

informatiedocument osteopathie

Register voor de Osteopaten van België, door de Raad van State erkende beroepsvereniging (R.O.B.)

Groepering, Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw, Koepelvereniging voor erkende beroepsverenigingen in België), Brussel Maart 2013

MEI 2013

© Register voor de Osteopaten van België (R.O.B., door de Raad van State erkende beroepsvereniging) en de Groepering, Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw Koepelvereniging voor erkende beroepsverenigingen in België, Brussel, Maart 2013

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 R.O.B. of GNRPO vzw.

Verantwoordelijke uitgevers : Wouter van Stee, DO Vicevoorzitter R.O.B
Dobbelaere Eric, DO Voorzitter GNRPO vzw

Redactie : Patrick van Dun, MSc, DO
Michiel Mens, BSc, DO
Wouter Van den Berghe, ir.
Ben Hermans, Mr

Groepering, Nationaal en Representatief van de
Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw)

Invalidenlaan 118
1160 Brussel
Tel.: 0032 56 423737
Website: www.gnrpo.be

Register voor de Osteopaten van België (R.O.B.)

Smaraglaan 5
1640 Sint-Genesius-Rode
Tel.: 0032 2 309 75 05
E-mail: info@osteo-rob.be
Website: www.osteo-rob.be

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., 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.)

Samenvatting

Still, een Amerikaanse arts, introduceert de osteopathie einde 19e eeuw. In het begin van de 20 eeuw doet de osteopathie zijn intrede in het Verenigd Koninkrijk (VK) en in de jaren '70 vestigen zich de eerste osteopaten in België. De aanvankelijke medische doctrine, een mengeling van metafysica en mechanicistische speculaties, is vandaag geëvolueerd in een manuele geneeswijze die steunt op de moderne wetenschappen.

De hedendaagse invulling van Evidence Based Medicine (EBM) kent drie facetten: evidentie via onderzoek, klinische expertise en patiëntgerichtheid. Voor het gros (65%) van de consultatiemotieven (lagerug- en nekklachten) is er voldoende evidentie voorhanden. Wat betreft de klinische kennis en vaardigheden, worden de toekomstige osteopaten door hun opleiding aan de universiteit (o.a. ULB), experts in hun vakgebied. Meerdere onafhankelijke studies (o.a. NIV-KCE) stellen de osteopaten op de eerste plaats voor wat betreft hun patiënt-/zorgvragergerichtheid.

Het credo dat de osteopathie niet zou thuishoren in de gezondheidszorg en ook niet kan/mag rekenen op de ondersteuning van de faculteiten geneeskunde voor hun onderwijs binnen de universiteit, omdat het beroep te weinig EBM-karakter zou hebben, heeft geen enkele rationele grond en dient anders geïnterpreteerd te worden.

De osteopaat biedt eerstelijnszorg aan en is door zijn specifieke academische opleiding de specialist voor functionele aandoeningen, algieën en ziekteverschijnselen. Zijn diagnostische en therapeutische benadering is hoofdzakelijk manueel van aard. De gestemde definitie binnen het advies K2 van de Kamer voor Osteopathie dient gelezen te worden als een compromis. De omschrijving van het beroep binnen het unaniem (artsen-osteopaten) goedgekeurd beroepscompetentieprofiel geeft een correct beeld van de situatie op het werkveld.

Na het bepalen van een werkhypothese in het osteopathisch diagnoseproces wordt de patiënt behandeld met manuele technieken. De osteopaat beoefent enkel de osteopathie en houdt zich strikt aan de bepalingen binnen het beroepscompetentieprofiel. Indien hij vaststelt dat de problematiek buiten zijn werkveld valt, verwijst hij de patiënt door naar een bevoegd zorgverlener.

Verder toont fundamenteel en klinisch onderzoek aan dat de osteopathie een veilige geneeswijze is. Deze informatie komt overeen met het feit dat de osteopaten een zeer kleine verzekeringspremie BA betalen en dat er het laatste decennium geen enkel noemenswaardig schadegeval bij de verzekeraars bekend is.

Er zijn meer dan 1500, hoofdzakelijk mannelijke, osteopaten actief in België. 75% is enkel als osteopaat werkzaam in zijn praktijk en dit voor het merendeel in een eenmanspraktijk. De gemiddelde leeftijd van de osteopaat is 45 jaar met een gemiddelde anciënniteit van 12 jaar.

De grote meerderheid (83%) van de osteopaten genoot initieel een opleiding kinesithérapie gevolgd door een 4 tot 6 jaar durend beroepsbegeleidend onderwijstraject binnen het privaat onderwijs osteopathie.

Ondanks de vroege en nog steeds aanhoudende pogingen tot het inrichten van gecontroleerd academisch onderwijs, zag het beroep zich genoodzaakt terug te vallen tot het organiseren van niet-gesubsidieerd privaat onderwijs. 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.

In 2010 deden, volgens het KCE, 6,7% van de Belgen een beroep op een osteopaat. Daarmee is de osteopathie met verve de meest geconsulteerde niet-conventionele geneeswijze. De tevredenheid van de patiënt met betrekking tot de osteopathie is het hoogst van alle zorgverstrekkers. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat de osteopathie een bewezen effectiviteit heeft voor wat betreft nek- en lagerugpijn. Daarenboven suggereren studies dat osteopathie kostenbesparend is. Bovendien staat de patiënt zelf in voor de betaling van de osteopathische zorg en dit zonder enige tussenkomst van de ziekteverzekering.

Steeds meer landen binnen de EU verlenen aan de osteopathie een wettelijk statuut. In België zullen alleen geregistreerde osteopaten de osteopathie mogen beoefenen. De Kamer Osteopathie zal voor de individuele registratie van de osteopaten zorgen en nagaan of de aanvragers aan de specifieke registratie-eisen voldoen. Voor de bestaande osteopaten die geen masterdiploma in de osteopathie hebben zullen specifieke overgangsmaatregelen in voege treden. De beroepsvereniging dient als gesprekspartner met de overheid en zal toezien op het eerbiedigen van o.a. de kwaliteitseisen door haar leden. De Wet Colla bevat een duidelijke regeling voor het toezicht op de deontologie waarbij enerzijds de Minister van Volksgezondheid en anderzijds de Kamer voor Osteopathie een welomschreven rol krijgen toebedeeld die desgevallend kan worden uitgebreid. Zowel een hoorplicht, de mogelijkheid tot bijstand van of vertegenwoordiging door een advocaat als een omstandige motiveringsplicht zijn verankerd in deze regeling. Bestaande procedures en toezichtmechanismen in het kader van de conventionele geneeskunde (KB nr. 78) kunnen zonder meer van toepassing worden verklaard zoals de bevoegdheid van de Geneeskundige Commissies om na te gaan of de kandidaat-beoefenaar psychisch en fysiek in staat is om zijn beroep uit te oefenen.

Het mag duidelijk zijn dat het toekennen van een eerstelijnsfunctie aan osteopaten niet enkel voordelen inhoudt voor de patiënt maar ook voor de huisarts en dat heel wat studies voldoende redenen aanreiken om aan te nemen dat er op deze wijze een geschiktere, efficiëntere en effectievere zorg kan geleverd worden voor de meeste eerstelijnszorgvragers met musculoskeletale aandoeningen.

Inhoudstabel

Inleiding

1	Geschiedenis	1
1.1	Geschiedenis van de osteopathie.....	1
1.1	Osteopathie komt naar Europa	1
1.2	Osteopathie in België	2
2	Definitie	2
3	Profiel van de osteopaten	4
4	De opleiding van de osteopaten	8
5	Maatschappelijke relevantie	11
6	Hoe verloopt een osteopathische consultatie?	15
7	Osteopathie: een veilige geneeswijze	18
8	Osteopathie: een evidence-informed practice in de eerste lijn	19
8.1	Osteopathie als evidence-informed practice	19
8.2	Osteopathie in de eerste lijn	23
9	Registratie en overgangsmaatregelen	27
9.1	Registratie	27
9.2	Overgangsmaatregelen	28
9.3	Aansluiting bij een beroepsvereniging.....	29
9.4	Deontologie en sancties	29
10	Creëren van een kwaliteitszorgsysteem voor osteopaten	32
11	Bijlage	33

Lijst van de figuren

Figuur 1: Leeftijdsverdeling van osteopaten	11
Figuur 2: Anciënniteit van de osteopaten	12
Figuur 3: Praktijk van de osteopaten	13
Figuur 4: Solo- en groepspraktijken van osteopaten	14
Figuur 5: Beroepsmatige samenwerking van Britse osteopaten met anderen	15
Figuur 6: Patiëntenevolutie van osteopaten.....	19
Figuur 7: Tevredenheid over verschillende zorgverleners.....	21

Inleiding

In dit document vinden beleidsmakers, collega's zorgverleners, journalisten en andere geïnteresseerden correcte en onderbouwde informatie over osteopaten. Wie zijn deze zorgverleners? Wat doen ze? En wat is hun plaats in ons gezondheidssysteem?

De finale fase van de uitvoering van de 'wet Colla'¹ – die de vier populairste niet-conventionele geneeswijzen (osteopathie, chiropraxie, homeopathie en acupunctuur) wil erkennen – maakt vandaag immers veel reacties los.

Osteopathie neemt officieus al decennia lang een eerstelijnsplaats in binnen de Belgische gezondheidszorg. Bij de bevolking zien we een stijgend vertrouwen in deze geneeswijze:

- haast 6,7% van de Belgische bevolking consulteerde in 2008 een osteopaat, tegenover nog geen 4% in 2001;
- zo'n 90% van de patiënten blijkt het meest tevreden over de behandeling en de uitleg van de osteopaat in vergelijking met andere zorgverleners.

De grote meerderheid van de osteopaten heeft initieel een andere hogere opleiding genoten zoals geneeskunde, maar vooral kinesitherapie (84%). Daarna volgden ze een 4 tot 5 jaar durend onderwijstraject binnen het privaat onderwijs osteopathie leidend tot een DO (diploma osteopathie) titel en in Vlaanderen eventueel aangevuld met een door een buitenlandse instelling geaccrediteerde master in de osteopathie. Sinds 2004 biedt de Universit  Libre de Bruxelles (ULB) als enige 'openbare' onderwijsinstelling in België een opleiding osteopathie aan.

In Vlaanderen bestaat zo'n universitaire opleiding nog niet omdat er tegenstand heerst, hoewel de vertegenwoordigers van de verschillende Vlaamse en Franstalige faculteiten voor geneeskunde bij de stemming binnen de Kamer voor Osteopathie unaniem voor een opleiding osteopathie waren binnen de universiteiten.

Onze dank gaat alvast uit naar minister Onkelinx, haar kabinet, de FOD Volksgezondheid en een groep constructief meedenkende vertegenwoordigers van de faculteiten geneeskunde voor hun wil en inzet om het beroep van osteopaat wettelijk te omkaderen.

Wij danken tevens de vertegenwoordigers van de osteopaten in de Kamer voor Osteopathie²: Lepers Yves, Pauwels Jory, Rousseau Claude, Ruwet Jean, Van den Abeele Michel en Van Stee Wouter en in de Paritaire Commissie³: Boon Alex en Ruwet Jean, voor hun inzet en gedrevenheid.

Een bijzonder dankwoord richten wij aan de externe deskundigen Wouter Van den Berghe en Meester Ben Hermans, die de input van talrijke bestuursleden van de diverse beroepsverenigingen bij het opstellen van dit document, aanvulden met hun onmisbare adviezen.

¹ Wet 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artseneerbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.

² Koninklijk besluit 12 september 2011 houdende benoeming van de leden van de Kamer Osteopathie bedoeld in artikel 2, §3, van de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artseneerbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.

³ Koninklijk besluit 27 maart 2012 houdende benoeming van de leden van paritaire commissie bedoeld in artikel 5 van de wet van 29 april 1999 inzake de geneeskunde, de artseneerbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.

