagd wordt naar de meest ideale ontwikkeling van het beroep (vraag 51). De Nederlandse osteopaten liggen weliswaar minder wakker van de cumulatie dan de Vlaamse, maar voor wat de btw betreft is dit dan weer omgekeerd. Het zijn dus duidelijk thema's die leven binnen de beroepsgroep (Tabel 7).

#### 4.2.4 Het technisch arsenaal van de osteopaat

Zoals reeds vermeld in punt 2.2.1 werden er voor de Osteosurvey heel wat veranderingen doorgevoerd betreffende de bevraging van het technisch arsenaal ten opzichte van deze in de KCE-studie. De belangrijkste motivatie voor een opsplitsing in diagnostische en behandeltechnieken zit hem in het feit dat osteopathie een klinisch beroep is in de eerste lijn met een diagnostische en therapeutische opgave en dus niet louter een therapie.

Uit de resultaten van de analyses uit punt 3.4 wordt het duidelijk dat er voor het overgrote deel van zowel de diagnostische als van de behandeltechnieken significante verschillen worden waargenomen tussen de regio's.

Ondanks het feit dat de top drie van diagnostische technieken op één uitzondering na voor alle regio's bestaat uit *inspectie, palpatie van positie/structuren en van beweging*, blijkt uit de resultaten van de analyses dat er enkel voor de diagnostische technieken palpatie van positie/structuren en van beweging geen significatie invloed waar te nemen valt van de verschillende regio's.

Opvallend is dat de top drie van de behandeltechnieken van Nederland en Luxemburg er geheel anders uitziet dan deze van België en bijvoorbeeld ook het VK. Op de eerste plaats prijken zowel voor Nederland als voor Luxemburg de viscerale manipulaties. De HVLA-technieken komen in Nederland pas op de zevende plaats van meest aangewende behandeltechnieken.

De bijkomende analyses tonen eveneens dat klassieke behandeltechnieken zoals HVLA en MET significant vaker voorkomen in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen dan in Nederland ( $p < 0,001$ ). Voor de fasciale technieken, de viscerale manipulaties en automatic shifting en fluid body approach is dit dan weer omgekeerd.

De mogelijke invloed van de opleiding op de aanwending van bepaalde technieken geeft geen eenduidige verklaring voor deze regionale verschillen. Met 56,2% van de osteopaten die in Nederland hun opleiding volgden aan de IAO verwacht men een grotere kans op aanwending van viscerale manipulaties die wel bevestigd wordt door de bijkomende analyses (Tabel 31), anderzijds gaat deze redenering dan weer niet op voor de fasciale technieken en de automatic shifting en fluid body approach bijvoorbeeld.

Voor de viscerale manipulaties is het zelfs zo dat ze vaker voorkomen bij stijgende anciënniteit in Nederland en minder vaak bij stijgende anciënniteit in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen.

In de Franse Gemeenschap/Luxemburg is het dan weer opvallend dat respondenten opgeleid aan de ULB en SCOM minder vaak gebruik maken van neuroviscerale en neurolymfatische reflextechnieken, fluida technieken, viscerale manipulaties en de automatic shifting en fluid body approach. Voor respondenten opgeleid aan de ULB komen hier nog neuro- en viscerocraniale technieken bij en voor respondenten opgeleid aan SCOM de toggle technieken. De verklaring hiervoor is meer voor de hand liggend. Het is algemeen geweten dat de universitaire opleiding voor osteopathie in Brussel zeer terughoudend is met het aanleren van deze technieken wegens een gebrek aan *evidence* van voornamelijk hun onderliggende theorieën en hun klinische relevantie. Het minder vaak gebruik maken van diezelfde technieken door de respondenten opgeleid aan het private opleidingsinstituut SCOM is dan weer te verklaren door het feit dat deze instelling en de opleiding aan de ULB nauw met elkaar zijn verbonden via hun gemeenschappelijke docenten.

Toch is het uitermate belangrijk dat men zich bewust is van het feit dat het arsenaal aan aangewende osteopathische technieken geenszins de osteopathie in se definiëert. Ze maken enkel deel uit van de globale uitoefening van de osteopathische geneeskunde. Het onderliggende concept, het onderliggende osteopathische gedachtenproces en haar praktische vertaling, veel meer nog dan de technieken en de uitvoering ervan, bestemt de osteopathie en onderscheidt ze van andere manuele geneeswijzen. Het manueel technisch handelen gericht op het herstel van de teloorgegangene functie op alle niveaus van het lichaam is dus veeleer het middel tot, het werkinstrument en definieert geenszins de osteopathie.<sup>86</sup>

De aanwending van inwendige technieken is reeds geruime tijd een “gevoelig” thema voor onze beroepsgroep en vraagt zeker extra aandacht. Deze extra aandacht ontwaren we ook in de internationale literatuur, voornamelijk uit het VK waar er heel wat aandacht aan wordt besteed in een breder kader van *adverse events*, *informed consent* en *patient expectations studies*.<sup>87,88</sup> Voor wat betreft de aanwending van inwendige technieken merken we een algemene terughoudendheid op in alle regio's. Enkel de intrabuccale technieken worden met enige regelmaat aangewend.

In Nederland zijn het enkel de respondenten van “andere” opleidingen<sup>89</sup> die vaginale technieken vaker aanwenden en in de Franse Gemeenschap/Luxemburg de respondenten die hun opleiding genoten bij het IWGS. De rectale technieken worden vaker gebruikt door osteopaten die een deeltijdse opleiding hebben gevolgd.

Zoals reeds geopperd werd, is het goed om in een volgende enquête ook het borstonderzoek mee op te nemen in de vragenlijst. Ook vragen betreffende een al of niet gebruik maken van *informed consent* dient beslist opgenomen te worden.

#### 4.2.5 Soort klachten

Voor wat betreft de reden voor consultatie van een osteopaat per lichaamsregio valt op dat alle regio's dezelfde top drie aangeven als meest voorkomend, namelijk: de *lumbale en cervicale wervelkolom* en het *bekken*. De *schoudergordel* lijkt ook nooit ver weg en komt soms op een ex aequo plaats met een andere lichaamsregio uit de top drie.

Ook voor de top drie van de meer specifieke klachten blijkt er toch nog een vrij goede overeenstemming tussen de verschillende regio's te bestaan. *Nekklachten en lumbago* zitten er steeds bij, gevolgd door *hoofdpijn/migraine* of *cervicobrachialgie*.

Bij nauwkeuriger analyse (zie punt 3.4.2) blijkt, op één uitzondering na (*thorax*), de kans voor het voorkomen van klachten per lichaamsgebied afhankelijk te zijn van de regio. Vrijwel hetzelfde kan gezegd worden voor de invloed van regio op de meer specifieke klachten, waarbij slechts 4 van de 25 klachten geen invloed laten optekenen voor regio.

<sup>86</sup> van Dun P.L.S. (red.) 2010, *Beroepscompetentieprofiel Osteopathie*, Brussel: Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw)

<sup>87</sup> KPMG. *How do osteopaths practice?* London, GOsC, 2011

<sup>88</sup> <http://www.osteopathy.org.uk/resources/Research-and-surveys/GOsC-research/Adverse-events-studies/>  
<http://www.osteopathy.org.uk/resources/Research-and-surveys/GOsC-research/Osteopathic-patient-expectations-study/>

<sup>89</sup> Andere dan de huidige in Nederland bestaande opleidingen: IAO, CS en FICO.

De onderzoeksgroep wou tevens nagaan of er een verband bestond tussen de anciënniteit van de osteopaat en het soort patiënten dat in de praktijk komt en ook of dit soort patiënten (klachten) die een osteopaat consulteren verschillend is voor osteopaten die enkel als osteopaat werken en na- of bijscholing volgen en de overige.

De **anciënniteit** van de osteopaat blijkt enkel voor de klachten ter hoogte van het *hoofd*, de *cervicale* en de *lumbale wervelkolom* geen invloed te hebben, voor alle andere lichaamsregio's wel. Voor de klachten ter hoogte van de extremiteiten, uitgezonderd de *schoudergordel*, is de kans op voorkomen voor alle geografische regio's veel groter bij stijgende anciënniteit.

Voor 8 van de 25 specifieke klachten, waaronder *lumbago* en *nekkklachten*, is er geen invloed van de anciënniteit.

Hieruit blijkt dat de anciënniteit geen grote invloed heeft voor die klachten die het meest voorkomen in een osteopathische praktijk (uitgezonderd het *bekken*).

Om de tweede vraag van de onderzoeksgroep te kunnen beantwoorden werd er een nieuwe variabele gevormd, deze van **kernosteopaat**, die osteopaten identificeert die zowel meer dan 10 uur per week als osteopaat werkzaam zijn, na/bijscholing volgt en niet meer als fysio(kinesi)therapeut/arts werkzaam zijn.

De kans van voorkomen van klachten voor de gehele wervelkolom (*cervicale*, *thoracale* en *lumbale*) en voor deze van de *enkel/voet* blijken niet afhankelijk voor de status van kernosteopaat. Alle andere klachten per lichaamsgebied zijn dit wel.

De kans van voorkomen voor meer specifieke klachten is voor het merendeel afhankelijk van de status van kernosteopaat. Enkel de klachten *fibromyalgie*, *ischialgie*, *lumbago* en *nekkklachten* blijken niet afhankelijk te zijn voor de status van kernosteopaat.

Ook hier weer stellen we vast dat klachten die veelvuldig voorkomen in de osteopathische praktijk niet afhankelijk zijn van de status van kernosteopaat.

Men kan zich ook afvragen hoe het beantwoorden van de verschillende vragen in deze enquête wordt aangestuurd. Vertrekken de respondenten vanuit de werkelijke klacht van de patiënt en haar oorzaak die zich op consult(atie) aanbiedt of is het eerder de vooringenomen focus op de diagnostische en/of behandeltechniek die hen aanstuurt? Precies zoals, karikaturaal gesteld, een psychiater alle lichamelijke klachten van zijn patiënt als psychisch interpreteert.

Aan de hand van volgend voorbeeld willen we deze mogelijkheid toch even naar voor schuiven: over het algemeen is het zo dat het merendeel van de klachten minder voorkomen in Nederland dan in alle andere regio's. Dit geldt enkel niet voor klachten ter hoogte van het *abdomen* die in Nederland meer lijken voor te komen dan in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen (regio:  $p < 0,001$ ). De *viscerale manipulaties* prijken op de eerste plaats van de behandeltechnieken voor Nederland en het *onderzoek naar de viscerale mobiliteit* staat enkel bij Nederland in de top drie van meest gebruikte diagnostische technieken.

De vraag is nu of deze technieken zoveel gebruikt worden omdat er in Nederland vele patiënten zich aanbieden met een "visceraal klachtenpatroon"<sup>90</sup> of dat een zekere vooringenomenheid met viscerale technieken uitnodigt tot een snellere interpretatie naar een diagnostiek die besluit tot een visceraal klachtenpatroon? Of nog, wordt een focus op viscera verheven tot een identiteitsstichtende karakteristiek van de beroepsgroep in Nederland?

Meer specifiek onderzoek is vereist om de verschillende invloeden die een mogelijke rol kunnen spelen in kaart te brengen. Een mogelijkheid bestaat erin om deze informatie bij de patiënten te gaan halen en prospectief ook bij de geconsulteerde osteopaat.

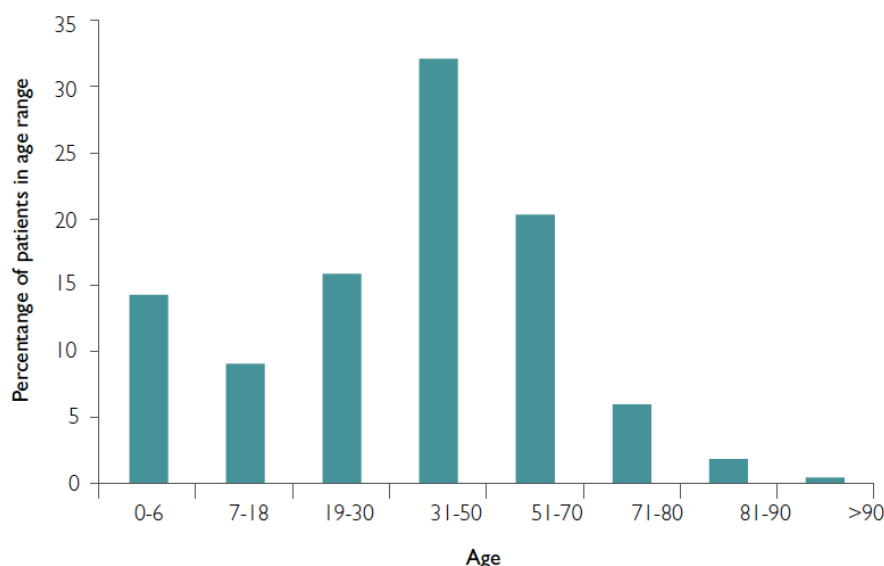
<sup>90</sup> Uiteraard wordt hier in één adem ook bedoeld: "met een klachtenpatroon dat van viscerale oorsprong kan zijn".

Het uitvoeren van een *SDC-like* onderzoek<sup>91</sup> met gegevens van patiënten, zoals dit gebeurde in het VK<sup>92</sup> en Australië<sup>93</sup> dringt zich op om een meer objectief beeld te krijgen van het soort van klachten in de osteopathische praktijk.

#### 4.2.6 Patiëntenprofiel

Hoewel alle leeftijdscategorieën vertegenwoordigd zijn in een osteopathische praktijk in de Benelux, zijn het vooral de volwassenen die de hoofdmoot uitmaken van het patiëntenbestand. De leeftijdscategorie van 41-64 jaar scoort voor alle regio's zelfs nog iets hoger dan deze van 21-40 jaar.

Verschillende onderzoeken (zie ook punt 4.1.3) en ook deze Osteosurvey, tonen aan dat er een relatieve piek is op zuigelingenleeftijd maar dat osteopaten voornamelijk geraadpleegd worden door volwassenen met de hoogste piek rond de leeftijd van 45 jaar. Hoewel de leeftijdscategorieën niet steeds goed te vergelijken zijn, kan men stellen dat ook het onderzoek van OIA<sup>94</sup> naar de huidige status van de osteopathie in de wereld een gelijkaardig leeftijdspatroon vertoont (Figuur 52). Nog te vermelden is dat bijna een kwart van de patiënten jonger dan 18 jaar is en 8,7% jonger dan twee jaar.



**FIGUUR 52: LEEFTIJD VAN DE 10 MEEST RECENTE PATIËNTEN IN OSTEOPATHISCHE ZORG (OVERGENOMEN UIT OIA 2012 SURVEY).**

Verrassend is dat de respondenten van zowel Vlaanderen als de Franse Gemeenschap vrijwel gelijke percentages laten optekenen voor wat betreft de verhouding man/vrouw in hun patiëntenbestand. Respectievelijk 64,6% en 63,7% bevestigt een gelijke verdeling over zowel mannen als vrouwen en respectievelijk 21,8% en 21,6% zegt dat ze voornamelijk geconsulteerd worden door vrouwen. Nog

<sup>91</sup> Fawkes C., Leach J., Mathias S., Moore A., *The Standardised Data Collection Project – Standardised data collection within osteopathic practice in the UK: development and first use of a tool to profile osteopathic care in 2009*. London, National Council for Osteopathic Research (NCOR), June 2010

<sup>92</sup> *ibid.*

<sup>93</sup> Burke S.R., Myers R., Zhang A.L. A profile of osteopathic practice in Australia 2010–2011: a cross sectional survey, *Musculoskeletal Disorders* 2013, 14: 227 <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2474-14-227.pdf>

<sup>94</sup> Osteopathic International Alliance (OIA), *Osteopathy and Osteopathic Medicine: A Global View of Practice, Patients, Education and the Contribution to Healthcare Delivery*, 2013, Chicago, p.25

verassender zijn de gelijkenissen in percentages van Nederland en Luxemburg desbetreffend (respectievelijk 47,7% en 47,1% voor een gelijke verdeling en 46,8% en 41,2% voor een overwicht van de vrouw in het patiëntenbestand).

Voor deze informatie zou een onderzoek naar het gebruik van osteopathie zoals dit in België wordt verricht door het WIV of ook een *SDC-like* onderzoek opheldering kunnen brengen.

#### 4.2.7 Praktijkorganisatie en honorarium

Eén derde van de respondenten werkt in een **groepspraktijk**. Dit is voor alle regio's geldig, behalve voor het Groothertogdom Luxemburg waar dit geldt voor bijna twee derde van de respondenten.

De **duur van een osteopathisch(e) consult(atie)** is korter in België dan in Nederland of Luxemburg. In België duurt de eerste consult(atie) bij de helft van de respondenten (54% in Vlaanderen en 47,9% in de Franse Gemeenschap) tussen 30 en 45 minuten en bij een vervolgconsult(atie) bij bijna drie kwart tussen 30 en 45 minuten (74,5% in Vlaanderen en 68,4% in de Franse Gemeenschap). In Nederland en Luxemburg duurt de eerste consultatie bij respectievelijk 62,8% en 64,7% van de respondenten tussen 46 en 60 minuten en een vervolgconsult(atie) duurt bij respectievelijk 49,6% en 52,9% tussen 30 en 45 minuten. Opvallend hier zijn de vrij goede overeenstemmingen in percentages betreffende de duur van een eerste en een vervolgconsult(atie) tussen Nederland en Luxemburg en ook tussen Vlaanderen en de Franse Gemeenschap.

De Nederlandse osteopaten zijn met hun 32,7 uur per week werken met patiënten in hun praktijk het vlijtigst. Wel op de voet gevolgd door de Vlaamse (30 uur) en de Luxemburgse (29,6 uur). Een osteopaat uit de Franse Gemeenschap doet het met 25,3 uur duidelijk wat kalmer aan.

Wanneer men deze cijfers combineert met deze van de duur van een consult(atie) lijkt dit te kloppen met de gegevens van het aantal patiënten per dag en per week, waarbij ook hier er een duidelijk verschil op te merken valt tussen de hoogste waarden uit Vlaanderen (9,7 patiënten per dag en 41,7 per week) en de laagste uit de Franse Gemeenschap (7,4 patiënten per dag en 32,6 per week).

In Vlaanderen betaalt een patiënt gemiddeld 33,07 euro minder **honorarium** voor een eerste consult(atie) dan in Nederland. Voor een vervolgconsult(atie) bedraagt dit verschil nog 28,66 euro. De significante verschillen in honorarium in de verschillende regio's worden enkel gevonden in relatie met het buitenland. Van de 5,3% Vlaamse osteopaten die in het buitenland werken, proberen 62% een hoger inkomen te vinden in Nederland. Van de 3,5% Nederlandse osteopaten die in het buitenland werken, komen 60% hun geluk zoeken in België. Een beslissing die beslist niet economisch werd geïnspireerd.

De **voorkeur om te werken met een bepaalde patiëntengroep** in de praktijk gaat van 36,2% in Vlaanderen naar 11,8% in Luxemburg (Nederland: 30,5% en de Franse Gemeenschap: 14,5%).

Een ontwikkeling die zich reeds geruime tijd aftekent is dat de individuele osteopaat zich uit het oogpunt van bepaalde interesses graag verder bekwaamt naar bepaalde doelgroepen (bv. kinderen, topsporters, ...) of in bepaalde osteopathische technieken. Deze bijzondere beroepsbekwaamheid kan verworven worden door verdere studie (door bij/nascholing bijvoorbeeld) en de nodige praktijkervaring en zal in de toekomst ongetwijfeld verder uitgewerkt worden en de nodige aandacht genieten van academische en postacademische instanties.

Ondanks het feit dat door de explosieve kennisontwikkeling een steeds verdere drang naar specialisatie zich opdringt, wil de osteopathie zich geenszins positioneren in de tweede lijn en wil ze zich, trouwblijvend aan haar waarden, blijven profileren als een vorm van eerstelijns geneeskunde. Daarom verkiest de beroepsgroep deze bijzondere beroepsbekwaamheden ook als zodanig te beschouwen zonder te willen spreken over een "sportosteopaat" bijvoorbeeld. De osteopaat blijft

wat hij is, osteopaat dus, maar met een bijzondere beroepsbekwaamheid die in de toekomst liefst academisch gehomologeerd dient te worden.

Een zeer duidelijk verschil valt op te merken in het gebruik van een **persoonlijke internetsite** om zijn praktijk onder de aandacht te brengen. Absolute koploper zijn de Nederlandse respondenten, waarvan 86,6% aangeeft hier gebruik van te maken. Vlaanderen heeft een score die net iets hoger ligt dan de helft van die van de Nederlanders (44,4%). Dit alles staat in schril contrast met de respectievelijk schamele 15% en 5,9% uit de Franse Gemeenschap en Luxemburg.

#### 4.2.8 Enkele belangrijke vragen vanuit de beroepsgroep

Enkele belangrijke vragen vanuit de beroepsgroep die werden beschreven in punt 2.2, werden reeds in voorgaande punten behandeld, zoals ook het al dan niet aanwenden van interne technieken.

Een bijkomend belangrijk thema voor de beroepsgroep is de plaats van de osteopathie als eerstelijnsgezondheidszorg. Tegen de achtergrond van het feit dat 85% van de osteopaten in de Benelux een vooropleiding als fysio(kinesi)therapeut heeft en dat de identiteit van het beroep van osteopaat ten opzichte van de fysio(kinesi)therapie niet voor iedereen geheel duidelijk lijkt, is het voor de beroepsgroep uiterst belangrijk om onze eerstelijnsfunctie in de gezondheidszorg te verduidelijken. Zonder dit thema te willen uitdiepen in dit inventariserend onderzoek, wegens geen ruimte hiervoor, leken ons enkele eenvoudige vragen richtinggevend te kunnen zijn.

Op die manier werden er vijf vragen gesteld met betrekking tot het maken van een afspraak met de patiënt, het al of niet uitvoeren van een diagnose bij elke behandeling en het al of niet uitvoeren van een uitsluitingsdiagnostiek (vraag 23–27).

Hieruit blijkt dat de meeste osteopaten (België: 80,3%, Nederland: 81,1%, Luxemburg: 88,2%) bij ieder(e) consult(atie) een nieuw diagnostisch onderzoek uitvoeren. Een grote minderheid (B: 2,1% en NL: 2,9%, L: 5,9%) doet dit niet bij ieder(e) consult(atie) opnieuw. Osteopaten maken vaak gebruik van een uitsluitingsdiagnostiek om te bepalen of een patiënt al dan niet in behandeling genomen wordt. In België maakt 91,7% hier gebruik van, in Nederland 89,4% en in Luxemburg maakt 82,5 % hier gebruik van. Niet iedere patiënt die zich bij een osteopaat aanmeldt krijgt ook daadwerkelijk een afspraak. In België geven 26,5 %, in Nederland 35,2% en in Luxemburg 17,6% van de osteopaten aan dat met iedere patiënt een afspraak gemaakt wordt. De meerderheid van de osteopaten maken ook nooit meerdere afspraken vooruit voor de patiënt (België: 80,8%, Nederland: 76,7%, Luxemburg: 82,4%).

Ondanks het feit dat het percentage voor het uitvoeren van een uitsluitingsdiagnostiek voor de Benelux zeer hoog ligt (90%), worden er toch significante regionale verschillen opgemerkt ( $p=0,01$ ). Zo is het aandeel van respondenten dat een uitsluitingsdiagnostiek uitvoert in de Franse Gemeenschap/Luxemburg hoger dan in Nederland, en in Nederland hoger dan in Vlaanderen. Wanneer men opmerkt dat voor alle regio's het aandeel osteopaten dat ook gebruik maakt van een uitsluitingsdiagnostiek stijgt met toenemende anciënniteit ( $p=0,006$ ) kan hier deels een verklaring worden gevonden voor de hogervermelde regionale verschillen. De gemiddelde anciënniteit van de osteopaten in Vlaanderen ligt lager dan deze in de Franse Gemeenschap/Luxemburg. Anderzijds ligt de gemiddelde anciënniteit van de osteopaten in Vlaanderen hoger dan deze in Nederland. Het soort opleiding zou dan weer geen invloed hebben op het al dan niet uitvoeren van een uitsluitingsdiagnostiek ( $p=0,23$ ).

Concluderend kan gesteld worden dat osteopaten over het algemeen omzichtig omspringen met het al of niet in behandeling nemen van een patiënt, niet iedereen zomaar inplannen en hun diagnostische taak zeer ernstig nemen.

Toch dient de beroepsgroep te willen streven naar nog hogere percentages op het gebied van diagnostisch onderzoek en is bijkomend onderzoek, waarbij dit thema nog meer kan worden uitgediept samen met de vragen betreffende een al of niet gebruik maken van *informed consent* zoals reeds besproken in punt 4.2.4, aangewezen.

Een bijkomende vraag/zorg van de beroepsgroep bestaat erin of de toenemende vervrouwelijking van het beroep van osteopaat een invloed heeft op het aantal uren dat men werkzaam is. Blijkt dat enkel in Nederland de mannelijke osteopaten gemiddeld beduidend meer uren werkzaam zijn dan hun vrouwelijke collega's.

## 4.3 Beperkingen van de studie en enkele mogelijkheden tot verdere analyse

### 4.3.1 De belangrijkste beperkingen

De validatieprocedure van de Nederlandse vragenlijst enerzijds en van de Vlaamse en Franstalige vragenlijst anderzijds is niet geheel identiek verlopen. De kleine verschillen in validatieprocedure die om logistieke en pragmatische redenen werden doorgevoerd, dienen bij een vervolgonderzoek te worden vermeden. Het is ook beter om de verschillende taalversies van de conceptversie gelijktijdig ter validatie aan te bieden.

Voor een vervolgonderzoek is het ook wenselijk om nog meer stakeholders te betrekken bij het op punt stellen van de volgende versie van de vragenlijst. We denken hier in eerste instantie aan opleidingsinstituten en officiële instanties zoals bijvoorbeeld de Kamer voor Osteopathie in België.

Ondanks het feit dat:

- er voor het opstellen van de vragenlijst een onderzoeksgroep werd samengesteld uit de CORPP vzw en de SWOO, die werden bijgestaan door enkele vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties voor osteopathie,
- er in totaal 4 maanden werden uitgetrokken voor het opstellen en het op punt stellen van deze vragenlijst,
- elke aparte vragenlijst gevalideerd werd,

hebben we moeten vaststellen dat er toch enkel foutjes zijn ingeslopen en dat de lijst beslist nog voor verbetering vatbaar is. De meeste feedback werd ons geleverd door de commentaren op vraag 50 van de enquête.

Zo ontbreekt er voor vraag 18 in de enquête (*Werkt u alleen of in een groepspraktijk voor osteopathie?*) een keuzemogelijkheid voor "beide". Ook vraag 18b (*Hoeveel osteopaten zijn er in deze groepspraktijk werkzaam?*) lijkt bij enkele respondenten vragen op te werpen omdat de antwoordmogelijkheden bij "2" begint en niet bij "1". Blijkbaar waren er respondenten die de "groepspraktijk voor osteopathie" verwisselden met een "multidisciplinair centrum" uit vraag 19 en er dus vanuit gingen dat er ook "1" osteopaat in een osteopathische groepspraktijk werkzaam kon zijn.

Ook vraag 38 (*Geeft u wel eens korting bij betalingsproblemen?*) zorgde blijkbaar voor enige onduidelijkheid. Respondenten vroegen zich af: "wat is wel eens?". Een striktere omlijning van de vraag dringt zich op.

Deze voorbeelden duiden enkel aan dat er misschien nog meer aandacht dient te gaan naar het ondubbelzinnig formuleren van de vragen en ook een, eventueel met pop-ups, goed begeleiden van de respondenten in wat eigenlijk gevraagd wordt. Dit is een opmerking die ook werd gemaakt in de KPMG-studie uit het VK.

In de Franstalige vragenlijst werd er voor vraag 42 (*Hoeveel nieuwe aanmeldingen heeft u gemiddeld per week?*) vergeten om de categorieën te vervangen door een open vraag naar het aantal, zodat de gegevens uit deze vraag niet konden worden verwerkt en ook niet konden worden vergeleken met deze uit de Nederlandstalige vragenlijsten.

Hoewel we graag voor vraag 2 de effectieve leeftijd van de respondent hadden gevraagd, heeft de onderzoeksgroep beslist om toch de leeftijdscategorieën aan te houden om zodoende nog meer anonimiteit te waarborgen. Toch uitten verschillende respondenten in vraag 50 hun bezorgdheid betreffende de anonimiteit van de Osteosurvey. Voornamelijk in verbinding met de vragen 15, 36, 37, 40 en 41; vragen naar het aantal patiënten en honorarium. Gecombineerd vertegenwoordigen die blijkbaar gevoelige informatie voor enkele respondenten. Reacties als: “dit is erover”, “vraag dan maar naar mijn omzetcijfers”, of ook nog: “dit is misplaatst”, laten duidelijk merken dat de bereidheid om informatie dienaangaande te delen niet meer aanwezig is. Dit zou een meer socio-economische bevraging, zoals die in Frankrijk<sup>95</sup> werd doorgevoerd bij osteopaten, kunnen hypothekeren.

Het zijn vooral deze vragen die blijkbaar zelfs wat wrevel oproepen bij sommige respondenten en hierdoor beslissen om hun antwoorden op deze vragen te saboteren. Op de vragen rond het honorarium bijvoorbeeld worden er dan bedragen ingevuld van 0, 10 of 11 euro.

Binnen de onderzoeksgroep werd er beslist om de “0” als antwoord op de vragen 15, 36, 37, 40, 41, 42 en 44 niet op te nemen voor verwerking. Dit werd ook gehandhaafd voor de gegevens waarvan werd toegegeven in vraag 50 dat ze gesaboteerd zijn. Alle andere gegevens werden zonder meer verwerkt. Ook wanneer de logica zelf laat vermoeden dat ze al of niet moedwillig foutief werden ingevoerd, zoals bijvoorbeeld een waarde “100” als antwoord op vraag 44 (*Wat is het gemiddelde aantal consultaties van een patiënt per jaar? Met uitzondering van de chronische patiënten*). Omdat het gaat over slechts een klein aantal uitschieters en het aantal respondenten groot is, heeft dit nauwelijks invloed gehad op de gemiddelde waarden enkel de SD springt voor deze vraag van 1,62 naar 3,87.

De onderzoeksgroep is de respondenten erkentelijk voor de suggesties van eventuele bijkomende vragen die spontaan op vraag 50 werden geformuleerd. Desalniettemin dienden we er voor te zorgen om de enquête niet te lang te maken en konden vele vragen onmogelijk deel uitmaken van deze enquête.

Wegens de omvang van de huidige studie was er geen ruimte om de invloed van non-respons en drop-out bij het invullen van de enquête op de uiteindelijke analyseresultaten na te gaan. Om de groep van de respondenten ten opzichte van de groep van de uitgenodigden te situeren in termen van beschikbare karakteristieken is aanvullende analyse van deze groepen van non-respons en drop-out nodig. Met de huidige gegevens is niet uit te sluiten dat de respondenten een meer geëngageerde subgroep vormen die mogelijk anders te karakteriseren is, vergeleken met de volledige Benelux-osteopaten populatie.