1. Geschiedenis⁴

1.1 Geschiedenis van de osteopathie

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 deel aan de secessieoorlog (1861-1864) als veldchirurg. Het verlies van enkele van zijn kinderen tijdens een epidemie van hersenvliesontsteking overtuigt Still van de noodzaak om 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 gewrichtsm manipulaties. Zijn medische doctrine wordt een mengeling van metafysica en mechanicistische 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. Hij sticht het eerste college voor osteopathie in Kirksville in 1892 ("American School of Osteopathy").

Tot op heden hebben er 23 COMs (College of Osteopathic Medicine) ongeveer 60.000 DO'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 Osteopathie komt naar Europa

De osteopathie in Europa en de rest van de wereld heeft een heel andere evolutie doorgemaakt. 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 Littlejohn terug naar Engeland en richt er in 1917 the British School of Osteopathy op.

Uiteindelijk wordt de osteopathie in 1993, met de ondertekening van de "Osteopaths Act", als een afzonderlijk beroep wettelijk erkend en gereguleerd in het Verenigd Koninkrijk. De General Osteopathic Council (GOsC) wordt gekozen om de osteopathie in het Verenigd Koninkrijk bij wet te regelen, haar beroepsbeoefenaars te registreren, de patiënten te beschermen en het beroep verder uit te dragen. Tegenwoordig zijn de Engelse colleges voor osteopathie verbonden aan de officiële structuren van het hoger onderwijs.

Vanuit Engeland komt de osteopathie naar het Europese vasteland, waarna het eerst via Frankrijk en wat later ook via België de rest van Europa veroverd.

⁴ Overgenomen uit: van Dun P.L.S. (red.) 2010, Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, Brussel: Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw)

1.3 Osteopathie in België

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

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 dat 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 naar een universitair diploma maar wordt verder gezet als Cours Osteopathie Cursus (COC), een private opleiding voor osteopathie die nu bekend staat als het Collège Belge d'Ostéopathie (CBO). Ook andere privéopleidingen 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 opsplijst (Unie van Osteopaten (UVO) in 1996, Unie van Belgische Osteopaten (UBO) in 1996, Register voor de Osteopaten van België (R.O.B.) in 1997 en de Belgische Associatie van Klassieke Osteopaten (BAKO) in 1999).

In 2000 wordt de 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 socioprofessionele verdediging van het beroep. In 2004 start het eerste academiejaar van de officiële zesjarige opleiding aan de ULB.

Still, een Amerikaanse arts, introduceert de osteopathie einde 19e eeuw. In het begin van de 20^{ste} eeuw doet de osteopathie zijn intrede in het VK en in de jaren '70 vestigen zich de eerste osteopaten in België. De aanvankelijke medische doctrine, een mengeling van metafysica en mechanistische speculaties, is vandaag geëvolueerd in een in een manuele geneeswijze die steunt op de moderne wetenschappen.

2. Definitie

De definitie voorgesteld aan de Kamer voor Osteopathie door de vertegenwoordigers van de osteopaten (11/09/2012) luidt als volgt:

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

Definitie zoals deze door de WHO wordt geformuleerd⁵:

“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.”

World Health Organization (WHO)

In de Kamer voor Osteopathie werd op 12/06/2012 een beroepscompetentieprofiel⁶ (BCP, zie bijlage) gestemd en unaniem goedgekeurd (ook door alle 6 vertegenwoordigers van de faculteiten geneeskunde), waarin staat te lezen:

“Het beroep van osteopaat is een klinisch beroep met omschreven bevoegdheden in het kader van de gezondheidszorg. De osteopaat is de specialist van functionele aandoeningen, algieën en ziekteverschijnselen. Zijn 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 ... ”

Ondanks deze duidelijke omschrijving van de osteopaat, diende een aparte standaarddefinitie gestemd te worden. Op uitdrukkelijke vraag van de vertegenwoordigers van de faculteiten geneeskunde werden er een aantal veranderingen doorgevoerd in de door de beroepsgroep voorgestelde definitie. Om de gesprekken niet te blokkeren en om tot een werkbaar compromis te komen, werd op 11/09/2012 aldus de onderstaande compromisdefinitie gestemd, dewelke niet in overeenstemming is met het volledige profiel van de osteopaat dat goedgekeurd werd in het BCP.

Definitie gestemd door de Kamer⁷ (11/09/2012):

“Osteopathie is een therapeutische en diagnostische manuele benadering van de pathologieën. In het kader van een eerstelijnsopvang van de patiënten, richt ze zich uitsluitend op het disfunctioneren van het locomotorisch stelsel en het perifere zenuwstelsel. Osteopathische pathologieën die niet in de bovenvermelde definitie vallen, worden in tweede lijn benaderd”.

De osteopaat is de specialist van functionele aandoeningen, algieën en ziekteverschijnselen. Zijn diagnostische en therapeutische benadering is hoofdzakelijk manueel van aard. De gestemde definitie binnen het advies K2 van de Kamer voor Osteopathie dient gelezen te worden als een compromis.

⁵ World Health Organisation - WHO (2004) - A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons. WHO, Genève.

⁶ Advies K3 van de Kamer voor Osteopathie van 12 juni 2012 betreffende het opleidingsniveau om het vereiste profiel in de osteopathie te behalen.

⁷ Advies K2 van de Kamer voor Osteopathie van 11 september 2012 betreffende de definitie van osteopathie conform aan de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artseneijbereidkunde, de kinesithérapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.

3. Profiel van de osteopaten

In dit hoofdstuk geven we een beeld van een huidige osteopathiepraktijk. We steunen daarbij vooral op een aantal recente onderzoeken^{8,9}. Waar mogelijk worden deze gegevens vergeleken met deze van buitenlandse studies, in het bijzonder deze uit het VK.

De ruim 1500 osteopaten vormen een relatief jonge beroepsgroep.

Momenteel (januari 2013) zijn er meer dan 1.100 osteopaten geregistreerd bij de verschillende beroepsverenigingen van osteopaten in België. Meer dan 400 osteopaten zijn niet verbonden aan een erkende beroepsvereniging en zijn dus niet gebonden aan enige reglementering door een beroepsorganisatie of gecontroleerd op nascholing. Het aantal personen dat als osteopaat werd opgeleid ligt evenwel nog hoger, omdat een aantal kinesitherapeuten die een osteopathieopleiding hebben genoten, hun job als kinesitherapeut blijven uitoefenen en 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).

Momenteel komen er elk jaar zo'n 60 tot 70 geregistreerde osteopaten bij in België. De leeftijdsverdeling van de osteopaten is weergegeven in Figuur 1.

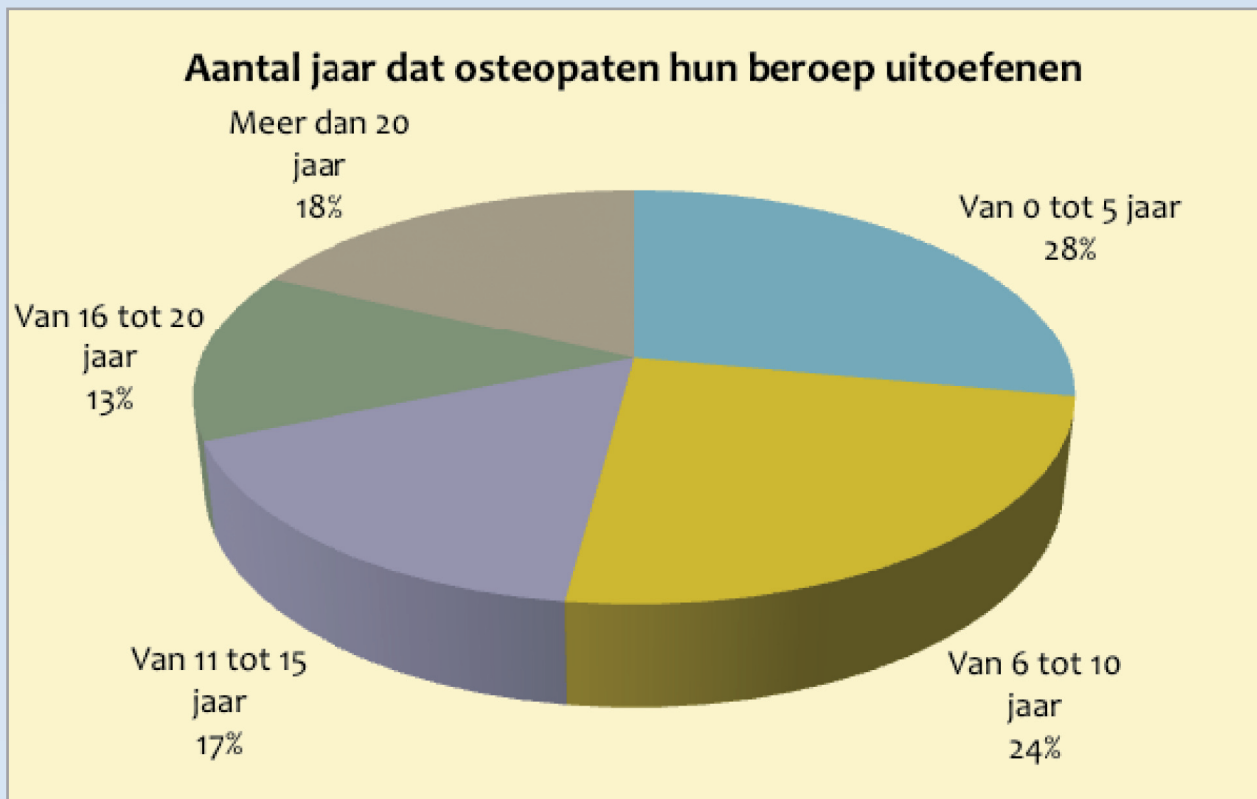


Figuur 1 : Leeftijdsverdeling van osteopaten (overgenomen uit De Gendt et al., 2010)

⁸ Hesse E. Gezondheidsenquête België 2008, Contacten met beoefenaars van niet-conventionele geneeswijzen. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), 2010

⁹ 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>

Hieruit kunnen we afleiden dat de mediaanleeftijd van de Belgische osteopaten ongeveer 45 jaar is. Dit wijkt overigens nauwelijks af van deze in het VK (43 jaar)¹⁰. Dat de osteopathie in België een relatief jong beroep is, blijkt uit het feit dat in 2010 de gemiddelde anciënniteit in de osteopathiepraktijk 12 jaar bedroeg. De mediaanwaarde was 10. Meer dan een kwart van de osteopaten is minder dan 5 jaar actief. Dat is een indicatie voor een groeiende belangstelling voor het beroep. De verdeling van de anciënniteit is gegeven in Figuur 2.



Figuur 2 : Anciënniteit van de osteopaten (overgenomen uit De Gendt et al., 2010)

In België wordt het beroep van osteopaat voornamelijk beoefend door mannen. Momenteel zijn slechts 28% 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. Maar het percentage vrouwen begint te stijgen, onder meer omwille van het aanbod van voltijdse opleidingen die kunnen gevolgd worden na het secundair onderwijs.

De meeste osteopaten oefenen hun beroep uit in Vlaanderen (58%). Iets minder dan een derde (29%) werkt in Wallonië en 13% in Brussel¹¹. 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.

¹⁰ KPMG. How do osteopaths practice? London, GOSc, 2011

¹¹ Ibid.

Volgens het KCE werken drie op de vier van de geregistreerde osteopaten uitsluitend als osteopaat in hun praktijk. 15% van de geregistreerde osteopaten blijft ook nog als kinesitherapeut werkzaam; twee op de tien osteopaten doen een beroep op andere therapieën in hun praktijk. Drie op de vier osteopaten werkt voltijds. De verdeling is weergegeven in Figuur 3.