#### 4.3.2 Mogelijkheden tot verdere analyse

In de huidige analyse werd bij elke onderzoeksvraag vaak gefocust op slechts twee of drie variabelen tegelijkertijd. Dit laat toe te begrijpen hoe de uitkomst samenhangt met die betrokken variabe(n). Uiteraard is het dan mogelijk dat het effect van een bepaalde variabele beïnvloed wordt door een variabele die niet in de analyse is opgenomen. Dit is belangrijk indien men geïnteresseerd is in het vinden van een oorzakelijk verband.

<sup>95</sup> *ibid.*

Zo vonden we bijvoorbeeld een sterk verband tussen anciënniteit en de frequentie van een bepaalde behandeltechniek. Indien bijvoorbeeld ook het soort opleiding, wat zelf een verband vertoont met behandeltechniek, in het model wordt opgenomen, kan er gecorrigeerd worden voor dit bijkomend effect. Op deze manier kan er een mogelijk oorzakelijk verband tot uiting komen. In een mogelijke verdere analyse zouden we dus voor een aantal interessante responsvariabelen een meer compleet model kunnen opbouwen op basis van de rijke informatie aanwezig in de enquêtegegevens.

#### **4.3.3 Benelux Osteosurvey: het vervolg**

Door het feit dat er toch heel wat verschillen worden waargenomen tussen de regio's en rekening houdende met de gevoeligheden betreffende het taalgebruik, lijkt een analyse van de Benelux in zijn geheel voor de toekomst weinig meerwaarde te hebben.

Daarenboven is de kans groot is dat er tegen de tijd dat een volgende analyse zich opdringt, de politieke situatie voor de osteopathie in de verschillende landen een andere is. Dit zou ook betekenen dat er beslist enkele vragen zullen wegvallen en/of een andere formulering nodig hebben. Als voorbeeld: een thema dat voor de beroepsgroep heden belangrijk is, met name de cumulatie van osteopathie met fysio(kinesi)therapie, zou waarschijnlijk niet meer relevant zijn omdat, zoals momenteel de Kamer voor Osteopathie in België haar advies formuleert, een cumulatie bij wet waarschijnlijk niet meer mogelijk zal zijn. Ook de terugbetaling van osteopathische zorg kan mogelijk helemaal anders geregeld zijn. Zulke veranderingen zullen dan enkele inhoudelijke aanpassingen van de vragenlijst verlangen.

Daarom is het aan te bevelen om toekomstige enquêtes dan ook regionaal te blijven interpreteren. Er kan ook zowel voor wat betreft de inhoudelijke als de vormelijke opbouw van de vragenlijst specifiek rekening gehouden worden met de noden van de betreffende regio en tegelijkertijd toch voldoende eenvormigheid bewaren zodat een naadloze vergelijking van de verschillende regio's mogelijk blijft voor de gemeenschappelijke vragen.

Het uitvoeren van een prospectief inventariserend onderzoek waarin men zowel de gegevens van de patiënt als deze van de behandelende osteopaat verwerkt, dringt zich op om een meer objectief beeld te krijgen van heel wat vragen in deze vragenlijst zoals bijvoorbeeld het patiëntenprofiel en de klachten van de patiënt en hun evolutie.

## 5 Conclusie

Algemeen kan gesteld worden dat de respondent van deze enquête een zelfstandig statuut heeft (92%), werkzaam is in een particuliere/private praktijk en voor 85% een vooropleiding heeft als fysio(kinesi)therapeut. De meerderheid heeft een leeftijd tussen 30 en 49 jaar.

In de gehele Benelux is er een duidelijke vervrouwelijking van het beroep van osteopaat aan de gang met een omkering van de verhouding man/vrouw in de leeftijdscategorie van 20-29 jaar die vooral in Vlaanderen het duidelijkst is.

Er is ook opvallend een veel lagere cumulatie osteopathie-fysio(kinesi)therapie in Nederland waar te nemen dan in alle andere regio's. Daarenboven ligt in de Franse Gemeenschap/Luxemburg het aandeel respondenten dat cumuleert het hoogst op jongere leeftijd (piek op 30-39 jaar) terwijl dit in Nederland en Vlaanderen het hoogst is op oudere leeftijd (piek op 60-65 jaar).

In dit onderzoek worden er enkele pistes bediscussieerd die een cumulatie in de hand zouden kunnen werken, zoals: de wijze van terugbetaling voor osteopathische zorg, verschillen in de osteopattendichtheid, de invloed van het onderwijs en het ontbreken van een wettelijk statuut voor de osteopathie.

Voor het overgrote deel van zowel de diagnostische als van de behandeltechnieken worden er significante regionale verschillen waargenomen. Een vaststelling die gedeeltelijk kan verklaard worden door de invloed van de verschillende opleidingsinstituten.

Voor wat betreft de inwendige technieken worden enkel de intrabuccale technieken met enige regelmaat aangewend.

Toch is het uitermate belangrijk dat men zich steeds voor ogen blijft houden dat het arsenaal aan aangewende osteopathische technieken geenszins de osteopathie in se definiëert en dat het eerder het onderliggende osteopathische gedachtenproces is en de praktische vertaling ervan die de osteopathie definieert.

De voornaamste klachten waarmee een patiënt een osteopaat raadpleegt bevinden zich ter hoogte van de lumbale en cervicale wervelkolom, het bekken en de schoudergordel. Meer specifiek zijn dit nekklachten en lumbago gevolgd door hoofdpijn/migraine en cervicobrachialgie.

Vastgesteld wordt dat zowel de anciënniteit van de osteopaat alsook de status van kernosteopaat geen invloed uitoefenen op die klachten die veelvuldig voorkomen in een osteopathische praktijk.

Hoewel alle leeftijdscategorieën vertegenwoordigd zijn in een osteopathische praktijk in de Benelux, zijn het vooral de volwassenen die de hoofdmoot uitmaken van het patiëntenbestand met weliswaar een opvallend relatieve piek op zuigelingenleeftijd. Het patroon van de leeftijdsverdeling toont een vrij grote overeenkomst tussen de verschillende regio's, ook de gelijkenis met grafieken uit buitenlandse studies is treffend.

De duur van een osteopathisch(e) consult(atie) is korter in België dan in Nederland of Luxemburg maar het honorarium ligt significant hoger in Nederland. Bij een stijgende anciënniteit daalt de duur van een consult(atie) significant ( $p < 0,001$ ) en stijgt het honorarium gemiddeld per regio met 0,25 euro per jaar (voor een eerste consult(atie)).

Osteopaten geven aan dat de belangrijkste "verwijzers" de eigen patiënten zijn. De doorverwijzing door een arts komt "slechts" op een vierde plaats.

Algemeen kan gesteld worden dat de respondenten in alle regio's omzichtig omspringen met het al of niet in behandeling nemen van een patiënt en hun diagnostische taak zeer ernstig nemen.

Voor heel wat gegevens die werden bevraagd in deze Osteosurvey vallen er duidelijke regionale verschillen op te tekenen. Het is hiermee klaar dat er, ondanks enkele overeenkomsten tussen bepaalde regio's, niet zo iets bestaat als een type Benelux-osteopaat. Althans niet voor het overgrote deel van de bevraagde gegevens.

In vergelijking met de KCE-studie uit 2010 geeft de Osteosurvey 2013 voor België een reëler beeld van de beroepsgroep van osteopaten door het includeren van ook de niet-leden van een beroepsvereniging voor osteopathie. Een vergelijking tussen de beide studies is dan ook niet steeds eenvoudig, omdat er heel wat verschuivingen in de gegevens waargenomen worden die niet enkel kunnen verklaard worden door het tijdstip van onderzoek.

## 6 Dankbetuiging

Een speciale dankbetuiging gaat naar Mendel Blokland (SWOO) en Eric Dobbelaere (GNRPO vzw), die gedurende het gehele onderzoek van nabij betrokken waren en op alle mogelijke vlakken ondersteuning hebben geboden bij het tot stand komen van dit rapport.

We danken Stat-Gent Crescendo voor het verzenden van de vragenlijst, het verzamelen van de antwoorden (punt 2.4) en het meewerken aan de beschrijvende analyse, meer bepaald de analyses beschreven onder punt 3.4.

Ook dank aan Maurice de Keyser en Monique de Keyser-Hoogenkamp voor hun medewerking aan het opstellen van de vragenlijst, de validatie van de Nederlandse versie en de verwerking van de resultaten (3.1.1, 3.3.1 en 3.4).

Onze dank gaat tevens uit naar alle bestuursleden van de beroepsorganisaties osteopathie uit de Benelux die hun volle ondersteuning boden en het belang van dit onderzoek bij hun leden aankaartten.

In het bijzonder vermelden we hier hun voorzitters: Michel Van Espen (ALDO), Maurits Roothoof (BAKO), Ton Kouwenberg (NVO), Stefaan Denooze (ROB), Christian Gérard (SBO-BVO), Jean Ruwet (UBO-BUO), Michel Van den Abeele (UKO) en Alex Boon (UVO).

We wensen ook de Belgische Mutualiteiten (zorgverzekeringen) en in het bijzonder Dr. Patrick Galloo namens het intermutualistisch college, te danken voor de samenwerking en de logistieke steun.

Tenslotte wensen we Joeri Calsius, Gert Roncada, Johan Verbeeck, Bastiaan Keuning, Manuel van Tintelen en Jo Buekens te danken voor hun bijdrage bij het nalezen van dit rapport en het leveren van waardevolle commentaren, waardoor dit werk zowel inhoudelijk als vormelijk aan kwaliteit heeft gewonnen.

De Benelux Osteosurvey 2013 kon enkel tot stand komen met de financiële steun van :

Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO)  
 Belgische Vereniging voor Osteopathie (BVO)  
 Groepering, Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw)  
 Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion vzw (CORPP vzw)  
 Association Luxembourgeoise des Ostéopathes (ALDO)

## Bibliografie

Bear H.A. The Divergent Evolution of Osteopathy in America and Britain, *Soc. Sci. Med.*, 1984, 19 (1): 717-725

Chauvin M, Gouyot M, Landurier G, Lemaire D. *L'observatoire socio-economique de l'ostéopathie 2009*

[www.observatoire-osteopathie.org/wp-content/uploads/2011/11/Rapport-Oseostéo-2009.pdf](http://www.observatoire-osteopathie.org/wp-content/uploads/2011/11/Rapport-Oseostéo-2009.pdf)

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

<https://kce.fgov.be/nl/publication/report/stand-van-zaken-voor-de-osteopathie-en-de-chiropraxie-in-belgië>

de Jongh T.O.H., De Vries H., Grundmeijer H.G.L.M., *Diagnostiek van alledaagse klachten I en II: bouwstenen voor rationeel probleemoplossen*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem, 2002

Fawkes C., Leach J., Mathias S., Moore A., *The Standardised Data Collection Project – Standardised data collection within osteopathic practice in the UK: development and first use of a tool to profile osteopathic care in 2009*. London, National Council for Osteopathic Research (NCOR), June 2010

[http://www.osteopathy.org.uk/uploads/standardised\\_data\\_collection\\_finalreport\\_24062010.pdf](http://www.osteopathy.org.uk/uploads/standardised_data_collection_finalreport_24062010.pdf)

GOsC 2006/07 *Practise Pilot Survey*

GOsC *Osteopaths' Opinion Survey, 2012*

<http://www.osteopathy.org.uk/resources/Research-and-surveys/Surveys/>

Hesse E. *Gezondheidsenquête België 2008, Contacten met beoefenaars van niet-conventionele geneeswijzen*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), 2010

Ide L. *Dossier Alternatieve Geneeswijzen*, Palfijngroep, 2012

KPMG. *How do osteopaths practice?* London, GOsC, 2011

[http://www.osteopathy.org.uk/uploads/how\\_do\\_osteopaths\\_practise\\_kpmg\\_reporta\\_ozone.pdf](http://www.osteopathy.org.uk/uploads/how_do_osteopaths_practise_kpmg_reporta_ozone.pdf)

Knapp H., Kirk S. A. Using pencil and paper, Internet and touch-tone phones for self-administered surveys: does methodology matter? *Computers in Human Behavior*, 19 (2003) 117–134

Krönke K. *A questionnaire to evaluate the Professional Field of Osteopathy in Austria: Pilot study*. Masterthesis, Wiener Schule für Osteopathie, Wien 2006.

[www.osteopathicresearch.org/index.php?option=com\\_jresearch&view=publication&task=show&id=12656&lang=en](http://www.osteopathicresearch.org/index.php?option=com_jresearch&view=publication&task=show&id=12656&lang=en)

Mühlenfeld H. Differences between talking about and admitting sensitive behaviour in anonymous and non-anonymous web-based interviews. *Computers in Human Behavior*, 21 (2005) 993–1003

Nederlandse Vereniging voor Osteopathie, College van Advies, Hilversum en Stichting het Nederlands Register voor Osteopathie, *Beroepscompetentieprofiel Osteopathie*, 2009, Emmeloord

<http://osteopathie-nro.nl/pdf/Beroepscompetentieprofiel.pdf>

Osteopathic International Alliance (OIA), *Osteopathy and Osteopathic Medicine: A Global View of Practice, Patients, Education and the Contribution to Healthcare Delivery*, 2013, Chicago  
<http://wp.oialliance.org/wp-content/uploads/2014/01/OIA-Stage-2-Report.pdf>

Registre des Ostéopathes de France. *Les chiffres de l'ostéopathie en juillet 2011: Ostéopathes exclusifs et personnes autorisées à user du titre.*  
[www.osteopathie.org/documents.php?url=presentation\\_demographie\\_juillet2011\\_142.pdf](http://www.osteopathie.org/documents.php?url=presentation_demographie_juillet2011_142.pdf)

Riermeier R. *Eine empirische Studie zum beruflichen Selbstverständnis von Osteopathinnen und deren Einstellung zur gesetzlichen Anerkennung der Osteopathie.* Masterthesis, Wiener Schule für Osteopathie, Wien 2011  
[http://www.osteopathic-research.com/paper\\_pdf/Riermeier%20Renate.pdf](http://www.osteopathic-research.com/paper_pdf/Riermeier%20Renate.pdf)

Tüffers C., *Osteopathisches Patientenprofil in Bezug auf das Gesundheitssystem in Deutschland. Umfrage 2009*, Diplomarbeit, Hamburg

van Dun P.L.S. (red.) 2010, *Beroepscompetentieprofiel Osteopathie*, Brussel: Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw)  
[http://www.osteopathie.be/sites/default/files/global/pages/Documenten/Politics/Profil/BCP\\_Osteopathie\\_GNRPO.pdf](http://www.osteopathie.be/sites/default/files/global/pages/Documenten/Politics/Profil/BCP_Osteopathie_GNRPO.pdf)

van Dun P.L.S., Correcte communicatie over osteopathie. Een pijnpunt? *About osteopathy*, 2013, 6: 7-11

van Dun P.L.S., Hoeveel "body of evidence" zit er in een vleugje politieke wil? *De Osteopaat*, 2011, 3: 21-24

van Dun P.L.S., Wagner C., [Die Identität der Osteopathie in Europa](#), *Osteopathische Medizin*, 2012, 4: 22-26

van Dun P.L.S., Kouwenberg T. (red.), 2012, *The Scope of Osteopathic Practice in Europe*, Brussels, European Federation of Osteopaths (EFO) & Forum for Osteopathic Regulation in Europe (FORE)  
<https://www.dropbox.com/s/lapgf09r93rjtzp/SOPE%202012.pdf>

van Dun P.L.S., Mens M., Van den Berghe W., Hermans B. (red.), *Informatiedocument Osteopathie*, Brussel, 2013, Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw) en Register voor de Osteopaten van België (R.O.B.)

Vogel S., Herrick R. Service delivery characteristics of UK osteopaths - a cross sectional survey, 2008, *IJOM*, 11: 153

Wagner C. *Exploring European osteopathic identity: An analysis of the professional websites of European osteopathic organizations.* Masterthesis an der Wiener Schule für Osteopathie, Wien 2009  
[http://www.osteopathicresearch.org/paper\\_pdf/WagnerConstanze.pdf](http://www.osteopathicresearch.org/paper_pdf/WagnerConstanze.pdf)

## Lijst van afkortingen

|           |                                                                                                    |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ABOC/BAKO | Association Belge des Ostéopathes Classique / Belgische Associatie van Klassieke Osteopaten        |
| ADL       | Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen                                                            |
| ALDO      | Association Luxembourgeoise des Ostéopathes                                                        |
| BAKO      | Belgische Associatie van Klassieke Osteopaten                                                      |
| BCP       | Beroepscompetentieprofiel                                                                          |
| BELSO     | Belgian School of Osteopathy                                                                       |
| BIG       | Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg                                                         |
| BTW       | Belasting (over de) Toegevoegde Waarde                                                             |
| BVO       | Belgische Vereniging voor Osteopathie                                                              |
| CAWI      | Computer Assisted Web Interviewing                                                                 |
| CI        | Confidence Interval/betrouwbaarheidsinterval                                                       |
| COC       | Cours Ostéopathie Cursus                                                                           |
| CORPP     | Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion                                        |
| CS        | College Sutherland                                                                                 |
| DO        | Diplomated in Osteopathy (in de USA: Doctor of Osteopathy)                                         |
| EBM       | Evidence Based Medicine                                                                            |
| ESO       | European School of Osteopathy                                                                      |
| FG/L      | Franse Gemeenschap / Luxemburg                                                                     |
| FICO      | Flanders International College of Osteopathy                                                       |
| GNRPO     | Groepering, Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten                            |
| GOsC      | General Osteopathic Council                                                                        |
| GOT       | General Osteopathic Treatment                                                                      |
| HVLA      | High Velocity Low Amplitude                                                                        |
| IAO       | International Academy of Osteopathy                                                                |
| IWGS      | Institut William Gardner Sutherland                                                                |
| KB        | Koninklijk Besluit                                                                                 |
| KCE       | Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg                                                     |
| MET       | Muscle Energy Techniques                                                                           |
| MRO       | Member of the Register of Osteopaths                                                               |
| NL        | Nederland                                                                                          |
| NOF       | Nederlandse Osteopathie Federatie                                                                  |
| NRO       | Nederlands Register voor Osteopathie                                                               |
| NVO       | Nederlandse Vereniging voor Osteopathie                                                            |
| OIA       | Osteopathic International Alliance                                                                 |
| PINS      | Progressieve Inhibitie van de Neuromusculaire Structuren                                           |
| RCT       | Randomised Controlled Trial                                                                        |
| RIZIV     | Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering                                            |
| ROB       | 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                                                         |
| SDC       | Standardised Data Collection                                                                       |
| SWOO      | Stichting Wetenschappelijk Osteopathisch Onderzoek                                                 |
| TBA       | Total Body Adjustment                                                                              |
| UBO/BUO   | Union Belge des Osteopathes / Belgische Unie van Osteopaten                                        |
| UKO       | 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 Vlaanderen                                                                     |
| VK        | Verenigd Koninkrijk                                                                                |
| WHO       | World Health Organisation                                                                          |
| WIV       | Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid                                                 |

## Tabellenlijst

|                                                                                                                                                                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABEL 1: VERSCHILLEN TUSSEN DE KCE-VRAGENLIJST EN DE BENELUX OSTEOSURVEY-LIJST (DE CIJFERS KOMEN OVEREEN MET DE NUMMERS VAN DE VRAGEN IN DE RESPECTIEVE LIJSTEN).....                                                                                          | 9  |
| TABEL 2: OVERZICHT VAN HET AANTAL UITGENODIGDEN TOT DE ENQUÊTE, HET AANTAL DEELNEMERS EN HET AANTAL VOLLEDIG INGEVULDE VRAGENLIJSTEN VAN DE BENELUX OSTEOSURVEY 2013 (NL: NEDERLAND; VL: VLAANDEREN; FG/L: FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG; LUX.: LUXEMBURG)..... | 13 |
| TABEL 3: PERCENTAGES VAN BIJKOMENDE DIAGNOSTISCHE EN/OF THERAPEUTISCHE METHODEN OF GENEESWIJZEN IN NEDERLAND (N=90).....                                                                                                                                       | 16 |
| TABEL 4: PERCENTAGES VAN BIJKOMENDE DIAGNOSTISCHE EN/OF THERAPEUTISCHE METHODEN OF GENEESWIJZEN IN VLAANDEREN (N=131).....                                                                                                                                     | 22 |
| TABEL 5: PERCENTAGES VAN BIJKOMENDE DIAGNOSTISCHE EN/OF THERAPEUTISCHE METHODEN OF GENEESWIJZEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG (N=98).....                                                                                                                 | 27 |
| TABEL 6: PERCENTAGES VAN BIJKOMENDE DIAGNOSTISCHE EN/OF THERAPEUTISCHE METHODEN OF GENEESWIJZEN IN DE BENELUX (N=319).....                                                                                                                                     | 33 |
| TABEL 7: AANTAL VAN KERNGEDACHTEN PER REGIO (VL: VLAANDEREN; FG/L: FRANSE GEMEENSCHAP/ LUXEMBURG; NL: NEDERLAND).....                                                                                                                                          | 37 |
| TABEL 8: PERCENTAGES VAN BIJKOMENDE DIAGNOSTISCHE EN/OF THERAPEUTISCHE METHODEN OF GENEESWIJZEN IN BELGIË (N=225).....                                                                                                                                         | 40 |
| TABEL 9: KANS OP UITOEFENEN KINESITHERAPIE/ARTS VERSUS BEROEPSVERENIGING IN VLAANDEREN.....                                                                                                                                                                    | 51 |
| TABEL 10: KANS OP UITOEFENEN FYSIO(KINESI)THERAPIE/ARTS VERSUS BEROEPSVERENIGING IN NEDERLAND.....                                                                                                                                                             | 51 |
| TABEL 11: KANS OP UITOEFENEN FYSIO(KINESI)THERAPIE/ARTS VERSUS BEROEPSVERENIGING IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG.....                                                                                                                                       | 51 |
| TABEL 12: KANS OP UITOEFENEN FYSIO(KINESI)THERAPIE/ARTS VERSUS OPLEIDINGSINSTELLING IN VLAANDEREN.....                                                                                                                                                         | 52 |
| TABEL 13: KANS OP UITOEFENEN FYSIO(KINESI)THERAPIE/ARTS VERSUS OPLEIDINGSINSTELLING IN NEDERLAND.....                                                                                                                                                          | 52 |
| TABEL 14: KANS OP UITOEFENEN FYSIO(KINESI)THERAPIE/ARTS EN OPLEIDINGSINSTELLING IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG.....                                                                                                                                        | 53 |
| TABEL 15: RELATIE KLACHT PER LICHAAMSREGIO MET KERN EN REGIO.....                                                                                                                                                                                              | 54 |
| TABEL 16: RELATIE SPECIFIEKE KLACHT MET KERN EN REGIO.....                                                                                                                                                                                                     | 55 |
| TABEL 17: RELATIE KLACHT PER LICHAAMSREGIO MET ANCIËNNITEIT EN REGIO (≈: GEEN EENDUIDIGE TREND REGIO'S; ↑: KOMT VAKER VOOR; ↑↑: KOMT VEEL VAKER VOOR, P<0,001).....                                                                                            | 56 |
| TABEL 18: RELATIE SPECIFIEKE KLACHT MET ANCIËNNITEIT EN REGIO (≈: GEEN EENDUIDIGE TREND REGIO'S; ↑: KOMT VAKER VOOR; ↑↑: KOMT VEEL VAKER VOOR, P<0,001).....                                                                                                   | 57 |
| TABEL 19: RELATIE DIAGNOSTISCHE TECHNIËK MET ANCIËNNITEIT EN REGIO (≈: GEEN EENDUIDIGE TREND REGIO'S; ↑: KOMT VAKER VOOR; ↓: KOMT MINDER VAAK VOOR).....                                                                                                       | 58 |
| TABEL 20: RELATIE BEHANDELTECHNIEK MET ANCIËNNITEIT EN REGIO (≈: GEEN EENDUIDIGE TREND REGIO'S; ↓: KOMT MINDER VAAK VOOR).....                                                                                                                                 | 59 |
| TABEL 21: RELATIE BEHANDELTUJD MET ANCIËNNITEIT EN REGIO.....                                                                                                                                                                                                  | 60 |
| TABEL 22: P-WAARDEN VOOR DE ASSOCIATIE TUSSEN DIAGNOSTISCHE TECHNIËK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN VLAANDEREN (SIGNIFICANTE WAARDEN IN HET VET GEDRUKT).....                                                                                                       | 61 |
| TABEL 23: RICHTING VAN DE SIGNIFICANTE ASSOCIATIES TUSSEN DIAGNOSTISCHE TECHNIËK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN VLAANDEREN.....                                                                                                                                     | 61 |
| TABEL 24: P-WAARDEN VOOR DE ASSOCIATIE TUSSEN BEHANDELINGSTECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN VLAANDEREN (SIGNIFICANTE WAARDEN IN HET VET GEDRUKT).....                                                                                                         | 62 |
| TABEL 25: OVERZICHT SIGNIFICANTE RESULTATEN TUSSEN BEHANDELINGSTECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN VLAANDEREN.....                                                                                                                                              | 62 |
| TABEL 26: RESULTATEN RELATIE INWENDIGE TECHNIËK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN VLAANDEREN.....                                                                                                                                                                      | 63 |
| TABEL 27: P-WAARDEN VOOR DE RELATIE DIAGNOSTISCHE TECHNIËK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN NEDERLAND (SIGNIFICANTE WAARDEN IN HET VET GEDRUKT).....                                                                                                                  | 63 |
| TABEL 28: OVERZICHT SIGNIFICANTE RESULTATEN TUSSEN DIAGNOSTISCHE TECHNIËK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN NEDERLAND.....                                                                                                                                             | 64 |
| TABEL 29: RESULTATEN RELATIE BEHANDELINGSTECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN NEDERLAND (SIGNIFICANTE WAARDEN IN HET VET GEDRUKT).....                                                                                                                           | 64 |
| TABEL 30: OVERZICHT SIGNIFICANTE RESULTATEN TUSSEN BEHANDELINGSTECHNIEK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN NEDERLAND.....                                                                                                                                               | 65 |
| TABEL 31: P-WAARDEN VOOR DE RELATIE INWENDIGE TECHNIËK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN NEDERLAND (SIGNIFICANTE WAARDEN IN HET VET GEDRUKT).....                                                                                                                      | 65 |
| TABEL 32: OVERZICHT SIGNIFICANTE RESULTATEN TUSSEN INWENDIGE TECHNIËK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN NEDERLAND.....                                                                                                                                                 | 65 |

|                                                                                                                                                                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABEL 33: RESULTATEN RELATIE DIAGNOSTISCHE TECHNIËK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG<br>(SIGNIFICANTE WAARDEN IN HET VET GEDRUKT).....                                                                                   | 66 |
| TABEL 34: OVERZICHT SIGNIFICANTE RESULTATEN TUSSEN DIAGNOSTISCHE TECHNIËK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN DE FRANSE<br>GEMEENSCHAP/LUXEMBURG. ....                                                                                                      | 66 |
| TABEL 35: RESULTATEN RELATIE BEHANDELTECHNIËK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG<br>(SIGNIFICANTE WAARDEN IN HET VET GEDRUKT).....                                                                                         | 67 |
| TABEL 36: OVERZICHT SIGNIFICANTE RESULTATEN TUSSEN BEHANDELTECHNIËK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN DE FRANSE<br>GEMEENSCHAP/LUXEMBURG. ....                                                                                                            | 68 |
| TABEL 37: RESULTATEN RELATIE INWENDIGE TECHNIËK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG<br>(SIGNIFICANTE WAARDEN IN HET VET GEDRUKT).....                                                                                       | 68 |
| TABEL 38: OVERZICHT SIGNIFICANTE RESULTATEN TUSSEN INWENDIGE TECHNIËK EN OPLEIDINGSINSTITUUT IN DE FRANSE<br>GEMEENSCHAP/LUXEMBURG. ....                                                                                                          | 68 |
| TABEL 39: RELATIE DIAGNOSTISCHE TECHNIËK MET OPLEIDING EN REGIO.....                                                                                                                                                                              | 69 |
| TABEL 40: RELATIE BEHANDELTECHNIËK MET OPLEIDING EN REGIO.....                                                                                                                                                                                    | 70 |
| TABEL 41: RELATIE INWENDIGE TECHNIËK MET OPLEIDING EN REGIO.....                                                                                                                                                                                  | 70 |
| TABEL 42: RELATIE INWENDIGE TECHNIËK MET GESLACHT EN REGIO. ....                                                                                                                                                                                  | 71 |
| TABEL 43: RELATIE INWENDIGE TECHNIËK MET LEEFTIJD. ....                                                                                                                                                                                           | 71 |
| TABEL 44: INVLOED VAN PROVINCIE/REGIO OP HONORARIUM OSTEOPATEN IN VLAANDEREN. ....                                                                                                                                                                | 73 |
| TABEL 45: INVLOED VAN PROVINCIE/REGIO OP HONORARIUM OSTEOPATEN IN NEDERLAND.....                                                                                                                                                                  | 74 |
| TABEL 46: INVLOED VAN PROVINCIE/REGIO OP HONORARIUM OSTEOPATEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG.....                                                                                                                                            | 74 |
| TABEL 47: AANTAL UITGENODIGDEN EN RESPONDENTEN VAN DE KCE-STUDIE (2010) EN DE OSTEOSURVEY 2013.....                                                                                                                                               | 76 |
| TABEL 48: ACADEMISCHE BEROEPSACTIVITEITEN VAN DE BELGISCHE RESPONDENTEN UIT DE OSTEOSURVEY 2013. ....                                                                                                                                             | 81 |
| TABEL 49: TIJD DIE WORDT AANGEWEND VOOR VERSCHILLENDE “OSTEOPATHISCHE METHODEN” IN EEN NORMALE WEEK, % EN<br>AANTAL RESPONDENTEN (OVERGENOMEN UIT DE KPMG-STUDIE, 2011) (NA: NO ANSWER).....                                                      | 82 |
| TABEL 50: PERCENTAGES VAN HET GEBRUIK VAN INWENDIGE TECHNIËKEN DOOR DE BELGISCHE OSTEOPAAT (N=630). ....                                                                                                                                          | 85 |
| TABEL 51: PERCENTAGE VAN DE BEVOLKING VOOR DE PARAMETERS GESLACHT EN OPLEIDINGSNIVEAU DAT EEN OSTEOPAAT HEEFT<br>GECONSULTEERD IN 2008 (N=11.165) (OVERGENOMEN UIT HESSE, 2010). ....                                                             | 86 |
| TABEL 52: VERGELIJKENDE TABEL VAN DE GEGEVENS HONORARIUM, DUUR VAN DE CONSULTATIE, AANTAL PATIËNTEN EN WERKUREN<br>VAN DE OSTEOPATEN IN BELGIË VOLGENS DE KCE-STUDIE (2010) EN DE OSTEOSURVEY 2013 ( $\bar{X}$ : GEMIDDELDE; N: AANTAL).<br>..... | 91 |
| TABEL 53: PERCENTAGES VAN OSTEOPATEN DIE CUMULEREN MET HET BEROEP VAN FYSIO(KINESI)THERAPEUT/ARTS, PER REGIO (FG:<br>FRANSE GEMEENSCHAP; L: LUXEMBURG; VL: VLAANDEREN; NL: NEDERLAND).....                                                        | 92 |
| TABEL 54: PERCENTAGES VAN HOE LANG EEN PATIËNT OP ZIJN EERSTE AFSpraak MOET WACHTEN, PER REGIO (FG: FRANSE<br>GEMEENSCHAP; L: LUXEMBURG; VL: VLAANDEREN; NL: NEDERLAND). ....                                                                     | 93 |
| TABEL 55: GEMIDDELDE AANTAL PATIËNTEN PER DAG EN WEEK, PER REGIO (FG: FRANSE GEMEENSCHAP; L: LUXEMBURG; VL:<br>VLAANDEREN; NL: NEDERLAND). ....                                                                                                   | 93 |
| TABEL 56: AANTAL RESPONDENTEN DIE EEN BEPAALDE FUNCTIE ALS DOCENT OSTEOPATHIE HEBBEN, PER REGIO (VL: VLAANDEREN;<br>FG: FRANSE GEMEENSCHAP; PVO: PERMANENTE VORMING OSTEOPATHIE; N: AANTAL; C: CUMULATIE<br>FYSIO(KINESI)THERAPIE).....           | 94 |