Figuur 3 : Praktijk van de osteopaten (overgenomen uit De Gendt et al., 2010)

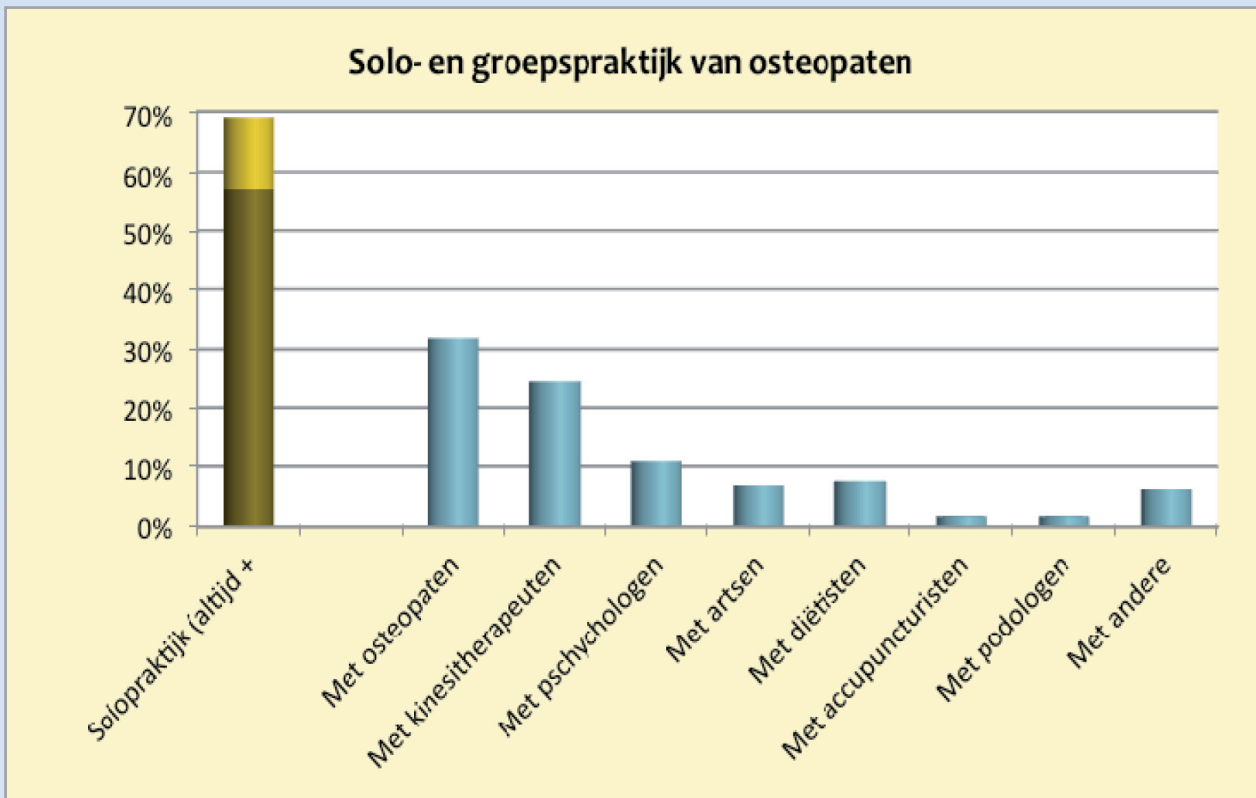
Bijna zes op tien osteopaten oefent de osteopathie uit in een eenmanspraktijk. Drie op de tien werken altijd in een groepspraktijk en 12% werken zowel alleen als in een groepspraktijk. De collega's van osteopaten die in deze groepspraktijken werken, zijn volgens het KCE-rapport in de eerste plaats andere osteopaten (een derde van de osteopaten werkt samen met andere osteopaten) of kinesitherapeuten (een kwart). De verdeling is weergegeven in Figuur 4.

Deze situatie is vergelijkbaar met deze in het VK in 2001¹² waar 56% van de osteopaten alleen werkt. Het reeds vermelde recente KMPG-onderzoek¹³ dat 10 jaar later in het VK plaatsvond, bevat indicaties dat het aandeel aan groepspraktijken toeneemt. Vier op de tien osteopaten werkt er nu regelmatig samen met andere gezondheidswerkers (zie Figuur 5).

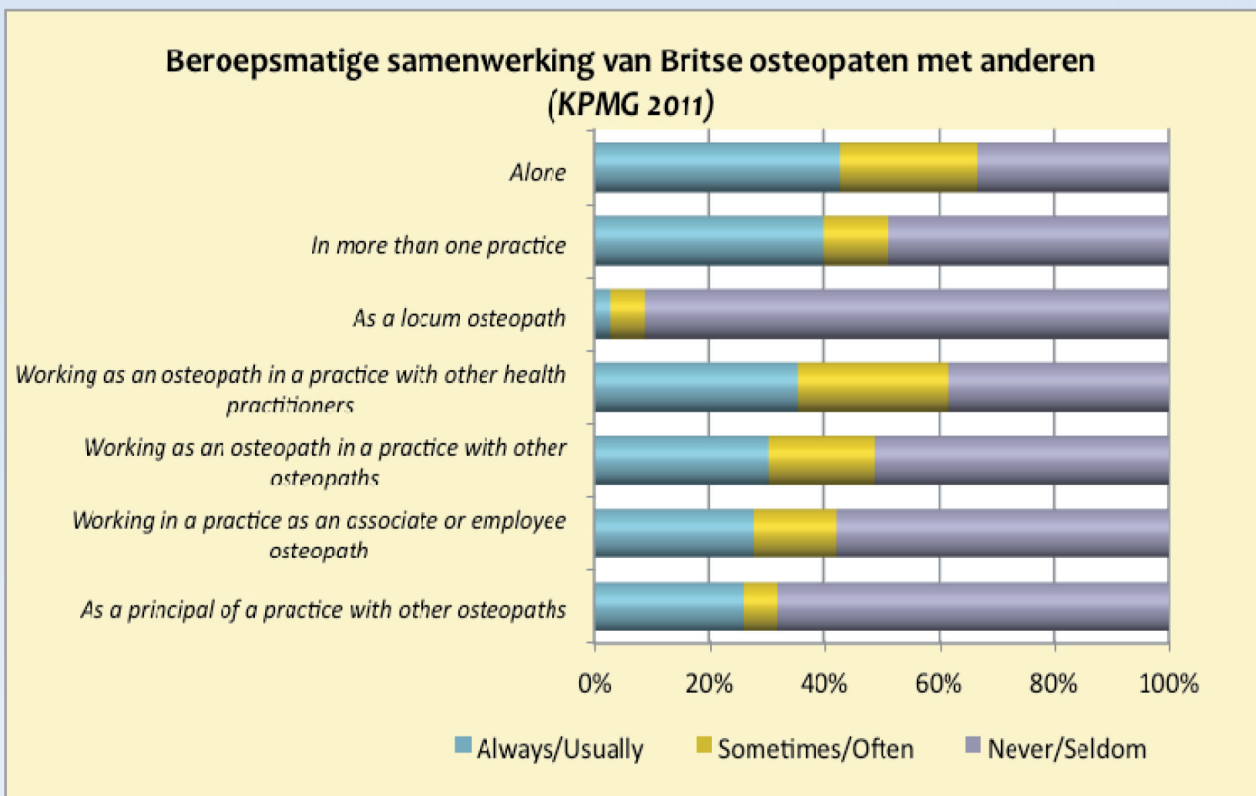
Uit dit onderzoek bleek ook dat ongeveer 20% van de osteopaten hun osteopathische praktijk thuis hebben. In België ligt dit percentage ongetwijfeld hoger.

¹² BDI. Snapshot Survey 2001. Results. London, General Osteopathic Council (GOsC), 2001

¹³ Ibid.



Figuur 4 : Solo- en groepspraktijken van osteopaten (overgenomen uit De Gendt et al., 2010)



Figuur 5 : Beroepsmatige samenwerking van Britse osteopaten met anderen (overgenomen uit De Gendt et al., 2010)

Er zijn meer dan 1500, hoofdzakelijk mannelijke, osteopaten actief in België. 75% is enkel als osteopaat werkzaam in zijn praktijk en dit voor het merendeel in een eenmanspraktijk. De gemiddelde leeftijd van de osteopaat is 45 jaar met een gemiddelde anciënniteit van 12 jaar.

4. De opleiding van de osteopaten

Ondanks de vroege en nog steeds aanhoudende pogingen tot het inrichten van gecontroleerd academisch onderwijs (zie hoofdstuk 1.2), zag het beroep zich genoodzaakt terug te vallen op het organiseren van niet-gesubsidieerd privaat onderwijs.

De grote meerderheid van de osteopaten heeft initieel een andere hogere opleiding gevolgd vóórdat 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 het KCE-rapport in 2009 reeds 12% van het aantal osteopaten rechtstreeks hun diploma van osteopaat behaald, zonder eerst een andere opleiding te hebben doorlopen.

Daarenboven bestaat er, sinds 2003 voor de 1100 osteopaten die zijn aangesloten bij een erkende beroepsvereniging, een verplicht nascholingsysteem¹⁴.

Hieruit mag blijken dat het studieniveau van de huidige osteopaat zijn positie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg verantwoordt.

De enige Belgische 'reguliere' onderwijsinstelling die momenteel een osteopathieopleiding aanbiedt, is de Universit  Libre de Bruxelles (ULB). Sinds het academiejaar 2004-2005, organiseert de ULB, een *master complémentaire en ost opathie* (MC, vergelijkbaar met een master-na-master in Vlaanderen) aan de *Faculté des sciences de la motricit *^{15,16}. Deze MC wordt enkel voorbehouden voor de houders van een diploma in de *Sciences de la Motricit * (ScM) met oriëntatie in de osteopathie (deze richting begint reeds bij het eerste jaar in deze ScM). Na het volgen van drie jaar bachelor en twee jaar master in ScM, oriëntatie osteopathie, volgt men nog een zesde jaar MC in de osteopathie. Het curriculum wordt verzorgd en gedoceerd door docenten uit de faculteiten geneeskunde en bewegingswetenschappen en de osteopathische praktijkvakken door osteopaten DO.

Aan Vlaamse zijde hebben de universiteiten nooit erg warm gelopen voor de osteopathie. Deze houding werd bevestigd door een schrijven van de Vlaamse decanen geneeskunde in 2012 waarin men stelt: "zij [*de faculteiten Geneeskunde van de Vlaamse Gemeenschap*] wensen dan ook onder geen beding bij de opleiding ervan te worden betrokken of enige samenwerking of ondersteuning te bieden"¹⁷.

¹⁴ http://www.osteopathie.be/sites/default/files/global/pages/Documenten/Continued_Education/PVO_NL/reglement_ACPVO_ned-02-2013.pdf

¹⁵ Rapport   L'Académie Royale de Médecine de Belgique - Commission d'avis - (15/11/2004). Membres de la Commission : Professeurs J. Boniver, R. De Marneffe, J. Melin, M. Rooze, J.L. Vanherweghem, A. Vincent en <http://homepages.ulb.ac.be/~pklein/osteoulb.html>

¹⁶ http://banssb.ulb.ac.be:9000/PROD_frFR/bwkkspgr.showpage?page=ESC_PROGCAT_PRGREQ&pname=PPROGCODE&pvalue=MC-OSTE&pname=TERM&pvalue=201011

¹⁷ Dupont, A.; Englert, Y.; Vanderstraeten, G.; D'Orio, V.; Goffin, J.; Muller, R.R.; Stinissen, P.; Zech, F.; Van Royen, P.; Masereel, B. Niet-conventionele praktijken homeopathie, chiropraxie, acupunctuur en osteopathie: unaniem standpunt van de decanen van de faculteiten geneeskunde van de Belgische universiteiten, 2012 http://www.actuamedica.be/open/PDF/nietconventionele_praktijken-NL_FR.pdf

Deze houding staat in schril contrast met de stemming binnen de Kamer voor Osteopathie waarbij de vertegenwoordigers van de verschillende Vlaamse en Franstalige faculteiten voor geneeskunde unaniem gestemd hebben voor de individuele registratie van beroepsbeoefenaars in de osteopathie¹⁸ en unaniem gestemd hebben voor een opleiding osteopathie binnen de universiteiten, en dit in overeenstemming met het unaniem goedgekeurde beroepscompetentieprofiel¹⁹.