## Figurenlijst

|                                                                                                                                                                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| FIGUUR 1: AANTAL UITGENODIGDEN AAN DE BENELUX OSTEOSURVEY 2013 .....                                                                                                                                                                                     | 13 |
| FIGUUR 2: AANTAL RESPONDENTEN VAN DE BENELUX OSTEOSURVEY 2013.....                                                                                                                                                                                       | 13 |
| FIGUUR 3: LEEFTIJDVERDELING VAN DE OSTEOPATEN IN NEDERLAND (N=345).....                                                                                                                                                                                  | 14 |
| FIGUUR 4: DEMOGRAFISCHE GEGEVENS VAN DE NEDERLANDSE OSTEOPATEN.....                                                                                                                                                                                      | 15 |
| FIGUUR 5: HOE EN WAARDOOR KOMEN PATIËNTEN NAAR EEN OSTEOPAAT IN NEDERLAND? IN GEMIDDELDE WAARDERINGEN OP EEN<br>SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=331).....                                                                                         | 17 |
| FIGUUR 6: LEEFTIJD VAN DE MEERDERHEID DER PATIËNTEN IN NEDERLAND DIE EEN OSTEOPAAT CONSULTEERT (MAXIMAAL 3<br>ANTWOORDEN PER OSTEOPAAT) (N=331). ....                                                                                                    | 18 |
| FIGUUR 7: DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN KLACHTEN PER LICHAAMSREGIO WAARVOOR IN NEDERLAND EEN OSTEOPAAT<br>GECONSULTEERD WORDT, OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=331). ....                                                                 | 18 |
| FIGUUR 8: DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN DE 10 MEEST VOORKOMENDE SPECIFIEKE KLACHTEN WAARVOOR NEDERLANDSE<br>OSTEOPAAT IN HET AFGELOPEN JAAR GECONSULTEERD WERD; IN OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=331). ....                             | 19 |
| FIGUUR 9: LEEFTIJDVERDELING VAN DE OSTEOPATEN IN VLAANDEREN (N=400). ....                                                                                                                                                                                | 19 |
| FIGUUR 10: DEMOGRAFISCHE GEGEVENS VAN DE VLAAMSE OSTEOPATEN (N=376). ....                                                                                                                                                                                | 20 |
| FIGUUR 11: HOE EN WAARDOOR KOMEN PATIËNTEN NAAR EEN OSTEOPAAT IN VLAANDEREN? IN GEMIDDELDE WAARDERINGEN OP EEN<br>SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=339).....                                                                                       | 22 |
| FIGUUR 12: LEEFTIJD VAN DE MEERDERHEID DER PATIËNTEN DIE EEN OSTEOPAAT CONSULTEERT IN VLAANDEREN (MAXIMAAL 3<br>ANTWOORDEN PER OSTEOPAAT) (N=338). ....                                                                                                  | 23 |
| FIGUUR 13: DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN KLACHTEN PER LICHAAMSREGIO WAARVOOR IN VLAANDEREN EEN OSTEOPAAT<br>GECONSULTEERD WORDT, OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=339).....                                                                | 24 |
| FIGUUR 14: DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN DE 10 MEEST VOORKOMENDE SPECIFIEKE KLACHTEN WAARVOOR EEN VLAAMSE<br>OSTEOPAAT IN HET AFGELOPEN JAAR GECONSULTEERD WERD; OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=339). ....                               | 24 |
| FIGUUR 15: LEEFTIJDVERDELING VAN DE OSTEOPATEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG (N=322).....                                                                                                                                                           | 25 |
| FIGUUR 16: DEMOGRAFISCHE GEGEVENS VAN DE OSTEOPATEN IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG (N=296). ....                                                                                                                                                     | 26 |
| FIGUUR 17: DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN HOE EN WAARDOOR PATIËNTEN NAAR EEN OSTEOPAAT KOMEN IN DE FRANSE<br>GEMEENSCHAP/LUXEMBURG; OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=259).....                                                              | 28 |
| FIGUUR 18: LEEFTIJD VAN DE MEERDERHEID DER PATIËNTEN DIE EEN OSTEOPAAT CONSULTEERT IN DE FRANSE<br>GEMEENSCHAP/LUXEMBURG (MAXIMAAL 3 ANTWOORDEN PER OSTEOPAAT) (N=258). ....                                                                             | 28 |
| FIGUUR 19: DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN KLACHTEN PER LICHAAMSREGIO WAARVOOR EEN OSTEOPAAT GECONSULTEERD<br>WORDT IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG, OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=259).....                                           | 29 |
| FIGUUR 20: DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN DE 10 MEEST VOORKOMENDE SPECIFIEKE KLACHTEN WAARVOOR EEN OSTEOPAAT<br>IN DE FRANSE GEMEENSCHAP/LUXEMBURG IN HET AFGELOPEN JAAR GECONSULTEERD WERD; OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT)<br>TOT 4 (ALTIJD) (N=259). .... | 29 |
| FIGUUR 21: LEEFTIJDVERDELING VAN DE OSTEOPATEN IN DE BENELUX (N=1069). ....                                                                                                                                                                              | 30 |
| FIGUUR 22: LIDMAATSCHAP BIJ EEN BEROEPSVERENIGING VAN DE OSTEOPATEN IN DE BENELUX (N=997). ....                                                                                                                                                          | 31 |
| FIGUUR 23: EEN OVERZICHT VAN DE DOOR OSTEOPATEN IN DE BENELUX MEEST GEBRUIKTE DIAGNOSTISCHE TECHNIKEN.....                                                                                                                                               | 32 |
| FIGUUR 24: EEN OVERZICHT VAN DE DOOR OSTEOPATEN IN DE BENELUX MEEST GEBRUIKTE BEHANDELTECHNIKEN.....                                                                                                                                                     | 32 |
| FIGUUR 25: GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN HOE EN WAARDOOR PATIËNTEN NAAR EEN OSTEOPAAT KOMEN IN DE BENELUX ; OP<br>EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=929).....                                                                                     | 34 |
| FIGUUR 26: LEEFTIJD VAN DE MEERDERHEID DER PATIËNTEN DIE EEN OSTEOPAAT CONSULTEERT IN DE BENELUX (MAXIMAAL 3<br>ANTWOORDEN PER OSTEOPAAT) (N=926). ....                                                                                                  | 35 |
| FIGUUR 27: OVERZICHT VAN DE MEEST VOORKOMENDE KLACHTEN PER LICHAAMSREGIO WAARVOOR EEN OSTEOPAAT IN DE BENELUX<br>GECONSULTEERD WORDT; IN GEMIDDELDE WAARDERINGEN OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=929). ....                                | 35 |
| FIGUUR 28: DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN DE 10 MEEST VOORKOMENDE SPECIFIEKE KLACHTEN WAARVOOR EEN OSTEOPAAT<br>IN DE BENELUX IN HET AFGELOPEN JAAR GECONSULTEERD WERD; OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=929). ...                          | 36 |
| FIGUUR 29: LEEFTIJDVERDELING VAN DE OSTEOPATEN IN BELGIË (N=702).....                                                                                                                                                                                    | 38 |
| FIGUUR 30: DEMOGRAFISCHE GEGEVENS VAN DE BELGISCHE OSTEOPATEN (N=653). ....                                                                                                                                                                              | 38 |
| FIGUUR 31: VERDELING VAN DE OSTEOPATEN OVER DE VERSCHILLENDE REGIO'S IN BELGIË (N=630). ....                                                                                                                                                             | 39 |
| FIGUUR 32: GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN HOE EN WAARDOOR PATIËNTEN NAAR EEN OSTEOPAAT KOMEN IN BELGIË ; OP EEN<br>SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=581).....                                                                                         | 41 |
| FIGUUR 33: LEEFTIJD VAN DE MEERDERHEID DER PATIËNTEN DIE EEN OSTEOPAAT CONSULTEERT IN BELGIË (MAXIMAAL 3<br>ANTWOORDEN PER OSTEOPAAT) (N=579). ....                                                                                                      | 41 |
| FIGUUR 34: DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN KLACHTEN PER LICHAAMSREGIO WAARVOOR EEN OSTEOPAAT IN BELGIË<br>GECONSULTEERD WORDT, OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=581). ....                                                                   | 42 |

|                                                                                                                                                                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| FIGUUR 35: GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN DE 10 MEEST VOORKOMENDE SPECIFIEKE KLACHTEN WAARVOOR EEN BELGISCHE OSTEOPAAT IN HET AFGELOPEN JAAR GECONSULTEERD WERD; OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=581). .....  | 42  |
| FIGUUR 36: LEEFTIJDVERDELING VAN DE OSTEOPATEN IN LUXEMBURG (N=20). .....                                                                                                                                                | 43  |
| FIGUUR 37: DEMOGRAFISCHE GEGEVENS VAN DE LUXEMBURGSE OSTEOPATEN (N=20). .....                                                                                                                                            | 43  |
| FIGUUR 38: HOE EN WAARDOOR KOMEN PATIËNTEN NAAR EEN OSTEOPAAT IN LUXEMBURG? IN GEMIDDELDE WAARDERINGEN OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=17). .....                                                          | 45  |
| FIGUUR 39: LEEFTIJD VAN DE MEERDERHEID DER PATIËNTEN DIE EEN OSTEOPAAT CONSULTEERT IN LUXEMBURG (MAXIMAAL 3 ANTWOORDEN PER OSTEOPAAT) (N=17). .....                                                                      | 45  |
| FIGUUR 40: DE GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN KLACHTEN PER LICHAAMSREGIO WAARVOOR EEN OSTEOPAAT IN LUXEMBURG GECONSULTEERD WORDT, OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=17). .....                                   | 46  |
| FIGUUR 41: GEMIDDELDE WAARDERINGEN VAN DE 10 MEEST VOORKOMENDE SPECIFIEKE KLACHTEN WAARVOOR EEN LUXEMBURGSE OSTEOPAAT IN HET AFGELOPEN JAAR GECONSULTEERD WERD; OP EEN SCHAAL VAN 0 (NOOIT) TOT 4 (ALTIJD) (N=17). ..... | 46  |
| FIGUUR 42: VOORBEELD VAN EEN EFFECT PLOT: INVLOED VAN ANCIËNNITEIT EN REGIO OP DE FREQUENTIE VAN KLACHTEN M.B.T. DE SCHOUDERGORDEN. ....                                                                                 | 49  |
| FIGUUR 43: EVOLUTIE VERDELING VAN GESLACHT VAN DE OSTEOPATEN UIT DE OSEOSTEO-STUDIE (OVERGENOMEN UIT OSEOSTEO, 2009). .....                                                                                              | 78  |
| FIGUUR 44: LEEFTIJD EN GESLACHT VAN DE OSTEOPATEN (OVERGENOMEN UIT OIA 2012 SURVEY). .....                                                                                                                               | 78  |
| FIGUUR 45: LEEFTIJDVERDELING (JAAR) VAN DE OSTEOPATEN IN BELGIË VOLGENS DE KCE-STUDIE (2010) EN DE OSTEOSURVEY 2013. ....                                                                                                | 79  |
| FIGUUR 46: JAARLIJKE EVOLUTIE VAN HET TYPE VAN ONDERWIJS (OVERGENOMEN UIT OSEOSTEO, 2009). ....                                                                                                                          | 80  |
| FIGUUR 47: EEN VERGELIJKING VAN DE HET TYPE VAN BEHANDELING TIJDENS DE EERSTE EN DE NAVOLGENDE CONSULTATIE (OVERGENOMEN UIT HET SDC PROJECT REPORT, NCOR, 2010). ....                                                    | 83  |
| FIGUUR 48: PERCENTAGE VAN DE BEVOLKING PER LEEFTIJDGROEP (JAAR) DAT EEN OSTEOPAAT HEEFT GECONSULTEERD IN 2008 (N=11.165) (OVERGENOMEN UIT HESSE, 2010). ....                                                             | 85  |
| FIGUUR 49: LEEFTIJDVERDELING (JAAR) VAN DE PATIËNTEN UIT HET SDC-PROJECT (OVERGENOMEN UIT SDC-PROJECT, 2010). ....                                                                                                       | 87  |
| FIGUUR 50: SYMPTOOMZONES WAARMEE EEN PATIËNT EEN OSTEOPAAT CONSULTEERT IN HET VK (OVERGENOMEN UIT SDC-PROJECT, 2010). ....                                                                                               | 88  |
| FIGUUR 51: EEN GEMIDDELDE OSTEOPATHISCHE WERKWEEK IN HET VK (OVERGENOMEN UIT DE KPMG-STUDIE, 2011). ....                                                                                                                 | 90  |
| FIGUUR 52: LEEFTIJD VAN DE 10 MEEST RECENTE PATIËNTEN IN OSTEOPATHISCHE ZORG (OVERGENOMEN UIT OIA 2012 SURVEY). ....                                                                                                     | 100 |
| FIGUUR 53: VOORBEELD RESIDUENPLOT. ....                                                                                                                                                                                  | 136 |

## Appendix A

De verschillende versies van de vragenlijsten met hun layout en inleidende tekst kan men terugvinden in de digitale bijlage onder CORPP-SWOO\_B\_VL\_V2\_121213; CORPP-SWOO\_FR\_V1\_121213-1 en CORPP-SWOO\_NL\_V1\_121213.

Hieronder wordt bij wijze van voorbeeld enkel de Word-versie van de Nederlandstalige vragenlijst voor Vlaanderen weergegeven.

### Wie bent u?

#### Vraag 1: Geslacht

- vrouwelijk
- mannelijk

#### Vraag 2: Leeftijd

- |         |         |
|---------|---------|
| • 20-29 | • 50-59 |
| • 30-39 | • 60-65 |
| • 40-49 | • >65   |

#### Vraag 3: Bent u meer dan 10 uur per week als osteopaat werkzaam?

- ja
- neen

#### Vraag 4: Volgt u Permanente Vorming Osteopathie (PVO)?

- ja
- neen

#### Vraag 5: Werkt u nog als kinesitherapeut/arts?

- ja
- neen
- niet van toepassing

#### Vraag 6: Bent u lid van een beroepsvereniging voor osteopathie?

- ja
- neen

#### Vraag: 6.b. Bij welke beroepsvereniging bent u aangesloten?

- ABOC/BAKO
- BVO/SBO
- ROB
- UBO/BUO

- UVO
- UKO
- UPMO
- ALDO
- andere

**Vraag 7. Bent u opgenomen in een register?**

- ja
- neen

**Vraag: 7.b. In welk register staat u geregistreerd?**

- Belgian Register of Osteopaths (BRO)
- andere

## Opleiding

**Vraag 8: Welke osteopathie-opleiding heeft u genoten? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.**

- Belgian School of Osteopathy (BELSO)
- Collège Belge d'Ostéopathie (CBO)
- College Sutherland (CS)
- Cours Osteopathie Cursus (COC)
- Flanders International College of Osteopathy (FICO)
- International Academy of Osteopathy (IAO)
- Institut William Garner Sutherland (IWGS)
- Sutherland College of Osteopathic Medicine (SCOM)
- Université Libre de Bruxelles (ULB)
- andere

U heeft "andere" opleiding aangevinkt, kunt u de volgende informatie betreffende die opleiding invullen:

- naam van het opleidingsinstituut:
- land van het opleidingsinstituut:
- duur van de opleiding:

**Vraag 9: Heeft u een voltijdse of een beroepsbegeleidende (deeltijdse) opleiding osteopathie genoten?**

- voltijdse opleiding
- beroepsbegeleidende opleiding

**Vraag 10: In welk jaar heeft u het casuïstiekexamen afgelegd en uw thesis verdedigd?**

- casuïstiekexamen:
- thesisverdediging:

**Vraag 11: Welke vooropleiding heeft u genoten voorafgaand aan uw studie osteopathie? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.**

- kinesithérapie
- geneeskunde
- geen
- andere

**Vraag 12: Welke titels/benamingen voert u? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.**

- Osteopaat
- D.O.
- M.R.O.
- R.O.
- Eur. Ost. D.O.
- BSc.
- MSc.
- Drs.
- Ph.D.
- Dr.
- andere

### Praktijkorganisatie en honorarium

**Vraag 13: Hoeveel jaar werkt u als osteopaat?**

**Vraag 14: Heeft u nog andere beroepsactiviteiten naast osteopathie?**

- ja
- neen

**Vraag 14b Welke beroepsactiviteiten? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.**

- ik werk ook als arts
- ik werk ook als kinesitherapeut
- ik ben verbonden aan een HBO of universitaire opleiding
- ik werk als docent aan een opleiding voor osteopathie
- ik geef cursussen op het gebied van osteopathie in het kader van permanente vorming
- ik begeleid stagiairs/theses
- ik werk af en toe als gastdocent osteopathie
- ik heb nog andere werkzaamheden, deze zijn:

**Vraag 15: Hoeveel uren in de week werkt u met patiënten als osteopaat?**

**Vraag 16: Bent u werkzaam als (meerdere antwoorden zijn mogelijk):**

- werknemer in loondienst
- zelfstandige
- zelfstandig, niet in eigen praktijk

**Vraag 17: Waar werkt u?**

- private praktijk
- ziekenhuis
- beide
- andere

**Vraag 18: Werkt u alleen of in een groepspraktijk voor osteopathie?**

- alleen
- groepspraktijk

**Vraag 18.b.: Hoeveel osteopaten zijn er in deze groepspraktijk werkzaam?**

- 2
- 3
- 4
- 5
- >5

**Vraag 19: Indien u in een multidisciplinair centrum werkt, welke andere beroepen zijn daar vertegenwoordigd? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.**

- |                   |              |
|-------------------|--------------|
| • osteopaat       | • psycholoog |
| • (huis)arts      | • logopedist |
| • kinesitherapeut | • diëtist    |
| • ergotherapeut   |              |
| • andere:         |              |

**Vraag 20: In welke Belgische provincie bent u werkzaam? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.**

- |                   |              |
|-------------------|--------------|
| • Antwerpen       | • Limburg    |
| • Vlaams-Brabant  | • Henegouwen |
| • Waals-Brabant   | • Luik       |
| • Brussel         | • Namen      |
| • West-Vlaanderen | • Luxemburg  |
| • Oost-Vlaanderen | • Buitenland |

**Vraag 20.b. In welk ander land verricht u ook nog werkzaamheden als osteopaat?**

- Frankrijk
- Duitsland
- Nederland
- Luxemburg
- ander, welk land:

**Vraag 21: Hoeveel tijd plant u in voor een nieuwe patiënt?**

- < 30 min.
- 30 min. - 45 min.
- 46 min. - 60 min.
- > 60 min.

**Vraag 22: Hoeveel tijd plant u in voor een vervolgconsultatie?**

- < 30 min.
- 30 min. - 45 min.
- 46 min – 60 min.
- > 60 min.

**Vraag 23: Maakt u direct een nieuwe afspraak na het beëindigen van een consultatie?**

- ja
- neen
- niet altijd

**Vraag 24: Plant u meerdere afspraken voor de patiënt vooruit?**

- ja
- neen
- soms

**Vraag 25: Voert u bij iedere consultatie opnieuw een diagnostisch onderzoek uit?**

- ja
- neen
- niet altijd

**Vraag 26: Maakt u met iedere patiënt die zich aanmeldt in de praktijk een afspraak voor een behandeling?**

- ja
- neen

**Vraag 27: Maakt u gebruik van een uitsluitingsdiagnostiek om te bepalen of u een patiënt wel of niet in behandeling neemt?**

- ja
- neen

**Vraag 28: Van welke diagnostische technieken maakt u gebruik? Indien een techniek onbekend is, maakt u “nooit” zwart.**

0 : nooit      1: zelden      2: regelmatig      3: vaak      4: altijd

| Diagnostische technieken | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------|---|---|---|---|---|
| inspectie                | o | o | o | o | o |
| Range Of Motion (ROM)    | o | o | o | o | o |

|                                                      |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| klassieke orthopedische testen                       | o | o | o | o | o |
| klassieke neurologische testen                       | o | o | o | o | o |
| percussie en auscultatie                             | o | o | o | o | o |
| palpatie van positie/structuren                      | o | o | o | o | o |
| palpatie van beweging                                |   |   |   |   |   |
| tender points (Jones techniek) en triggerpunten      | o | o | o | o | o |
| spierfunctieonderzoek                                | o | o | o | o | o |
| fascia-onderzoek                                     | o | o | o | o | o |
| onderzoek van de viscerale mobiliteit                | o | o | o | o | o |
| onderzoek van het cranium (neuro- en viscerocranium) | o | o | o | o | o |
| neurolymfatisch reflexonderzoek                      | o | o | o | o | o |
| andere:                                              | o | o | o | o | o |

**Vraag 29: Van welke behandeltechnieken maakt u gebruik? Indien een techniek onbekend is, maakt u “nooit” zwart.**

0 : nooit      1: zelden      2: regelmatig      3: vaak      4: altijd

| <b>Behandeltechnieken</b>                                                                                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| “High Velocity Low Amplitude” (HVLA-technieken, impulsmanipulaties)                                                                | o | o | o | o | o |
| toggle-technieken                                                                                                                  | o | o | o | o | o |
| percussie- en vibratietechnieken                                                                                                   | o | o | o | o | o |
| “Muscle Energy Techniques” (MET) (technieken waarbij neuromusculaire reflexen worden gebruikt).                                    | o | o | o | o | o |
| algemene osteopathische mobilisaties (General Osteopathic Treatment (GOT), Total Body Adjustment (TBA))                            | o | o | o | o | o |
| functionele technieken (Sutherland, Hoover, Jones of counterstrain technieken, Balanced Ligamentous Tension technieken (BLT), ...) | o | o | o | o | o |
| Progressieve Inhibitie van de Neuromusculaire Structuren (PINS)                                                                    | o | o | o | o | o |
| Fasciale technieken (myofasciale release-, Chila-technieken, “unwinding”-technieken, ...)                                          | o | o | o | o | o |
| wekedelen- en bindweefseltechnieken (musculaire en bindweefselstretching, -frictie, ...)                                           | o | o | o | o | o |
| neuroviscerale en neurolymfatische reflextechnieken                                                                                | o | o | o | o | o |
| fluïda technieken (lymfatische pomptechnieken, ...)                                                                                | o | o | o | o | o |
| viscerale manipulaties                                                                                                             | o | o | o | o | o |
| neurocraniale en viscerocraniale technieken                                                                                        | o | o | o | o | o |
| automatic shifting en fluid body approach                                                                                          | o | o | o | o | o |
| andere:                                                                                                                            | o | o | o | o | o |

**Vraag 30: Maakt u gebruik van de onderstaande inwendige technieken?**

0 : nooit      1: zelden      2: regelmatig      3: vaak      4: altijd

| Inwendige technieken (diagnostiek en/of behandeling) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| intrabuccale                                         | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| vaginale                                             | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| rectale                                              | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**Vraag 31: Geeft u uw patiënten advies mee? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.**

0 : nooit      1: zelden      2: regelmatig      3: vaak      4: altijd

|                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| actieve bewegingsoefeningen                       | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ADL-advies (Activiteiten van het Dagelijks Leven) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| voedingsadvies                                    | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ergonomisch advies                                | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| andere                                            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**Vraag 32: Zijn er bepaalde patiëntengroepen met wie u bij voorkeur in de praktijk werkt (sporters, kinderen, ...)?**

- ja
- neen

**Vraag 32.b. Met welke patiëntengroepen werkt u bij voorkeur?**

- zuigelingen
- kinderen
- zwangeren
- sporters
- andere:

**Vraag 33: Gebruikt u nog bijkomende diagnostische en/of therapeutische methoden in uw osteopathiepraktijk, waarvoor u bent opgeleid?**

- ja
- neen

**Vraag 33.b. Indien wel, welke diagnostische en/of therapeutische methoden?****Vraag 34: Hoe brengt u uw praktijk onder de aandacht? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.**

- persoonlijke internetsite
- folders
- samenwerking met andere zorgverleners
- advertenties

- visitekaartjes
- vermelding in de lijst van het beroepsregister
- publicaties in tijdschriften, kranten, e.d.
- andere:

**Vraag 35: Hanteert u verschillende tarieven voor verschillende patiëntenpopulaties?**

- ja
- neen

**Vraag 36: Wat is uw tarief u voor een eerste consultatie? Indien u met verschillende tarieven werkt, geef dan het hoogste tarief aan.<sup>96</sup>**

**Vraag 37: Wat is uw tarief voor een daaropvolgende consultatie?**

**Vraag 38: Geeft u wel eens korting bij betalingsproblemen?**

- ja
- neen

**Vraag 38.b. Van welke criteria maakt u gebruik?**

## Uw patiënten

**Vraag 39: Hoe lang moet een patiënt gemiddeld op een eerste afspraak wachten?**

- zelfde dag
- binnen 1 week
- 1-2 weken
- 2-3 weken
- 3-4 weken
- > 4 weken

**Vraag 40: Hoeveel patiënten behandelt u gemiddeld op een werkdag?**

**Vraag 41: Hoeveel patiënten behandelt u gemiddeld per werkweek?**

**Vraag 42: Hoeveel nieuwe aanmeldingen heeft u gemiddeld per week? Een nieuwe aanmelding betreft een patiënt die op dit moment niet in behandeling is maar die eventueel wel deel kan uitmaken van uw patiëntenbestand.**

**Vraag 43: Hoe en waardoor komen de patiënten naar u? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.**

0 : nooit      1: zelden      2: regelmatig      3: vaak      4: altijd

|                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| doorverwijzing van een arts              | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| doorverwijzing van een kinesitherapeut   | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| doorverwijzing van een collega-osteopaat | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| op advies van een andere patiënt         | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

<sup>96</sup> Voor alle vragen betreffende het honorarium werd er in de Franstalige (voor Luxemburg) en de Nederlandse vragenlijst expliciet gevraagd naar het hoogste tarief zonder BTW.

|                                    |                       |                       |                       |                       |                       |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| op advies van een kennis           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| op eigen initiatief van de patiënt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ik weet het niet                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| anders                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Vraag 44: Wat is het gemiddelde aantal consultaties van een patiënt per jaar? Met uitzondering van de chronische patiënten.**

**Vraag 45: Uw patiëntenbestand is voornamelijk:**

- mannelijk
- vrouwelijk
- gelijk verdeeld
- geen idee

**Vraag 46: De afgelopen 6 maanden heeft u patiënten in behandeling gehad van de leeftijdsgroep: Meerdere antwoorden zijn mogelijk.**

- jonger dan 6 maanden
- 6 maanden tot 2 jaar
- 2 jaar tot en met 10 jaar
- 11 tot en met 20 jaar
- 21 tot en met 40 jaar
- 41 tot en met 64 jaar
- 65 jaar en ouder
- geen idee

**Vraag 47: De meerderheid van de patiënten is: Maximaal 3 antwoorden.**

- jonger dan 6 maanden
- 6 maanden tot 2 jaar
- 2 jaar tot en met 10 jaar
- 11 tot en met 20 jaar
- 21 tot en met 40 jaar
- 41 tot en met 64 jaar
- 65 jaar en ouder
- geen idee

**Vraag 48: Voor welke klachten (per lichaamsregio) consulteren de patiënten u het meest?**

0 : nooit      1: zelden      2: regelmatig      3: vaak      4: altijd

|                       | 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| hoofd                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| cervicale wervelkolom | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| schoudergordel        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| elleboog              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| pols/hand             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| thorax                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| thoracale wervelkolom | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|                     |   |   |   |   |   |
|---------------------|---|---|---|---|---|
| abdomen             | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| lumbale wervelkolom | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| bekken              | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| heup                | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| knie                | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| enkel/voet          | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| andere:             | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**Vraag 49: Voor welke meer specifieke klachten consulteerden de patiënten u het afgelopen jaar het meest?**

0 : nooit      1: zelden      2: regelmatig      3: vaak      4: altijd

|                                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| cervicobrachialgie                                    | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| craniomandibulaire klachten                           | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| dermatologische klachten (bv. eczeem, psoriasis, ...) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| duizeligheid                                          | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| fibromyalgie                                          | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| frozen shoulder                                       | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| gastro-oesofagale reflux                              | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| hoofdpijn of migraine                                 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| huilbaby's                                            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| incontinentie                                         | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ischialgie                                            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| klachten tijdens/na zwangerschap/bevalling            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| lumbago                                               | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| meniscusletsel                                        | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| menstruatieklachten                                   | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| moeheid                                               | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| neklachten                                            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| oorpijn                                               | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| post-operatieve klachten                              | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| prikkelbaredarmsyndroom                               | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| psychische klachten                                   | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| slaapproblemen                                        | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| spijsverteringsstoornissen                            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| stressgerelateerde klachten                           | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| voetverzwikking                                       | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| andere (1)                                            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| andere (2)                                            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