Binnen het private osteopathieonderwijs aan Vlaamse zijde (IAO en FICO) werden mede daarom samenwerkingsverbanden opgezet met buitenlandse academische instellingen om in Vlaanderen (in het buitenland geaccrediteerde) masteropleidingen in de osteopathie te kunnen aanbieden. De IAO organiseert, in samenwerking met de University of Applied Sciences Tyrol²⁰ (Innsbruck, Oostenrijk), in Gent een Nederlandstalige Master of Science-opleiding in de osteopathie (180 + 120 ECTS). Deze masteropleiding is geaccrediteerd in Oostenrijk.

Juridisch gesproken gaat het bij deze in Vlaanderen georganiseerde opleiding niet om Vlaamse diploma's, maar de toegekende mastertitels zijn rechtsgeldig in Vlaanderen²¹.

Het FICO organiseert, in samenwerking met de Dresden International University (DIU, Dresden, Duitsland) en de internationale Osteopathie Schule Deutschland (OSD), in Antwerpen een Master of Science-opleiding in de osteopathie. Deze masteropleiding is erkend in de Duitse deelstaat Saksen.

Dit gegeven illustreert de absolute noodzaak van een eigen Vlaamse opleiding, geaccrediteerd door de NVAO en geïntegreerd in de Vlaamse universiteiten. Dat zou er voor zorgen dat er naast Franstalige en buitenlandse osteopathiediploma's ook Vlaamse diploma's in de osteopathie kunnen behaald worden. Zolang de Vlaamse universitaire wereld deze maatschappelijke nood (700.000 patiënten per jaar volgens het KCE) blijft negeren, is de enige oplossing voor Vlaamse studenten het volgen van een Franstalige opleiding aan de ULB of het volgen van een buitenlandse masteropleiding (weliswaar in het Nederlands georganiseerd in Vlaanderen).

Het gestemde advies in de Kamer voor Osteopathie betreffende het opleidingsniveau om het vereiste profiel in de osteopathie te behalen, stelt dat de opleiding in de osteopathie aan de universiteiten zou moeten plaatsvinden en resulteren in een Master in de osteopathie (Kamer voor Osteopathie advies K3, 12/06/2012). De visie alsof de opleiding osteopathie zou moeten verlopen via een "bachelor of science in de geneeskunde, in de wetenschappen van de motoriek of in de kinesitherapie" is een duidelijke perceptiefout van het huidige opleidingstraject tot osteopaat aan de ULB. Omwille van pragmatische redenen werd er hier voor een opleiding osteopathie gekozen in truncus communis met motorische wetenschappen in de bachelorjaren en met geneeskunde in de masterjaren.

Met andere woorden, een opleiding tot osteopaat aan de ULB bedraagt in totaliteit 6 jaar. Deze 6 jaar bestaan geenszins uit 3 jaar Science de la Motricité en daarna 3 jaar osteopathie. De realiteit is een opleidingstraject waarbij er vanaf het eerste bachelorjaar specifieke vakken eigen aan de osteopathie gedoceerd worden.

Deze duidelijke pragmatische keuze die voornamelijk omwille van financiële redenen genomen werd, betekent geen eindpunt voor het opleidingstraject in de osteopathie. Wanneer de financiële middelen en de omkadering het toelaten, is het uiteraard de wens om een bachelor in de osteopathie gevolgd door een master of science in de osteopathie aan te bieden.

standpunt van de decanen van de faculteiten geneeskunde van de Belgische universiteiten, 2012 http://www.actuamedica.be/open/PDF/nietconventionele_praktijken-NL_FR.pdf

¹⁸ Advies K1 van de Kamer voor osteopathie van 12 juni 2012 betreffende de individuele registratie van beroepsbeoefenaars in de osteopathie.

¹⁹ Advies K3 van de Kamer voor osteopathie van 12 juni 2012 betreffende het opleidingsniveau om het vereiste profiel in de osteopathie te behalen.

²⁰ www.fhg-tirol.ac.at/page.cfm?vpath=master_lehrgaenge

²¹ artikel 25, §6, van het decreet van 4 april 2003 betreffende de herstructurering van het hoger onderwijs

²² <http://www.di-uni.de/index.php?id=52>

http://www.fico.be/nl/De_opleiding/Bachelor_Master_en_PhD/

Het is onmogelijk om, na het behalen van een bachelordiploma voor een ander beroep, in 2 jaar een osteopaat te vormen. De opleiding tot osteopaat start bij dag 1 van de opleiding. Dit betekent ook dat de basiswetenschappelijke vakken die eigen zijn aan het curriculum van een medische opleiding integraal deel uitmaken van de bachelor osteopathie.

Wel kan na het behalen van een “bachelor of science in de geneeskunde, in de wetenschappen van de motoriek of in de kinesitherapie” via het systeem van eerder verworven competenties en eerder verworven kennis (EVC/EVK) een individueel aangepast traject tot osteopaat gevolgd worden.

De opleiding tot osteopaat is dus van een masterniveau. Zij wordt georganiseerd binnen of in nauwe samenwerking met de faculteit geneeskunde. De theoretische en praktische cursussen worden gecoördineerd door specialisten die onderwijs en onderzoek combineren. Door hun kennis van de materie en hun actieve deelname aan de ontwikkeling van hun specialiteit staan ze garant voor de continue actualisering van het curriculum.

Het op onderzoek steunend onderwijs verzekert een sterke band tussen de wetenschappelijke kennis en de beroepsactiviteit. Het versterkt de autonomie, de kritische geest en legt de nodige basis voor de te verwerven competenties. Door een verscheidenheid aan leermethodes, zoals hoorcolleges, persoonlijk- of groepswork, seminars, praktijkwork, aandacht voor attitude en professionele houding, stages en internationale uitwisselingen, zorgt de opleiding voor het progressief verwerven van deze competenties. Door op geregelde tijdstippen simulaties uit het werkveld te organiseren en daarna door het werken op het terrein zelf, zullen de nieuwe competenties kunnen toegepast worden.

Naast de uitdrukkelijke wens vanuit de beroepsgroep²³ is het een absolute noodzaak om ook in Vlaanderen, in het belang van de patiënt, een academische master in te richten, die voldoet aan de onderwijscriteria opgesteld door de Vlaamse Gemeenschap.

De grote meerderheid (83%) van de osteopaten genoot initieel een opleiding kinesitherapie gevolgd door een 4 tot 6 jaar durend beroepsbegeleidend onderwijstraject binnen het privaat onderwijs osteopathie. 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.

²³ Staten Generaal Osteopathie, 26.10.2007, GNRPO vzw, Brussel

5. Maatschappelijke relevantie

De WHO publiceerde in 2001 een rapport²⁴ over het gebruik van niet-conventionele geneeswijzen, waaruit bleek dat toen al in België 40% van de bevolking ooit een beoefenaar van niet-conventionele geneeswijzen had geconsulteerd. Het onderzoek van het KCE kwam in 2010 tot de vaststelling dat in 2009, 12% van de volwassen bevolking (en 15% van hen die aangaven een medisch probleem te hebben gehad in de voorbije 12 maanden) een niet-conventionele zorgverlener had geraadpleegd. In sommige Europese landen liggen deze percentages nog hoger.

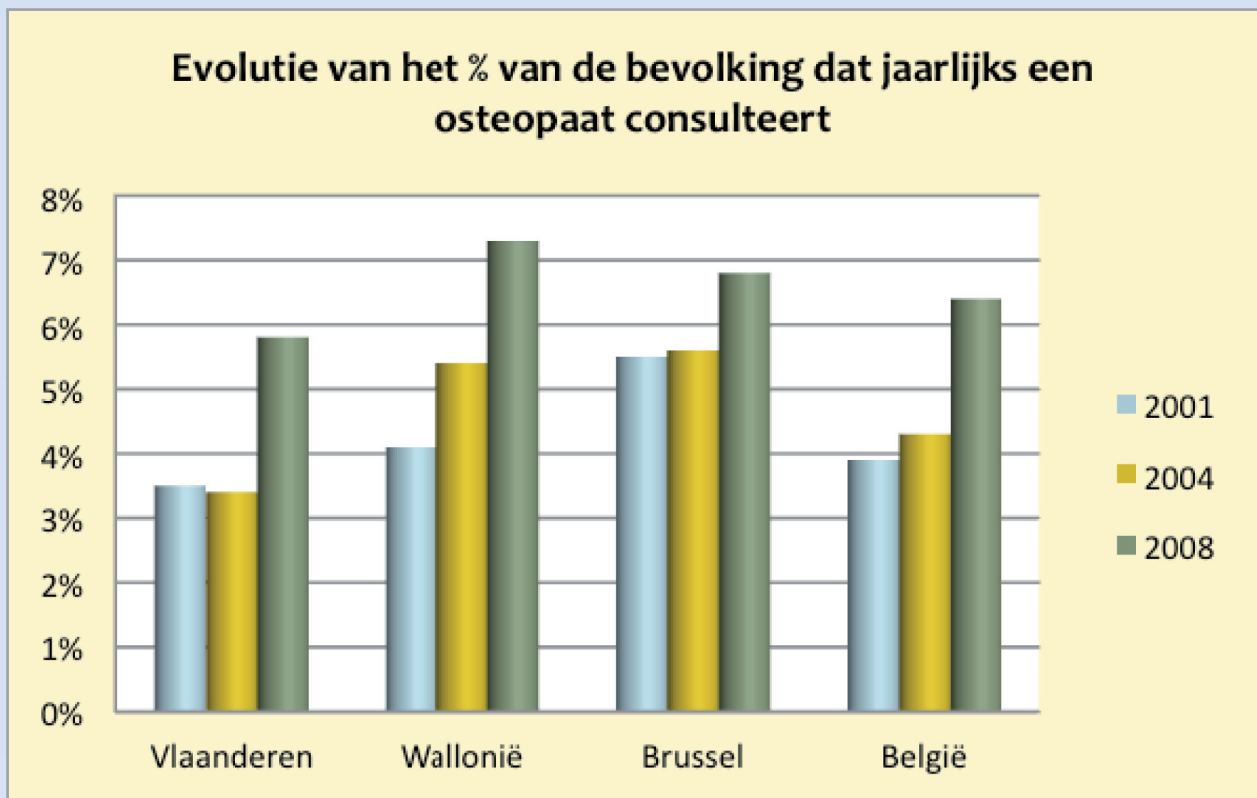
Om de drie tot vier jaar worden er door het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid (WIV) analyses gemaakt van het gebruik van conventionele en niet-conventionele geneeskunde in België. De steekproeven die gebruikt worden bij deze onderzoeken zijn vrij groot (5.800 huishoudens). Uit het WIV-onderzoek in 2008 bleek dat toen 6,4% van de bevolking in de voorbije 12 maanden een osteopaat had geconsulteerd²⁵. 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 miljoen en de 2 miljoen osteopathie-raadplegingen per jaar. Momenteel geven Belgische patiënten per jaar tussen de 85 en 93 miljoen EUR uit aan osteopathie²⁶.

De resultaten van de WIV-onderzoeken van 2001, 2004 en 2008, laten een vergelijking toe en bevatten ook opsplitsingen naar Gewest. Deze cijfers zijn weergegeven in Figuur 6. Deze figuur illustreert dat er in Vlaanderen en Wallonië tussen 2001 en 2008 een aanzienlijke stijging was in het gebruik van de osteopathie; in Brussel was de groei minder spectaculair. Het grootste aantal gebruikers van de osteopathie vinden we procentueel gezien in Wallonië, in absolute cijfers is dat in Vlaanderen.

²⁴ World Health Organisation (WHO). Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review. Genève, 2001

²⁵ Ibid.

²⁶ Louis, I. Dossier Alternatieve Geneeswijzen, Palfijngroep, 2012



Figuur 6 : Patiëntenevolutie van osteopaten (overgenomen uit De Gendt et al., 2010)

Het KCE kwam in zijn onderzoek tot vergelijkbare, zij het iets lagere cijfers dan het WIV. De KCE-enquête gaf aan dat in 2009, 5,4% van de volwassen Belgische bevolking een osteopaat had geconsulteerd (6,7% als enkel de personen met ziektepatronen worden gerekend). Noteer dat het KCE-onderzoek was gebaseerd op een veel kleinere steekproef dan die van het WIV en geen rekening hield met de bevolking onder de 18 jaar²⁷.