## Commentaren

**Vraag 50: Heeft u commentaren en/of aanvullende opmerkingen op deze vragenlijst?**

**Vraag 51: Hoe ziet u de meest ideale ontwikkeling van het beroep van osteopaat?**

## Appendix B

### Overzicht figuren en tabellen m.b.t. de specifieke vragen in digitale bijlage

| VRAAG | Beschrijving                                                                       | Bestand                                                |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1     | Relatie “kernosteopaat” – klacht: Frequentietabellen                               | VRAAG1_vr3vr4vr5svr48aX.txt                            |
| 1     | Relatie “kernosteopaat” – klacht: Residuenplots                                    | VRAAG1_vr3vr4vr5svr48aX.pdf                            |
| 1     | Relatie “kernosteopaat” – klacht: Effect plots                                     | VRAAG1_vr3vr4vr5svr48aX_propodds_YYY.pdf               |
| 1     | Relatie “kernosteopaat” – specifieke klacht: Frequentietabellen                    | VRAAG1_vr3vr4vr5svr49aX.txt                            |
| 1     | Relatie “kernosteopaat” – specifieke klacht: Residuenplots                         | VRAAG1_vr3vr4vr5svr49aX.pdf                            |
| 1     | Relatie “kernosteopaat” – specifieke klacht: Effect plots                          | VRAAG1_vr3vr4vr5svr49aX_propodds_YYY.pdf               |
| 2     | Relatie uitoefenen kinesitherapie/arts – geslacht: Effect plots                    | VRAAG2_vr5svr1_logit_YYY.pdf                           |
| 2     | Relatie uitoefenen kinesitherapie/arts – leeftijd: Effect plots                    | VRAAG2_vr5svr2_logit_YYY.pdf                           |
| 2     | Relatie uitoefenen kinesitherapie/arts – anciënniteit: Effect plots                | VRAAG2_vr5svr13_logit_YYY.pdf                          |
| 2     | Relatie uitoefenen kinesitherapie/arts – anciënniteit: Box- en whisker plot        | VRAAG2_vr5svr13_box.pdf                                |
| 3     | Relatie anciënniteit – klacht: Effect plots                                        | VRAAG3_vr48aX_propodds_YYY.pdf                         |
| 3     | Relatie anciënniteit – specifieke klacht: Effect plots                             | VRAAG3_vr49aX_propodds_YYY.pdf                         |
| 4     | Relatie anciënniteit – diagnostische techniek: Effect plots                        | VRAAG4_vr28aX_propodds_YYY.pdf                         |
| 4     | Relatie anciënniteit – behandeltechnieken: Effect plots                            | VRAAG4_vr29aX_propodds_YYY.pdf                         |
| 5     | Relatie anciënniteit – behandeltime eerste consultatie                             | VRAAG5_vr21_propodds_YYY.pdf                           |
| 5     | Relatie anciënniteit – behandeltime vervolgsconsultatie                            | VRAAG5_vr22_propodds_YYY.pdf                           |
| 6     | Relatie diagnostische techniek – opleidingsinstituut per regio: Frequentietabellen | VRAAG6_regio_vr28_behandelingX_opleidingY.txt          |
| 6     | Relatie diagnostische techniek – opleidingsinstituut per regio: Effect plots       | VRAAG6_regio_vr28_behandelingX_opleidingY_propodds.pdf |
| 6     | Relatie behandelingstechniek – opleidingsinstituut per regio: Frequentietabellen   | VRAAG6_regio_vr29_behandelingX_opleidingY.txt          |
| 6     | Relatie behandelingstechniek – opleidingsinstituut per regio: Effect plots         | VRAAG6_regio_vr29_behandelingX_opleidingY_propodds.pdf |
| 6     | Relatie inwendige techniek – opleidingsinstituut per regio: Frequentietabellen     | VRAAG6_regio_vr30_behandelingX_opleidingY.txt          |
| 6     | Relatie inwendige techniek – opleidingsinstituut per regio: Effect                 | VRAAG6_regio_vr30_behandelingX_opleidingY_propodds.pdf |

|    |                                                                                 |                                  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|    | plots                                                                           |                                  |
| 7  | Relatie diagnostische techniek – soort opleiding: Effect plots                  | VRAAG7_vr28aX_propodds_YYY.pdf   |
| 7  | Relatie behandelingstechniek – soort opleiding: Effect plots                    | VRAAG7_vr29aX_propodds_YYY.pdf   |
| 7  | Relatie inwendige techniek – soort opleiding: Effect plots                      | VRAAG7_vr30aX_propodds_YYY.pdf   |
| 8  | Relatie uitvoeren uitsluitingsdiagnostiek – leeftijd: Frequentietabellen        | VRAAG8a_vr27vsvr2.txt            |
| 8  | Relatie uitvoeren uitsluitingsdiagnostiek – leeftijd: Residuenplots             | VRAAG8a_vr27vsvr2.pdf            |
| 8  | Relatie uitvoeren uitsluitingsdiagnostiek – leeftijd: Effect plots              | VRAAG8a_vr27vsvr2_logit_YYY.pdf  |
| 8  | Relatie uitvoeren uitsluitingsdiagnostiek – soort opleiding: Frequentietabellen | VRAAG8b_vr27vsvr9.txt            |
| 8  | Relatie uitvoeren uitsluitingsdiagnostiek – soort opleiding: Residuenplots      | VRAAG8b_vr27vsvr9.pdf            |
| 8  | Relatie uitvoeren uitsluitingsdiagnostiek – soort opleiding: Effect plots       | VRAAG8b_vr27vsvr9_logit_YYY.pdf  |
| 8  | Relatie uitvoeren uitsluitingsdiagnostiek – anciënniteit: Box- en whisker plot  | VRAAG8c_box.pdf                  |
| 8  | Relatie uitvoeren uitsluitingsdiagnostiek – anciënniteit: Effect plots          | VRAAG8c_vr27vsvr13_logit_YYY.pdf |
| 9  | Relatie aantal uren werkzaam – geslacht – anciënniteit: Effect plots            | VRAAG9_logit_YYY.pdf             |
| 10 | Relatie gebruik inwendige technieken – geslacht: Effect plots                   | VRAAG10a_30aX_propodds_YYY.pdf   |
| 10 | Relatie gebruik inwendige technieken – leeftijd: Effect plots                   | VRAAG10b_30aX_propodds_YYY.pdf   |
| 12 | Relatie honorarium eerste consultatie – anciënniteit                            | VRAAG12vr36_effect_YYY.pdf       |
| 12 | Relatie honorarium vervolgsconsultatie – anciënniteit                           | VRAAG12vr37_effect_YYY.pdf       |

## Appendix C

### 1. Relatie tussen kernosteopaat en soort klachten

Voor elke klacht per lichaamsregio volgt een beschrijving van de voornaamste bevindingen:

- Hoofd: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p < 0,001$ ), komt vaker voor in Vlaanderen en de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Nederland (regio:  $p = 0,04$ ).
- Cervicale wervelkolom: Komt vaker voor in Vlaanderen en de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Nederland (regio:  $p < 0,001$ ).
- Schoudergordel: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p = 0,04$ ), komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen, komt vaker voor in Vlaanderen dan in Nederland (regio:  $p < 0,001$ ).
- Elleboog: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p < 0,001$ ), komt vaker voor in Vlaanderen en de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Nederland.
- Pols/hand: Komt vaker voor bij kernosteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg. In de andere regio's is er geen duidelijk effect van kernosteopaat (interactie kern-regio:  $p = 0,04$ ).
- Thorax: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p = 0,001$ ).
- Thoracale wervelkolom: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen, komt vaker voor in Vlaanderen dan in Nederland (regio:  $p < 0,001$ ).
- Abdomen: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p < 0,001$ ). Komt vaker voor in Nederland dan in Vlaanderen en de Franse Gemeenschap/Luxemburg (regio:  $p < 0,001$ ).
- Lumbale wervelkolom: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen, komt vaker voor in Vlaanderen dan in Nederland (regio:  $p < 0,001$ ).
- Bekken: Komt vaker voor bij kernosteopaten in Nederland (t.o.v. niet-kernosteopaten), terwijl het in de Franse Gemeenschap/Luxemburg minder vaak voorkomt bij kernosteopaten (t.o.v. niet-kernosteopaten), en het in Vlaanderen ongeveer even vaak voorkomt (interactie kern-regio:  $p = 0,03$ ).
- Heup: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p < 0,001$ ). Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen, komt vaker voor in Vlaanderen dan in Nederland (regio:  $p < 0,001$ ).
- Knie: Komt (iets) vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p = 0,03$ ). Komt (veel) vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen, komt (iets) vaker voor in Vlaanderen dan in Nederland (regio:  $p < 0,001$ ).
- Enkel/voet: Komt (veel) vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen, komt (iets) vaker voor in Vlaanderen dan in Nederland (regio:  $p < 0,001$ ).

Hierna volgt voor elke specifieke klacht een beschrijving van de voornaamste bevindingen:

- Cervicobrachialgie: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen, komt vaker voor in Vlaanderen dan in Nederland. Komt vaker voor in Nederland bij kernosteopaten, in de Franse Gemeenschap/Luxemburg bij niet-kernosteopaten, terwijl er in Vlaanderen geen duidelijk verschil is tussen kern- en niet-kernosteopaten (interactie kern-regio:  $p = 0,04$ ).

- Craniomandibulaire klachten: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p=0,001$ ). Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen, komt vaker voor in Vlaanderen dan in Nederland (regio:  $p<0,001$ ).
- Dermatologische klachten: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p<0,001$ ). Komt vaker voor in Nederland en Vlaanderen dan in de Franse Gemeenschap/Luxemburg (regio:  $p<0,001$ ).
- Duizeligheid: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p=0,001$ ). Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen dan in Nederland (regio:  $p<0,001$ ).
- Fibromyalgie: geen duidelijke effecten.
- Frozen shoulder: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en vooral in Vlaanderen dan in Nederland. Enkel in Vlaanderen is er een duidelijk “kern” effect: komt vaker voor bij niet-kernosteopaten (interactie kern-regio:  $p=0,005$ ).
- Gastro-oesofagale reflux: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p<0,001$ ). Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen en Nederland (regio:  $p=0,01$ ).
- Hoofdpijn/migraine: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p=0,001$ ).
- Huilbaby's: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p<0,001$ ). Komt vaker voor in Nederland dan in de Franse Gemeenschap/Luxemburg, komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen (regio:  $p<0,001$ ).
- Incontinentie: Komt (veel) vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p<0,001$ ). Komt (iets) vaker voor in Nederland en de Franse Gemeenschap /Luxemburg dan in Vlaanderen (regio:  $p=0,01$ ).
- Ischialgie: Komt (veel) vaker voor in Vlaanderen dan in Nederland, komt (veel) vaker voor in Nederland dan in de Franse Gemeenschap/Luxemburg (regio:  $p<0,001$ ).
- Klachten tijdens/na zwangerschap/bevalling: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p<0,001$ ). Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Nederland en Vlaanderen (regio:  $p<0,001$ ).
- Lumbago: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen dan in Nederland (regio:  $p<0,001$ ).
- Meniscusletsel: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen, komt vaker voor in Vlaanderen dan in Nederland. Komt (iets) vaker voor bij kernosteopaten in Nederland, komt minder vaak voor bij kernosteopaten in Vlaanderen en de Franse Gemeenschap /Luxemburg (interactie kern-regio:  $p=0,02$ ).
- Menstratieklachten: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p<0,001$ ). Komt vaker voor in Nederland dan in Vlaanderen en de Franse Gemeenschap/Luxemburg (regio:  $p<0,001$ ).
- Moeheid: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p<0,001$ ). Komt vaker voor in Nederland dan in Vlaanderen, komt vaker voor in Vlaanderen dan in de Franse Gemeenschap /Luxemburg (regio:  $p<0,001$ ).
- Nekklachten: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen dan in Nederland (regio:  $p<0,001$ ).
- Oorpijn: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen en Nederland. Komt vaker voor bij kernosteopaten, maar dit enkel in de Franse Gemeenschap /Luxemburg en Nederland, niet in Vlaanderen (interactie kern-regio:  $p=0,009$ ).

- Post-operatieve klachten: Komt (iets) vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen dan in Nederland. Komt vaker voor bij kernosteopaten, maar dit enkel in Nederland en (in mindere mate) in de Franse Gemeenschap/Luxemburg (interactie kern-regio:  $p=0,007$ ).
- Prikkelbaredarm syndroom: Komt vaker voor in Nederland dan in Vlaanderen en de Franse Gemeenschap/Luxemburg. Komt vaker voor bij kernosteopaten, maar enkel in de Franse Gemeenschap/Luxemburg. In Vlaanderen en Nederland is er geen duidelijk “kern” effect. (interactie kern-regio:  $p=0,04$ ).
- Psychische klachten: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p<0,001$ ). Komt (iets) vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen en Nederland (regio:  $p=0,01$ ).
- Slaapproblemen: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p<0,001$ ).
- Spijsverteringsstoornissen: Komt vaker voor bij kernosteopaten (kern:  $p<0,001$ ).
- Stressgerelateerde klachten: Komt vaker voor bij kernosteopaten, maar enkel in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en (in mindere mate) in Nederland. In Vlaanderen is er geen duidelijk effect merkbaar (interactie kern-regio:  $p=0,03$ ).
- Voetverzwikking: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen, komt vaker voor in Vlaanderen dan in Nederland. Komt vaker voor bij kernosteopaten, maar dit enkel in Nederland (interactie kern-regio:  $p=0,002$ ).

## 2. Relatie tussen anciënniteit en soort patiënten/klachten

Hieronder volgt voor elke klacht een beschrijving van de voornaamste bevindingen:

- Hoofd: Geen significante invloed van anciënniteit ( $p=0,81$ ).
- Cervicale wervelkolom: Geen invloed van anciënniteit (anciënniteit:  $p=0,99$ ).
- Schoudergordel: Komt (veel) vaker voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Nederland, komt (iets) vaker voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg, komt minder vaak voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Vlaanderen (interactie anciënniteit-regio:  $p=0,04$ ).
- Elleboog: Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p<0,001$ ).
- Pols/hand: Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p<0,001$ ).
- Thorax: Komt (veel) vaker voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Nederland, komt (iets) vaker voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg, komt minder vaak voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Vlaanderen (interactie anciënniteit-regio:  $p=0,007$ ).
- Thoracale wervelkolom: Komt (veel) vaker voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Nederland, komt (iets) minder vaak voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg, komt (veel) minder vaak voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Vlaanderen (interactie anciënniteit-regio:  $p=0,001$ ).
- Abdomen: Komt (veel) vaker voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg, komt (iets) vaker voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Nederland, komt minder vaak voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Vlaanderen (interactie anciënniteit-regio:  $p=0,02$ ).
- Lumbale wervelkolom: Geen significante invloed van anciënniteit ( $p=0,68$ ).

- Bekken: Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Nederland, komt minder vaak voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Vlaanderen, geen duidelijke invloed van anciënniteit voor osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg (interactie anciënniteit-regio:  $p=0,02$ ).
- Heup: Komt (veel) vaker voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Nederland, komt vaker voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Vlaanderen, komt (iets) vaker voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg (interactie anciënniteit-regio:  $p=0,004$ ).
- Knie: : Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p<0,001$ ).
- Enkel/voet: Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p<0,001$ ).

Hieronder volgt voor elke klacht een beschrijving van de voornaamste bevindingen m.b.t. anciënniteit:

- Cervicobrachialgie: Komt (veel) vaker voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Nederland, komt (iets) vaker voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Vlaanderen, komt (iets) minder vaak voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg (interactie anciënniteit-regio:  $p=0,03$ ).
- Craniomandibulaire klachten: Komt (iets) vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p=0,03$ ).
- Dermatologische klachten: Komt (iets) vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p=0,03$ ).
- Duizeligheid: Komt (veel) vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p<0,001$ ).
- Fibromyalgie: Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p=0,001$ ).
- Frozen shoulder: Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p=0,001$ ).
- Gastro-oesofagale reflux: Komt (veel) vaker voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Nederland, komt (iets) vaker voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg, komt minder vaak voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Vlaanderen (interactie anciënniteit-regio:  $p=0,02$ ).
- Hoofdpijn/migraine: Geen significante invloed van anciënniteit ( $p=0,98$ ).
- Huilbaby's: Komt (veel) vaker voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Nederland, komt minder vaak voor bij stijgende anciënniteit voor osteopaten in Vlaanderen en de Franse Gemeenschap/Luxemburg (interactie anciënniteit-regio:  $p=0,001$ ).
- Incontinentie: Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p<0,001$ ).
- Ischialgie: Geen significante invloed van anciënniteit ( $p=0,18$ ).
- Klachten tijdens/na zwangerschap/bevalling: Geen invloed van anciënniteit ( $p=0,98$ ).
- Lumbago: Geen significante invloed van anciënniteit ( $p=0,58$ ).
- Meniscusletsel: Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p<0,001$ ).
- Menstratieklachten: Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p=0,001$ ).
- Moeheid: Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p=0,03$ ).
- Nekklachten: Geen significante invloed van anciënniteit ( $p=0,28$ ).
- Oorpijn: Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p=0,01$ ).
- Post-operatieve klachten: Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p=0,003$ ).
- Prikkelbaredarm syndroom: Geen significante invloed van anciënniteit ( $p=0,62$ ).
- Psychische klachten: Komt (veel) vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p<0,001$ ).
- Slaapproblemen: Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p=0,001$ ).