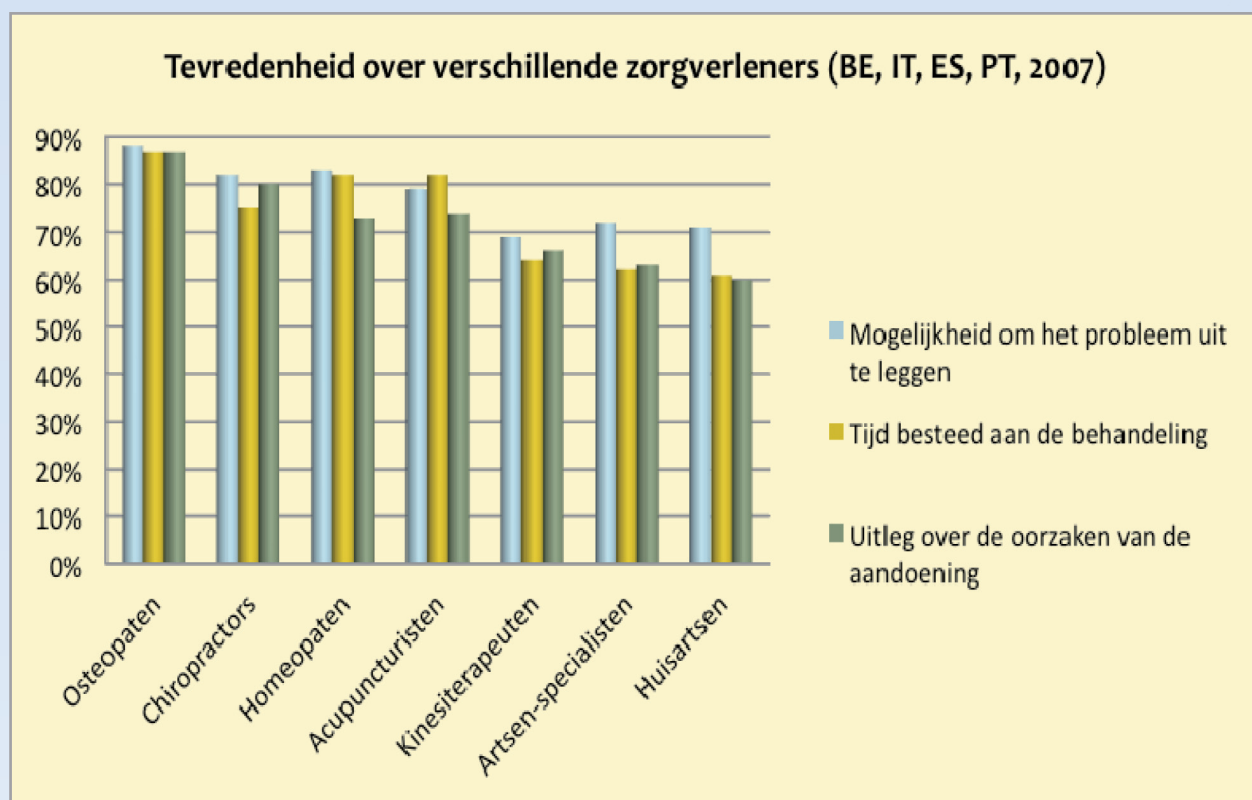
Over het algemeen zijn patiënten van osteopaten tevreden of zelfs zeer tevreden over hun osteopaat. Het vertrouwen in de osteopaat en zijn zorg is groot. Dit blijkt uit alle onderzoeken die hierover in binnen- en buitenland zijn gevoerd. Patiënten die ontevreden zijn over de toegediende zorgen vormen een kleine minderheid. Als er al ontevredenheid is, dan gaat het over mensen die ook ontevreden zijn over hun artsen en andere conventionele zorgverleners.

Interessant is een andere bevinding uit het KCE-rapport: het feit dat twee derden van de bevolking nog geen beroep gedaan heeft op een osteopaat of een andere niet-conventionele praktijk heeft slechts bij één kwart onder hen te maken met gebrek aan vertrouwen. De voornaamste redenen zijn gebrek aan kennis (34%), geen behoefte (18%), en te duur of te ver (14%).

²⁷ Ibid.

Ook de Verbruikersunie heeft in het verleden verschillende malen onderzoek gedaan naar de tevredenheid van patiënten over de niet-conventionele praktijken in het algemeen en osteopaten in het bijzonder. Reeds bij een eerste onderzoek in 1982 bleek dat 87% van de patiënten die verzorgd werden door een niet-conventionele zorgverlener, daarover tevreden waren. In het onderzoek van 2002 over de osteopathie²⁸ werden vragen gesteld over de mogelijkheid voor de patiënt om zijn probleem uit te leggen, het begrip en de deskundigheid van de zorgverlener, en de tijd die voor de patiënt wordt uitgetrokken. De osteopaten haalden voor deze criteria gemiddelde scores van 9,0 en 9,1 op 10, tegenover gemiddeld 8,2 en 8,3 op tien voor hun arts.

In het onderzoek naar de alternatieve geneeswijzen²⁹ bleek dat de tevredenheid over osteopathie het hoogst was van alle zorgverstrekkers, zowel conventionele als niet-conventionele (en dit niet enkel in België maar ook in Italië, Spanje en Portugal): 88% was tevreden over de mogelijkheid om het probleem uit te leggen aan de zorgverstrekker, 87% over de tijd besteed aan de behandeling en 87% over de informatie verkregen over de oorzaken van hun aandoening (zie Figuur 7). Hoewel Delterne en Sermeus de nodige reserve uitten voor wat betreft de daadwerkelijke doeltreffendheid van een geneeswijze kunnen we niet naast de cijfers, waarbij de osteopathie een tevredenheid van 77% laat optekenen voor wat betreft de resultaten van de behandeling.



Figuur 7 : Tevredenheid over verschillende zorgverleners (overgenomen uit De Gendt et al., 2010)

84% van de ondervraagde personen gaf bovendien aan dat ze osteopathie zouden aanraden aan familie of vrienden.

²⁸ Nauwelaers, I.; Sermeus, G. In handen van de osteopaat. Test gezondheid nr. 52. Brussel: Verbruikersunie. 2003.

²⁹ Delterne, E.; Sermeus, G. Enquête: alternatieve geneeswijzen. Test gezondheid nr. 81. Brussel: Verbruikersunie. 2007.

Deze resultaten zijn consistent met de eerdere onderzoeken van de Verbruikersunie, met deze van het KCE en ander buitenlands onderzoek. Ook studies in het VK wijzen immers op een zeer hoge tevredenheid van patiënten over hun osteopathische zorg. Het OPEN studieproject van de University of Brighton³⁰ kwam zelfs tot 96% van de patiënten die tevreden of zeer tevreden waren met de osteopathische zorg; slechts 0,3% was niet tevreden. Eerder onderzoek van de GOsC³¹, het controleorgaan voor de osteopathie in het VK, ging in dezelfde richting: 80% van de mensen die een osteopaat hadden bezocht, waren tevreden of zeer tevreden over hun behandeling; 50% zei dat het zeer waarschijnlijk was dat ze osteopathie zouden aanbevelen aan een vriend.

Uit onderzoek blijkt dat de osteopathie een bewezen effectiviteit heeft voor wat betreft nek- en lage rugpijn³². Enkele studies suggereren dat osteopathische zorg kostenbesparend is, de nood aan medicatie doet afnemen, de patiënt aan minder diagnostische testen blootstelt en in vele gevallen een verminderd risico op complicaties geeft³³.

De totale omzet, gedragen door de patiënten die een beroep doen op osteopathische zorg, wordt geschat tussen de 89 à 93 miljoen EUR³⁴. Het RIZIV voorziet hiervoor geen terugbetaling. Er is wel een beperkte tussenkomst voorzien uit de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen. Dit betekent concreet dat voor de osteopaten geen enkele EUR aan gemeenschapsgeld uitgegeven wordt.

Integendeel, mochten de zorgvragers behandeld worden door zorgverleners die wel functioneren binnen de RIZIV nomenclatuur (huisartsen, apothekers en kinesitherapeuten in de meeste gevallen) dan kunnen wij berekenen dat dit minstens honderdvijftig miljoen EUR zou kosten aan de gemeenschap (consultaties, pijnstillers en ontstekingsremmers, kinesitherapiebehandelingen) en dit zonder eventuele meerkosten van bijkomende beeldvorming (radiografieën, CT of MNR) of gespecialiseerde zorg. Ook de bijwerkingen van de medicatie, en de eventuele medische kosten daaraan verbonden, zijn niet in rekening gebracht. Daarenboven zien wij dat patiënten die adequaat geholpen worden terug sneller aan de slag kunnen, zodat dit een bijkomende aanzienlijke besparing is binnen het budget van de sociale zekerheid en/of de werkgever.

Bovendien zien we een evolutie op internationaal niveau naar wettelijke erkenning en regulering en het opnemen van de osteopathie als specifiek zorgberoep in de eerste lijn binnen de reguliere gezondheidszorg (Verenigde Staten, Verenigd Koninkrijk, Nieuw-Zeeland, Australië, Noorwegen, Zwitserland, Frankrijk, Finland, Malta).

De maatschappelijke relevantie van de osteopathie staat alvast als een paal boven water.

Volgens het KCE deden, in 2010, 6,7% van de Belgen beroep op een osteopaat. Daarmee is de osteopathie met verve de meest geconsulteerde niet-conventionele geneeswijze. De tevredenheid van de patiënt met betrekking tot de osteopathie is het hoogst van alle zorgverstrekkers. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat de osteopathie een bewezen effectiviteit heeft voor wat betreft nek- en lagerugpijn. Daarenboven suggereren studies dat osteopathie kostenbesparend is. Steeds meer landen binnen de EU verlenen aan de osteopathie een wettelijk statuut.

³⁰ Leach, J. Et al. The OPEN project investigating patients' expectations of osteopathic care. Full research report. University of Brighton. 2011.

³¹ Ibid.

³² Zie hiervoor KCE rapport en een uitgebreide literatuurlijst in het Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, GNRPO vzw.

³³ World Health Organization (WHO). Benchmarks for Training in Osteopathy, 2010 http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599665_eng.pdf

³⁴ Louis Ide (N-VA), Algemene Pharmaceutische Bond (APB), het InterMutualistisch Agentschap (IMA) en verzekeringsmaatschappij DKV in De Standaard [25/01/2013]

6. Hoe verloopt een osteopathische consultatie?

De osteopaat realiseert de zorg voor de patiënt in de eerste lijn^{35,36,37,38}. Vooraleer over te gaan tot een therapeutische interventie wordt een anamnese en een klinisch onderzoek verricht om tot een werkhypothese te komen. Om contra-indicaties voor een therapeutische interventie uit te sluiten en op die manier de veiligheid van de patiënt te garanderen zal de osteopaat eventueel complementaire onderzoeken aanvragen. Artikel 9 § 3 van de Wet Colla bepaalt immers dat elke beoefenaar van een geregistreerde niet-conventionele praktijk alle voorzorgen [moet] nemen om te voorkomen dat zijn patiënt een conventionele behandeling wordt ontzegd.

Daarna stelt hij een zorgplan voor de patiënt op en, indien nodig (indicaties voor problemen buiten de eigen competentie), verwijst hij hem door naar andere gezondheidszorgers. De osteopaat kadert zijn probleemanalyse en interventie in de specifieke verwachtingen van de patiënt. Hij herevalueert op regelmatige basis zijn werkhypothese. In functie hiervan past hij zijn behandeling aan en/of heroriënteert hij de patiënt. In het kader van *good clinical practice* verwijst hij de patiënt door voor bijkomend onderzoek dat door hem noodzakelijk wordt geacht.

De behandelingsduur en de frequentie zijn afhankelijk van de individuele patiënt/zorgvrager en zijn klacht. De patiënt wordt hierover geïnformeerd, alsook over eventuele veranderingen in diagnose, behandelingsplan, bijkomende klinische onderzoeken en/of doorverwijzing.

De osteopathie is gebaseerd op handelingen die kunnen worden getoetst aan de experimentele wetenschappen, en die de volgende hoofdrubrieken omvatten³⁹ :

- Het bepalen van een werkhypothese in het osteopathisch diagnoseproces die bestaat uit het waarnemen van mobiliteitsdisfuncties en van spanning in de verschillende weefsels.
- Manuele technieken op zachte weefsels en mobilisaties van gewrichten, met inbegrip van wat conventioneel wordt verstaan onder manipulaties.
- Het uitvoeren van een klinisch onderzoek geïnterpreteerd op basis van fysiologische, semio-logische en anatomische kennis, ondersteund door statische en dynamische palpatie van de getroffen structuren.
- Het hanteren van een reeks tests die eigen zijn aan het beroep, en de interpretatie van de resultaten.
- De evaluatie van het spier- en beenderstelsel.

³⁵ Art.9 §2 van de Wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.

³⁶ Advies K2 van de Kamer voor Osteopathie van 11 september 2012 betreffende de definitie van osteopathie conform aan de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.

³⁷ 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

³⁸ Advies K3 van de Kamer voor Osteopathie van 12 juni 2012 betreffende het opleidingsniveau om het vereiste profiel in de osteopathie te behalen.

³⁹ Advies K5 van de Kamer voor Osteopathie van 9 oktober 2012 betreffende de lijst met niet-toegestane en toegestane handelingen voor de osteopaten.

De osteopaat dient, via de anamnese en zijn klinisch onderzoek, in staat te zijn om elke patiënt met symptomen die wijzen op een pathologie die niet onder zijn discipline vallen, door te verwijzen en is hiertoe op grond van artikel 9 § 3 van de Wet Colla ook wettelijk verplicht.

De osteopaat moet minstens in staat zijn om de volgende technische handelingen uit te voeren:

- Het nemen van de hartslag.
- Het nemen van de bloeddruk.
- Het nemen van de temperatuur.
- Het testen van de peesreflexen.
- De uitvoering van een onderzoek betreffende de craniale zenuwen.
- Het onderzoek van de perifere gevoeligheid en van de motoriek.

Onder bepaalde voorwaarden die nog moeten worden bepaald door de Koning:

- Het voorschrijven van standaard röntgenstralen en NMR zonder contrastproducten (cf. het competentieprofiel in bijlage, dat door de Kamer voor Osteopathie tijdens de vergadering van 17 juli 2012 werd goedgekeurd).

De praktijk van de osteopathie bestaat IN GEEN GEVAL uit:

- Functionele revalidatie.
- Het aanwenden van elektrotherapie of mechanotherapie.
- Alle doorboringen van de huid met inbegrip van de slijmvliezen met gelijk welk type van naalden.
- Ingrepen met de verloskunde als voorwerp, of ingrepen die als dusdanig worden voorgesteld.
- Het gebruik van elektrisch, diagnostisch of mechanisch therapeutisch materiaal; met uitzondering van het materiaal dat wordt gebruikt voor de zogenaamde 'haken'- of 'crochetage'-technieken (diacutane fibrolyse).
- Het gebruik van een endoscoop, katheters - uitvoering van een injectie of punctie - uitvoering van narcose.
- Het gebruik van ioniserende of radioactieve bronnen of van X-stralen.
- Cardioversie of wijziging van het hartritme of elektroconvulsie door elektrische stimulatie.
- Steenvergruizing.
- Manipulatie van voortplantingscellen en menselijke embryo's en andere verstrekkingen met als doel onvruchtbaarheid bij de mens te stimuleren of te verhelpen.
- Het voorschrijven of het afleveren van geneesmiddelen.
- Het opstellen van een medisch attest.
- De behandeling van de mentale gezondheid.

De praktijk van de osteopathie mag noch uitgeoefend, noch geattesteerd worden als een kinesitherapeutische of conventioneel geneeskundige verstrekking.

De erkende beroepsverenigingen voor osteopathie stellen vast dat in het advies K5 van de Kamer voor Osteopathie de functionele revalidatie en het attesteren van kinesitherapie door een osteopaat NIET toegestaan is. Hieruit blijkt eens te meer dat osteopathie en kinesitherapie twee autonome beroepen zijn.

Daarenboven onderbouwen volgende vaststellingen de noodzaak voor het uitsluitend beoefenen van de osteopathie (decumulatie) met de beoefening van de kinesitherapie:

- Verschillend juridisch statuut (KB nr. 78 - Wet Colla);
- Verschillende toegankelijkheid (RIZIV-gebonden - niet-RIZIV-gebonden);
- Misbruik van RIZIV-middelen voorkomen (osteopathische prestaties attesteren onder kinesitherapienomenclatuur);
- Exclusieve beoefening leidt tot hogere vakbekwaamheid van de beide beroepen;
- Dichotomie binnen de eigen praktijk uitsluiten ten bate van de patiënt;
- Duidelijkere profilering naar de andere zorgverleners toe.

De beroepsgroep pleit voor het toepassen van deze decumulatie ook met betrekking tot andere gezondheidsberoepen, omwille van dezelfde redenen.

De osteopaat realiseert de zorg voor de patiënt in de eerste lijn. Na het bepalen van een werkhypothese in het osteopathisch diagnoseproces wordt de patiënt behandeld met manuele technieken. Hij beoefent enkel de osteopathie.

De osteopaat houdt zich strikt aan de bepalingen binnen het beroepscompetentieprofiel en indien hij vaststelt dat de problematiek buiten zijn werkveld valt, verwijst hij de patiënt door naar een bevoegd zorgverlener.

7. Osteopathie: een veilige geneeswijze

Het schaarse onderzoek dat hierrond werd gevoerd, toont aan dat er weinig tot geen neveneffecten worden vermeld na een osteopathische behandeling. Als er dan al ongewenste effecten worden gemeld, zijn deze meestal zeer mild en van korte duur (zoals stijfheid, vermoeidheid, lichte hoofdpijn, ...) ⁴⁰.

Voor wat betreft de in de media veelbesproken en de zogenaamd sterk gevreesde nekmanipulaties, bestaat er eenvoudigweg te weinig cijfermateriaal uit klinische studies om tot een gefundeerde uitspraak te komen. Dit is ook de conclusie van het KCE-rapport.

Fundamenteel onderzoek ^{41,42,43} toont aan dat de mechanische belasting tijdens deze cervicale manipulaties niet verantwoordelijk kan geacht worden voor deze zware complicaties en klinisch onderzoek ^{44,45} toont aan dat de zware risico's waarvan sprake, uiterst zeldzaam zijn. Zo zeldzaam dat het bijna onmogelijk lijkt om een prospectieve studie hierover te maken ⁴⁶. Het is ook zo dat de studies die berichten over deze zware complicaties, meestal retrospectieve case-control studies en case reviews zijn, die veelal tot niet éénduidige conclusies komen en dat dit type van studie geen uitspraak kan doen over een mogelijk causaal verband tussen cervicale manipulaties en het optreden van een CVA of een cervicale arteriële dissectie ⁴⁷.

Eén onderzoek (als uitzondering een prospectieve studie) stelt dat de voordelen van manipulatieve interventie voor patiënten met nekpijn, de risico's overstijgen ⁴⁸. Daarenboven is ons geen enkel onderzoek bekend waar enkel osteopaten het onderwerp uitmaken van deze vraagstelling.

We kunnen in elke geval nog meegeven dat de beroepsgroep van osteopaten in België, als eerste-lijnsgezondheidszorg, de laagste verzekeringspremie betaalt voor burgerlijke aansprakelijkheid en dat bovenaan op de lijst van redenen voor tussenkomst van de verzekering de nood van de patiënt aan een "bril" prijkt.

Fundamenteel en klinisch onderzoek toont aan dat de osteopathie een veilige geneeswijze is. Deze informatie komt overeen met het feit dat de osteopaten een zeer kleine verzekeringspremie BA betalen en dat er het laatste decennium geen enkel noemenswaardig schadegeval bij de verzekeraars bekend is.

⁴⁰ Rajendran D., Mullinger B., Fossum C., Collins P., Froud R. Monitoring self-reported adverse events: A prospective, pilot study in a UK osteopathic teaching clinic, *IJOM*, 2009; 12(2): 49-55 - <http://www.eso.ac.uk/documents/AdverseEventsPaper.pdf>

⁴¹ Klein P., Broers C., Feipel V., Salvia P., Van Geyt B., Dugailly P.M. Global 3D head-trunk kinematics during cervical spine manipulation at different levels, *Clin Biomech*, 2003; 18(9): 827-31

⁴² Wuest S., Symons B., Leonard T., Herzog W. Preliminary report: biomechanics of vertebral artery segments C1-C6 during cervical spinal manipulation, *J Manipulative Physiol Ther.* 2010; 33(4): 273-8

⁴³ Herzog W., Leonard T.R., Symons B., Tang C., Wuest S. Vertebral artery strains during high-speed, low amplitude cervical spinal manipulation, *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 2012; 22: 740-746

⁴⁴ Carlesso L., Gross A., Santaguida P., Burnie S., Voth S., Sadi J. Adverse events associated with the use of cervical manipulation and mobilization for the treatment of neck pain in adults: A systematic review. *Manual Therapy*, 2010; 15 (5): 434-444

⁴⁵ Carnes D., Mars T., Mullinger B., Froud R., & Underwood M. Adverse events and manual therapy: A systematic review. *Manual Therapy*, 2010; 15 (4): 355-363

⁴⁶ Morichetti J, Meslé R. Risques liés aux manipulations du rachis cervical: Revue de littérature, *ApoStill*, 2009; 20: 13-29

⁴⁷ Vogel S. Adverse events and treatment reactions in osteopathy, *IJOM*, 2010; 13:83-84

⁴⁸ Rubinstein S.M., Leboeuf-Yde C., Knol D.L., de Koekkoek T.E., Pfeifle C.E., van Tulder M.W. The benefits outweigh the risks for patients undergoing chiropractic care for neck pain: a prospective, multicenter, cohort study, *J. Manipulative Physiol. Ther.*, 2007; 30: 408-18

8. Osteopathie: een evidence-informed practice in de eerste lijn

8.1 Osteopathie als evidence-informed practice

De beroepsgroep van osteopaten is zich terdege bewust van het feit dat evidence based medicine (of *healthcare*) en dus ook *evidence based* (of *informed*) *osteopathy*, niet meer weg te denken is als basis voor het nemen van beleidsbeslissingen maar vooral ook voor het nemen van beslissingen in de alledaagse osteopathische praktijk.

De EBM heeft echter een facelift ondergaan. Wanneer de inhoud van de definitie van EBM in 1995 nog gaat om de best evidence, werd in 1996, onder druk van klinici, eraan toegevoegd dat het gaat: “... about integrating individual clinical expertise and the best external evidence”.

Tenslotte wordt de definitie in 2000 nog eens vervolledigd en komen we bij de driepoot EBM terecht: “Evidence based medicine is the integration of the best research evidence with clinical expertise and patient’ values.”⁴⁹

In deze “driepoot” vindt men de variabelen terug die van belang kunnen zijn om de beleidsmakers objectief te informeren over de meerwaarde van de osteopathie in onze gezondheidszorg. Ook in het KCE-Rapport 148A komen deze variabelen duidelijk aan bod. De “best research evidence” is terug te vinden in het hoofdstuk van de „klinische evidentie en neveneffecten” (zie dit hoofdstuk in voorliggend document), „clinical expertise” wordt het best benaderd vanuit de opleiding (zie hoofdstuk 4 in dit document) en de „patient’ values” worden in het sociologische deel van het rapport onder de loep genomen (zie hoofdstuk 5 in dit document). Zowel voor wat betreft haar opleiding als voor haar maatschappelijke relevantie heeft de osteopathie goede geloofsbrieven voor te leggen.