- Spijsverteringsstoornissen: Geen significante invloed van anciënniteit ( $p=0,64$ ).
- Stressgerelateerde klachten: Geen significante invloed van anciënniteit ( $p=0,86$ ).
- Voetverzwikking: Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p=0,003$ ).

### 3. Relatie tussen anciënniteit en gebruikte onderzoeks-/behandeltechniek in de praktijk

Hieronder volgt voor elke diagnostische techniek een beschrijving van de voornaamste bevindingen:

- Inspectie: Komt vaker voor in Nederland en Vlaanderen dan in de Franse Gemeenschap/Luxemburg ( $p=0,001$ ). Geen significante invloed van anciënniteit ( $p=0,69$ ).
- Range of motion: Komt (veel) vaker voor in Nederland en Vlaanderen dan in de Franse Gemeenschap/Luxemburg ( $p<0,001$ ). Komt minder vaak voor bij stijgende anciënniteit ( $p=0,04$ ).
- Klassieke orthopedische technieken: Komt (veel) vaker voor bij stijgende anciënniteit in Vlaanderen en Nederland. Komt minder vaak voor bij stijgende anciënniteit in de Franse Gemeenschap/Luxemburg (interactie regio-anciënniteit:  $p=0,04$ ).
- Klassieke neurologische technieken: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen en Nederland ( $p=0,001$ ). Geen significante invloed van anciënniteit ( $p=0,64$ ).
- Percussie en auscultatie: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen en Nederland ( $p<0,001$ ). Geen significante invloed van anciënniteit ( $p=0,23$ ).
- Palpatie van positie/structuren: Geen significante invloed van regio ( $p=0,65$ ) of anciënniteit ( $p=0,93$ ).
- Palpatie van beweging: Geen significante invloed van regio ( $p=0,52$ ) of anciënniteit ( $p=0,64$ ).
- Tender points en triggerpunten: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen dan in Nederland ( $p<0,001$ ). Komt minder vaak voor bij stijgende anciënniteit ( $p=0,03$ ).
- Spierfunctieonderzoek: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen, komt vaker voor in Vlaanderen dan in Nederland ( $p<0,001$ ). Geen significante invloed van anciënniteit ( $p=0,83$ ).
- Fascia-onderzoek: Komt vaker voor in Nederland dan in de Franse Gemeenschap/Luxemburg, komt vaker voor in Wallonië/Luxemburg dan in Vlaanderen ( $p<0,001$ ). Geen significante invloed van anciënniteit ( $p=0,94$ ).
- Onderzoek van viscerale mobiliteit: Komt vaker voor in Nederland dan in Vlaanderen en de Franse Gemeenschap/Luxemburg ( $p<0,001$ ). Komt (veel) minder vaak voor bij stijgende anciënniteit ( $p<0,001$ ).
- Onderzoek van het cranium: Komt vaker voor in Nederland dan in Vlaanderen en de Franse Gemeenschap/Luxemburg ( $p<0,001$ ). Geen significante invloed van anciënniteit ( $p=0,69$ ).
- Neurolymfatisch reflexonderzoek: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen en Nederland ( $p=0,009$ ). Geen significante invloed van anciënniteit ( $p=0,09$ ).

Hieronder volgt voor elke behandeltechniek een beschrijving van de voornaamste bevindingen:

- High velocity low amplitude: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen dan in Nederland ( $p < 0,001$ ). Geen significante invloed van anciënniteit ( $p = 0,26$ ).
- Toggle-technieken: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen dan in Nederland ( $p < 0,001$ ). Geen significante invloed van anciënniteit ( $p = 0,51$ ).
- Percussie- en vibratietechnieken: Geen invloed van regio ( $p = 0,48$ ) of anciënniteit ( $p = 0,73$ ).
- Muscle energy techniques: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen dan in Nederland ( $p < 0,001$ ). Komt minder vaak voor bij stijgende anciënniteit ( $p < 0,001$ ).
- Algemene osteopathische mobilisaties: Komt vaker voor in Vlaanderen dan in de Franse Gemeenschap/Luxemburg, komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Nederland ( $p < 0,001$ ).
- Functionele technieken: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen en Nederland ( $p = 0,01$ ). Geen significante invloed van anciënniteit ( $p = 0,68$ ).
- PINS: Komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen en Nederland. Komt minder vaak voor bij stijgende anciënniteit in de Franse Gemeenschap/Luxemburg, komt vaker voor bij stijgende anciënniteit in Vlaanderen en Nederland (interactie regio-anciënniteit:  $p = 0,008$ ).
- Fasciale technieken: Komt (iets) vaker voor in Nederland dan in Vlaanderen en de Franse Gemeenschap/Luxemburg ( $p = 0,006$ ). Geen significante invloed van anciënniteit ( $p = 0,10$ ).
- Wekeden- en bindweefseltechnieken: Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en in Nederland, komt minder vaak voor bij stijgende anciënniteit in Vlaanderen (interactie regio-anciënniteit:  $p < 0,001$ ).
- Neuroviscerale en neurolymfatische reflextechnieken: Geen significante invloed van regio ( $p = 0,07$ ) of anciënniteit ( $p = 0,51$ ).
- Fluida technieken: Komt (iets) vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Nederland dan in Vlaanderen ( $p < 0,001$ ). Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit ( $p = 0,003$ ).
- Viscerale manipulaties: Komt vaker voor in Nederland dan in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen. Komt vaker voor bij stijgende anciënniteit in Nederland, komt minder vaak voor bij stijgende anciënniteit in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen (interactie regio-anciënniteit:  $p = 0,009$ ).
- Neurocraniale en viscerocraniale technieken: Komt vaker voor in Nederland dan in de Franse Gemeenschap/Luxemburg, komt vaker voor in de Franse Gemeenschap/Luxemburg dan in Vlaanderen ( $p < 0,001$ ). Geen significante invloed van anciënniteit ( $p = 0,43$ ).
- Automatic shifting en fluid body approach: Komt vaker voor in Nederland dan in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen. Komt (veel) vaker voor bij stijgende anciënniteit in Nederland, komt (iets) vaker voor bij stijgende anciënniteit in de Franse Gemeenschap/Luxemburg en Vlaanderen (interactie regio-anciënniteit:  $p = 0,02$ ).

#### **4. Relatie tussen gebruikte onderzoeks- en behandeltechnieken en het volgen van een deeltijdse of dagopleiding**

Hieronder volgt voor elke diagnostische techniek een beschrijving van de voornaamste bevindingen. Hierbij wordt toegespijst op het effect van het soort opleiding.

- Inspectie: Geen significante invloed van het soort opleiding ( $p = 0,35$ ).

- Range of motion: Geen significante invloed van het soort opleiding ( $p=0,15$ ).
- Klassieke orthopedische technieken: Vaker gebruikt door osteopaten die een deeltijdse opleiding hebben gevolgd ( $p=0,001$ ).
- Klassieke neurologische technieken: Geen significante invloed van soort opleiding ( $p=0,21$ ).
- Percussie en auscultatie: Vaker gebruikt door osteopaten die een deeltijdse opleiding hebben gevolgd ( $p=0,002$ ).
- Palpatie van positie/structuren: Vaker gebruikt door osteopaten die een voltijdse opleiding hebben gevolgd ( $p=0,002$ ).
- Palpatie van beweging: Vaker gebruikt door osteopaten die een voltijdse opleiding hebben gevolgd ( $p=0,004$ ).
- Tender points en triggerpunten: Vaker gebruikt door osteopaten in Nederland en de Franse Gemeenschap/Luxemburg die een voltijdse opleiding hebben gevolgd, minder vaak gebruikt door osteopaten in Vlaanderen die een voltijdse opleiding hebben gevolgd (interactie opleiding-regio:  $p=0,02$ ).
- Spierfunctieonderzoek: Geen significante invloed van het soort opleiding ( $p=0,16$ ).
- Fascia-onderzoek: Geen significante invloed van het soort opleiding ( $p=0,55$ ).
- Onderzoek van de viscerale mobiliteit: Vaker gebruikt door osteopaten in Vlaanderen die een voltijdse opleiding hebben gevolgd. Geen significante invloed van soort opleiding voor osteopaten in Nederland en de Franse Gemeenschap/Luxemburg (interactie opleiding-regio:  $p=0,002$ ).
- Onderzoek van het cranium: Vaker gebruikt door osteopaten in Nederland die een deeltijdse opleiding hebben gevolgd. Geen significante invloed van soort opleiding voor osteopaten in Vlaanderen en de Franse Gemeenschap/Luxemburg (interactie opleiding-regio:  $p=0,005$ ).
- Neurolymfatisch reflexonderzoek: Geen significante invloed van het soort opleiding ( $p=0,28$ ).

Hieronder volgt voor elke behandeltechniek een beschrijving van de voornaamste bevindingen. Hierbij wordt toegespitst op het effect van het soort opleiding.

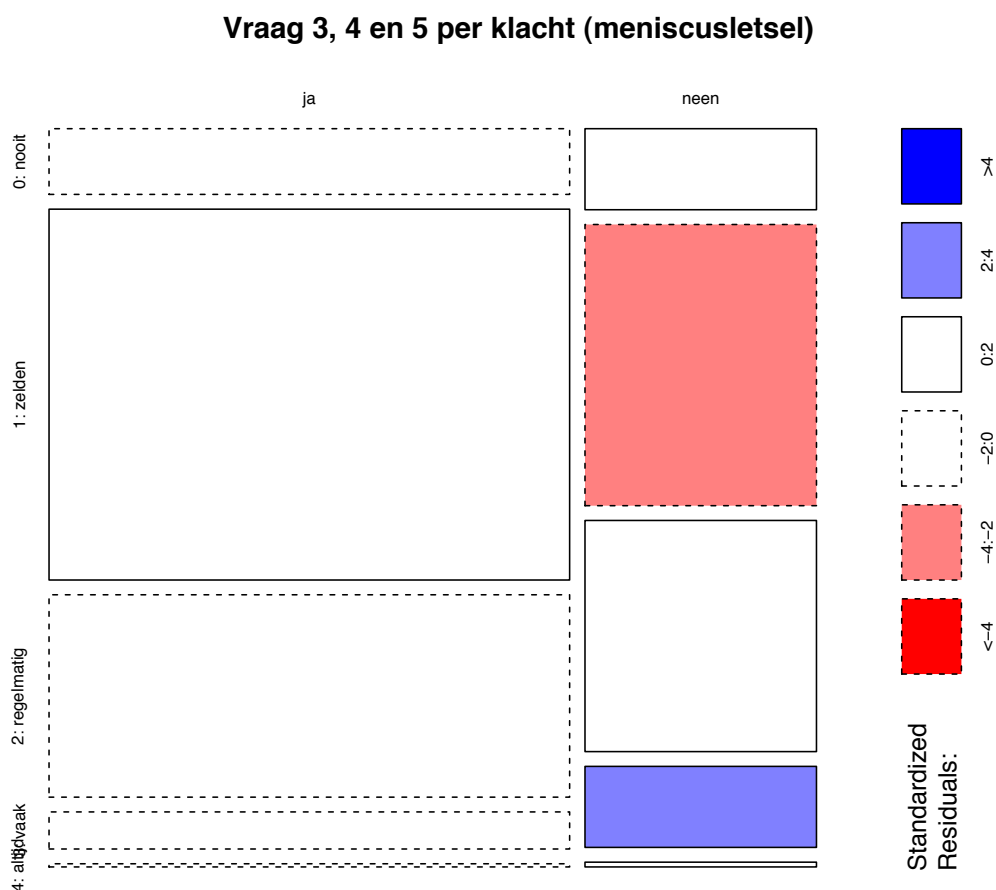
- High velocity low amplitude: Vaker gebruikt door osteopaten in Nederland die een voltijdse opleiding hebben gevolgd. Minder vaak gebruikt door osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg die een voltijdse opleiding hebben gevolgd. Geen duidelijke invloed van soort opleiding voor osteopaten in Vlaanderen (interactie opleiding-regio:  $p=0,008$ ).
- Toggle-technieken: Vaker gebruikt door osteopaten die een voltijdse opleiding hebben gevolgd ( $p=0,002$ ).
- Percussie- en vibratietechnieken: Geen significante invloed van soort opleiding ( $p=0,64$ ).
- Muscle energy techniques: Geen significante invloed van soort opleiding ( $p=0,84$ ).
- Algemene osteopatische mobilisaties: Vaker gebruikt door osteopaten die een voltijdse opleiding hebben gevolgd ( $p=0,002$ ).
- Functionele technieken: Geen significante invloed van soort opleiding ( $p=0,76$ ).
- PINS: Vaker gebruikt door osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg die een voltijdse opleiding hebben gevolgd. Minder vaak gebruikt door osteopaten in Vlaanderen die een voltijdse opleiding hebben gevolgd. Geen significante invloed van soort opleiding voor osteopaten in Nederland (interactie opleiding-regio:  $p=0,04$ ).

- Fasciale technieken: Vaker gebruikt door osteopaten die een voltijdse opleiding hebben gevolgd ( $p < 0,001$ ).
- Wekeden- en bindweefseltechnieken: Vaker gebruikt door osteopaten in Nederland en Vlaanderen die een voltijdse opleiding hebben gevolgd. Minder vaak gebruikt door osteopaten in de Franse Gemeenschap/Luxemburg die een voltijdse opleiding hebben gevolgd (interactie opleiding-regio:  $p = 0,04$ ).
- Neuroviscerale en neurolymfatische reflextechnieken: Geen significante invloed van soort opleiding ( $p = 0,50$ ).
- Fluida technieken: Geen significante invloed van soort opleiding ( $p = 0,33$ ).
- Viscerale manipulaties: Geen significante invloed van soort opleiding ( $p = 0,07$ ).
- Neurocraniale en viscerocraniale technieken: Geen significante invloed van soort opleiding ( $p = 0,83$ ).
- Automatic shifting en fluid body approach: Geen significante invloed van soort opleiding ( $p = 0,18$ ).

## Appendix D

### Voorbeeld residuenplot

Figuur 53 toont een voorbeeld van een residuenplot voor de frequentie van een meniscusletsel in functie van “kernosteopaat” of niet. In een residuenplot wordt op basis van de “standardized residuals” aangegeven of een bepaalde combinatie van niveaus minder of meer voorkomt dan wat we kunnen verwachten indien de frequentie van een meniscusletsel niet zou afhangen van “kernosteopaat” (dus onder onafhankelijkheid). Een rode kleur geeft aan dat een bepaalde combinatie van niveaus minder vaak voorkomt dan onder onafhankelijkheid, bij een blauwe kleur komt de combinatie van niveaus vaker voor dan onder onafhankelijkheid. In dit voorbeeld is de frequentie van niet-kernosteopaten (“neen”) die vaak een meniscusletsel behandelen hoger dan verwacht onder onafhankelijkheid, terwijl de frequentie van niet-kernosteopaten die zelden een meniscusletsel behandelen lager is dan verwacht onder onafhankelijkheid.



**FIGUUR 53: VOORBEELD RESIDUENPLOT**