Evidence based (informed) osteopathy (EBO) staat voor een osteopathie die haar eigen kennis- en ervaringschat met inzichten uit het wetenschappelijk onderzoek kritisch aftoetst, om op die manier voor een concreet klinisch geval een optimale oplossing te vinden of strategie te ontwikkelen⁵⁰. Let wel: wat vandaag als “best mogelijk beschikbare evidentie” geldt (lees ook: het best “aangewezen” lijkt), kan morgen reeds achterhaald zijn. Wanneer er vandaag zeer goede evidentie bestaat, bestaat er beslist ook minder goede, ja zelfs zwakke evidentie – die desalniettemin evidentie blijft. De best mogelijk beschikbare evidentie kan dus ook (absoluut gezien) vrij zwak zijn. Is deze evidentie vrij zwak vandaag, dan is dit nog steeds beter dan geen evidentie.

⁴⁹ van Leeuwen E., Wordt de medische ethiek ondiep? Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Medische ethiek aan het UMC St Radboud van de Radboud universiteit Nijmegen op 26.04.2000 <http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/2066/30018/1/30018.pdf>; deze definitie is een aangepaste versie van deze van Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't, BMJ, 1996, Jan 13; 312(7023): 71-2

⁵⁰ Dit gaat hand in hand met reeds ontwikkelde en nog te uit te werken clinical guidelines for good practice.

Er zijn aldus deelgebieden binnen de osteopathie als niet conventionele geneeswijze die als meta-analyse een zeer sterke evidentie tonen⁵¹ en er zijn ook deelgebieden die als *case-report* bijvoorbeeld een zwakkere evidentie tonen⁵². Daarenboven steunt de osteopathie zich op kennis binnen de basiswetenschappelijke vakgebieden zoals, onder andere, de biomechanica, die in vele gevallen een sterke evidentie tonen en waaraan de osteopathie actief meewerkt met het uitvoeren van onderzoek (hiervan getuigt o.a. het onderzoekswerk aan de ULB – dienst osteopathie). Dit alles maakt dat de vraag of de osteopathie *evidence-based* is, niet de juiste vraag is. Sterker: dit maakt dat de gratuite bewering dat osteopathie niet *evidence-based* zou zijn, verdacht, niet serieus en verstoken van ook maar enige evidentie. Er bestaat geen kantelmoment dat aangeeft of iets al dan niet *evidence-based* is. Hoe groot zou deze *body of evidence* dan wel moeten zijn om dit kantelmoment te bereiken? Evidentie in de osteopathie bestaat op vele gebieden, ook wanneer er soms maar één enkele gerandomiseerde klinische studie bestaat. Natuurlijk wordt de evidentie groter naarmate er meerdere studies voorliggen en naarmate we hoger opklimmen op de evidentie-piramide. Beide betrachtingen, met name, het verhogen van de hoeveelheid wetenschappelijke studies in de osteopathie en het opklimmen van de wetenschappelijke studies in de evidentie-piramide, zijn prioritair voor onze beroepsgroep.

We kunnen en willen ons niet verschuilen achter het tu quoque-argument dat ook de conventionele geneeskunde voor slechts 10-20% *evidence-based* zou zijn. Deze schatting die in 1979 door Dr. White in een officieel American Congress-rapport de wereld werd ingestuurd en in 1983, bij gebrek aan tegenargumenten, in een even officieel rapport werd herhaald, is heden natuurlijk achterhaald. In een artikel van 2000⁵³ lezen we dat er voor een gemiddelde van 37,02% van de interventies uit de geneeskunde een ondersteuning is uit *Randomized Clinical Trials* (RCTs) en een gemiddelde van 76% van deze interventies wordt door enige andere vorm van overtuigende evidentie ondersteund. We mogen er van uitgaan dat deze cijfers na ruim tien jaar van onderzoek nog wat hoger zullen liggen⁵⁴.

Anderzijds zouden we ook kunnen stellen dat, wanneer blijkt dat patiënten een osteopaat voornamelijk raadplegen voor musculo-skeletale klachten (in hoofdzaak rug- en nekklachten)⁵⁵ en dat we net hiervoor een bewezen effectiviteit kunnen leveren, we misschien bij de beste leerlingen van de gezondheidszorgklas kunnen gerekend worden.

Wanneer men in het KCE-rapport concludeert dat de osteopathie effectief is voor lagerug- en nekpijn, en wanneer zelfs gesteld wordt dat manuele interventies beter zijn dan de klassieke aanpak van de huisarts en bovendien onderzoek aantoonde dat osteopathie minder gepaard gaat met neveneffecten en kostensparend kan zijn⁵⁶, dan zijn er zeer valabele redenen waarom osteopathie eerste keuze zou moeten zijn bij de behandeling van deze klachten^{57,58}.

⁵¹ Als voorbeeld: Licciardone J.C., Brimhall A.K., King L.N., Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2005, 6:43

⁵² Als voorbeeld: Zegarra-Parodi R., Allamand P., Osteopathic management of an adult patient suffering from trigeminal neuralgia after a post-operative Arnold Chiari type 1 decompression: Case report, *IJOM*, 2010, 13: 124

⁵³ Imrie R., Ramey D.W., The evidence for evidence-based medicine, *Complementary Therapies in Medicine*, 2000, 8: 123-126

⁵⁴ Anderzijds is het geen ad hominem argument meer wanneer in een enquête van De Huisarts (nr. 490, 5 januari 2000, 4) slechts één vijfde van de conventionele huisartsen van oordeel is dat elke therapie evidence based moet zijn en dat slechts 10% van de artsen verklaart nooit geneesmiddelen voor te schrijven die volgens hen overbodig zijn.

⁵⁵ Ongeveer 65% aan wervelzuiklachten werden er gerapporteerd in het SDC-Project in het Verenigd Koninkrijk en een vrijwel gelijkwaardig percentage in het KCE-Rapport. http://www.osteopathy.org.uk/uploads/standardised_data_collection_finalreport_24062010.pdf

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ American Osteopathic Association. American Osteopathic Association guidelines for osteopathic manipulative treatment (OMT) for patients with low back pain. Chicago (IL): American Osteopathic Association; 2009, Jul. 24 p. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=15271>

⁵⁸ Savigny P, Kuntze S, Watson P, Underwood M, Ritchie G, Cotterell M, Hill D, Browne N, Buchanan E, Coffey P, Dixon P, Drummond C, Flanagan M, Greenough C, Griffiths M, Halliday-Bell J, Hettinga D, Vogel S, Walsh D. Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain, 2009, London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11887/44334/44334.pdf>

Het is mogelijk dat andere consultatiemotieven, die verband houden met andere functies zoals het spijsverteringsstelsel of de bloedsomloop, zich in de toekomst duidelijker manifesteren als een osteopathische indicatie. Zij kunnen aan het licht komen door klinisch en door fundamenteel onderzoek dat voortaan toegankelijk is aan de universiteit. De beroepsgroep wil, met betrekking tot deze verbreding van indicaties binnen de osteopathie, voldoende evidentie verzamelen, zodat deze een correctere weerspiegeling kan bieden voor wat we als osteopaat in onze alledaagse praktijk mogen ervaren.

Feit is dat de overgrote meerderheid van de osteopaten zich gegroepeerd heeft rondom een gemeenschappelijk objectief⁵⁹: osteopaten opleiden aan de universiteit zodat er onderzoeksprogramma's kunnen opgesteld worden, er zich een kritische geest kan ontwikkelen, zich ontdoen van obscure en achterhaalde theorieën en de nodige elementen uit de geneeskunde onderwezen kunnen worden die noodzakelijk zijn voor een goede praktijk. Hiermee worden op een pragmatische wijze de bezorgdheden van de decanen van de medische faculteiten overkomen en weerlegd.

De bovenstaande doelstellingen zijn vandaag reeds gerealiseerd. De ULB, in samenwerking met zijn faculteit geneeskunde, organiseert reeds gedurende acht jaar deze cursus. De osteopaten die deze opleiding hebben gevolgd, vinden met gemak hun plaats tussen de reeds gevestigde gezondheidszorgberoepen. Zij werken op het terrein vruchtbaar samen met andere actoren binnen de gezondheidszorg en vormen geenszins een concurrentiële bedreiging voor de kinesitherapeuten of de huisartsen.

Daarenboven is de schadestatistiek bij de BA-verzekering bijzonder positief; de lage premie toont dit aan. De resultaten van het onderzoekswerk binnen de dienst osteopathie worden gepubliceerd. Een osteopathische klinische dienst zal binnenkort zijn deuren openen in één van onze meest prestigieuze universitaire ziekenhuizen en in alle hospitalen samen stijgen de consultaties fors in aantal. Onze studenten lopen stage op de dienst orthopedie, neurochirurgie, de spoedafdeling enz.

Sinds we acht jaar geleden zijn opgenomen binnen de universiteit, zijn er meerdere doctoraats-theses gerealiseerd en andere werden opgestart. Een wetenschappelijk tijdschrift met een leescomité werd opgericht⁶⁰. Een veelheid van artikels, handelend over de mogelijke risico's van een manipulatie en de biomechanica van de manipulatie, werden gepubliceerd in gerenommeerde vak-tijdschriften. Achterhaalde theorieën, zoals bijvoorbeeld het vitalisme, werden naar analogie met wat er binnen de geneeskunde heeft plaatsgevonden, verwezen naar de lessen geschiedenis.

Het beeld van de *evidence based medicine* dat sommige academici ons voorhouden is bedriegelijk. Er is a priori niet meer EBM in de conventionele geneeskunde dan in de osteopathie. Waar de fysische geneeskunde of de psychiatrie specialiteiten zijn die vele jaren universitaire studies vragen, is dit zeker niet te danken aan hun EBM-gehalte. De ware reden is echter dat de mentale gezondheid of het aanwenden van fysische technieken voor het behandelen van ziektes te ernstige disciplines zijn om geen deel uit te maken van onderwijs en of onderzoek op universitair niveau. De universiteiten doceren de geneeskunde omdat er zieken zijn en niet omdat ze 100 % *evidence-based* is. Precies dit is de betekenis die er werd gegeven aan de opleiding osteopathie aan de ULB. Deze opleiding vindt plaats binnen de faculteit motorische wetenschappen, is gespreid over zes jaar en wordt georganiseerd in nauwe samenwerking met de faculteit geneeskunde. De osteopathie wordt niet als alternatief voor de conventionele geneeskunde beschouwd maar als een mogelijk antwoord op een aantal gezondheidsproblemen in overleg met andere zorgverleners.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ <http://www.larevuedelosteopathie.com/>

Samenvattend kunnen we ons afvragen hoe wijdverbreid de osteopathie dan wel moet zijn om de beleidsmakers ervan te overtuigen dat haar maatschappelijke relevantie onomstotelijk is, dat ze wel degelijk *evidence-based* (of *-informed*) is en een wettelijke erkenning en regulering verdient? Wat dient er nog te gebeuren om ook aan Vlaamse kant een universiteit te overtuigen van haar plichten om een maatschappelijke realiteit, overigens niet geheel verstoken van evidentie en gebruikmakend van dezelfde basiswetenschappelijke fundamenteën als de conventionele geneeskunde, onder ogen te zien en hiervoor een degelijke opleiding met onderzoeksfaciliteiten uit te bouwen om tegemoet te komen aan de gevraagde klinische expertise? Vooral, hoe groot dient onze *body of evidence* dan wel te moeten zijn om voldoende kritische massa bereikt te hebben die de antwoorden op de twee eerder gestelde vragen kunnen dragen?

De strategie in de zoektocht naar duurzame oplossingen dient best geïnspireerd te worden door de plicht van de beleidsmakers en de bevoegde instanties om de patiënt te begeleiden (lees vooral ook “te beschermen”⁶¹) bij hun vrije keuze van zorg⁶². Wanneer de patiënt een bewuste keuze voor osteopathische zorg heeft gemaakt, is het de morele plicht van de beleidsmakers om te zorgen voor een juridisch kader dat zijn veiligheid en rechten maximaal vrijwaart en dient een gedegen opleiding en een gepaste omkadering en middelen voor het doorvoeren van wetenschappelijk onderzoek te worden voorzien die het de osteopaat moet in staat stellen de beste zorg aan te bieden.

We nemen als beroepsgroep graag onze verantwoordelijkheid op om van onze osteopathie een nog bredere *evidence-informed practice* te maken die leidt tot zorg op maat van de patiënt en die niet dreigt te verzanden in een “maat op zorg”, waarvoor men het argument van de EBM wel eens pleegt te misbruiken.

Bijkomende informatie

Er bestaan heel wat wetenschappelijke vaktijdschriften over de osteopathie⁶³, waarvan er twee een *impact factor* hebben, namelijk de *International Journal of Osteopathic Medicine*⁶⁴ en *The Journal of the American Osteopathic Association*⁶⁵.

De drie belangrijkste onderzoekscentra in de osteopathie zijn⁶⁶:

- Osteopathic Research Center (ORC) (Fort Worth, Texas, USA);
- ATSU Research Institute (Kirksville, Missouri, USA);
- National Council for Osteopathic Research (NCOR - University of Brighton, UK).

Wanneer men een idee wil krijgen van wat er reeds aan evidentie bestaat binnen de osteopathie, kan men de bijlagen V en VI van het beroepscompetentieprofiel osteopathie⁶⁷ raadplegen. Daarenboven is het mogelijk om zich in te schrijven voor een nieuwsbrief van de Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion vzw (CORPP vzw)⁶⁸ die maandelijks een nieuwe lading osteopathisch onderzoek uit *peer-reviewed journals* aan haar geregistreerden bezorgt⁶⁹.

⁶¹ In onze risico-maatschappijen verwachten de burgers dat de overheid steeds meer hun “right to safety” bovenop hun “right to security” beschermt; in Raes K, *Controversiële rechtsfiguren: rechtfilosofische excursies over de relaties tussen ethiek en recht*, Academia Press, 2001 In dit kader dient ook een masterdiploma in de osteopathie gezien te worden en instanties, zoals een Tuchtraad voor Osteopaten, een systeem voor permanente vorming, enz.

⁶² Het KB van 22.08.2002 betreffende de bescherming van de patiënt garandeert de vrije keuze en verwijst in deze ook naar de niet-conventionele zorgverstrekker (art 2 § 3).

⁶³ <http://www.corpp.org/databases/osteopathic-journals>

⁶⁴ <http://ees.elsevier.com/ijom/>

⁶⁵ <http://www.jaoa.org/>

⁶⁶ <http://www.corpp.org/databases/research-centers-in-osteopathic-medicine>

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ <http://www.corpp.org/home>

⁶⁹ Als voorbeeld: <http://www.corpp.org/newsletter/corpp-newsletter-january-2013>

8.2 Osteopathie in de eerste lijn

Wanneer blijkt:

- dat patiënten een osteopaat voornamelijk raadplegen voor musculoskeletale klachten⁷⁰,
- dat de universitaire masteropleiding tot osteopaat precies hiervoor “specialisten” opleidt,
- dat de patiënten een grote tevredenheid laten optekenen voor wat betreft de resultaten van de behandeling,
- dat er volgens de verzekeraars het laatste decenium geen schadegevallen van betekenis zijn gerapporteerd,

is het als vanzelfsprekend te noemen dat de wetgever er voor gekozen heeft om de osteopaat een eerstelijnsfunctie te laten waarnemen voor deze musculoskeletale aandoeningen (Wet Colla, Art.9 §2; Advies van de Kamer voor Osteopathie K2, 12/06/2012; BCP, 12/06/2012).

Musculoskeletale pijnen komen in alle bevolkingsgroepen vaak voor en kosten de individuele patiënt en de maatschappij in het algemeen, handenvol geld. Aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn steeds één van de meest gemelde beroepsziekten geweest en zijn het op één na belangrijkste consulatiemotief bij de huisarts⁷¹. In het VK werden, in de periode 2008-2009, naar schatting 9,3 miljoen werkdagen verloren door deze aandoeningen⁷². In Denemarken wordt een kwart van alle gezondheidsgerelateerde invaliditeitspensioenen toegekend als gevolg van aandoeningen van het bewegingsapparaat en een Deen dient rekening te houden met een gemiddelde van zeven jaar slechtere levenskwaliteit, als gevolg van musculoskeletaal-gerelateerde pijn en invaliditeit⁷³.

De meest voorkomende musculoskeletale pijnklachten zijn: lagerugpijn, schouderpijn, nekpijn, kniepijn gevolgd door een wijdverbreide pijn⁷⁴.

De stijgende levensverwachting met de daaraan gekoppelde stijging in de verhouding van ouderen in onze maatschappij, zal ook de impact van deze problemen en de vraag naar zorg voor deze musculoskeletale pijnklachten doen toenemen⁷⁵.

Foster et al⁷⁶. besluiten dat, in het kader van de maatschappelijke draaglast met betrekking tot musculoskeletale aandoeningen en recente onderzoeksresultaten betreffende de beste zorg voor deze patiënten, er voldoende argumenten zijn om de verantwoordelijkheid (lees: eerstelijnsfunctie) voor het eerste onderzoek en de behandeling van patiënten met musculoskeletale klachten uit te breiden naar andere beroepsgroepen, zoals de osteopathie.

Herkennen van ernstige musculoskeletale pathologieën

Ondanks het feit dat de osteopaat een degelijke opleiding heeft genoten en zodoende onderlegd is om met kennis een uitsluitingsdiagnose uit te voeren (K2, 11.09.2012), toont onderzoek aan dat ernstige pathologieën zelden (0,9 %) voorkomen bij dit soort van klachten⁷⁷.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Department of Health: The Musculoskeletal Services Framework - A Joint Responsibility: Doing it Differently. London: Department of Health; July 2006.

⁷² Health and Safety Executive: Musculoskeletal disorders (MSDs) in Great Britain (GB) <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/musculoskeletal/index.htm>

⁷³ Kjølner M, Kamper-Jørgensen F (Eds): Public Health Report, Denmark 2007 [in Danish]. Copenhagen: Danish National Institute of Public Health, University of Southern Denmark; 2007

⁷⁴ Picavet HS, Schouten JS: Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC3-study, Pain, 2003, 102:167-178.

⁷⁵ Ibid.

⁷⁶ Foster N.E., Hartvigsen J., Croft P.R. Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis, Arthritis Research & Therapy, 2012, 14: 205 <http://arthritisresearch.com/content/14/1/205>

⁷⁷ Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, York J, Das A, McAuley JH: Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain, Arthritis Rheum 2009, 60: 3072-3080 http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/art.24853/asset/24853_ftp.pdf?v=1&t=hek2dnw2&s=8a656af20f7fe62719872acaca7ecccf35e4db17

Er is zelfs evidentie dat een te grote focus op differentiaaldiagnose en *red flags* de huisarts afleidt van een *evidence based practice* (EBP) en aldus bijdraagt tot onnodige onderzoeken, over-medicatie en verhoogde arbeidsongeschiktheid en kosten⁷⁸. Ook de kwaliteit van de diagnose van bepaalde musculoskeletale aandoeningen door de huisarts wordt in vraag gesteld^{79,80}.

Onderzoek toont aan dat er geen evidentie is dat huisartsen beter zijn dan osteopaten bij het herkennen van ernstige pathologieën. Het is veeleer zo dat er geen enkel verschil kan worden vastgesteld met betrekking tot de juistheid van de diagnose van musculoskeletale aandoeningen tussen huisartsen en bijvoorbeeld osteopaten⁸¹.

Complexiteit en multimorbiditeit

Het is een feit dat de meeste consultaties in de eerste lijn betrekking hebben op mensen met multimorbiditeit (78%)⁸² en dat deze patiënten dan ook complexer zijn in hun diagnose en behandeling.

Deze feiten vragen een brede aanpak van de patiënt in kwestie, waarbij men dan in eerste instantie aan de huisarts pleegt te denken. Voor de patiënt met multipele gezondheidsproblemen, die zelf prioriteit geeft aan zijn musculoskeletale klachten, zijn er aanwijzingen dat de huisarts hoofdzakelijk prioriteit zal geven aan de andere gezondheidsproblemen dan de musculoskeletale klachten⁸³.

De osteopaat is voor deze complexiteit en multimorbiditeit degelijk opgeleid en het is geen geheim dat de focus naar het complexe samenspel van de verschillende structuren en functies in het lichaam één van de identiteitskenmerken is binnen de osteopathie. De multidisciplinaire samenwerking met andere zorgberoepen is uitgewerkt als rol in het beroepscompetentieprofiel⁸⁴.

Een betere zorg voor patiënten met musculoskeletale klachten

Onderzoek toont aan dat de eerstelijnszorg van heel wat musculoskeletale klachten een hele uitdaging blijkt te zijn voor veel huisartsen, die niet voldoende opgeleid zijn wanneer het gaat over "functie", "beweging", "activiteit", e.d. Daarenboven voelen patiënten zich vaak niet ernstig genomen met hun klachten en worden regelmatig naar huis gestuurd met de boodschap: "hier is niets aan te doen" of "daar moet u mee leren leven"^{85,86}.

⁷⁸ Williams CM, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, McLachlan AJ, Britt H, Fahridin S, Harrison C, Latimer J: Low back pain and best practice care: a survey of general practice physicians, *Arch Intern Med* 2010, 170:271-277
<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=415588>

⁷⁹ Roddy E, Zhang W, Doherty M: Concordance of the management of chronic gout in a UK primary-care population with the EULAR gout recommendations, *Ann Rheum Dis* 2007, 66:1311-1315
<http://ard.bmj.com/content/66/10/1311.long>

⁸⁰ Robinson PC, Taylor WJ: Time to treatment in rheumatoid arthritis: factors associated with time to treatment initiation and urgent triage assessment of general practitioner referrals, *J Clin Rheumatol* 2010, 16:267-273

⁸¹ Patel S, Hossain FS, Colaco HB, El-Husseiny M, Lee MH: The accuracy of primary care teams in diagnosing disorders of the shoulder, *J Eval Clin Pract* 2011, 17:118-122

⁸² Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA: Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study, *Br J Gen Pract*; 2011, 61: 12-21

⁸³ Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS: Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners, *Implement Sci* 2009, 4: 54
<http://www.implementationscience.com/content/4/1/54>

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Ibid.

⁸⁶ Alami S, Boutron I, Desjeux D, Hirschhorn M, Meric G, Rannou F, Poiraudou S: Patients' and practitioners' views of knee osteoarthritis and its management: a qualitative interview study, *PLoS One*; 2011, 6: e19634
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0019634>

Verder werd aangetoond dat de gangbare zorg voor patiënten met lagerugpijn door huisartsen, gemiddeld niet overeenkomt met deze voorgeschreven in de internationale evidence based richtlijnen en dat ze bij voorkeur gebruik maken van dure zorgstrategieën zoals medicatie en medische beeldvorming i.p.v. de meer aanbevolen zorg zoals o.a. osteopathie⁸⁷ als een manuele geneeswijze, die daarenboven nauw aansluiten bij de verwachtingen van de patiënt en hun tevredenheid wegdragen⁸⁸. Ook wordt osteopathische zorg steeds weer aanbevolen in nationale en internationale clinical guidelines^{89,90,91}.

Verschillende hoog kwalitatieve interventiestudies tonen aan dat niet-farmacologische zorg, zoals ook manuele geneeswijzen, beter zijn dan de eerstelijnszorg geleverd door de huisarts⁹². Kosten-effectiviteitsstudies van gerandomiseerde klinische interventiestudies tonen aan dat de eerstelijnszorg voor patiënten met lagerugpijn niet kosteneffectief is, tenzij ze gecombineerd wordt met bijvoorbeeld spinale manipulaties⁹³.

Een bredere eerste lijn voor patiënten met musculoskeletale klachten komt tegemoet aan de keuzevrijheid van de patiënt en zorgt ook voor een betere en snellere zorg. Dit is niet onbelangrijk wanneer men rekening houdt met de verwachte toegenomen lasten van musculoskeletale klachten in de komende 50 jaar ingevolge de vergrijzing. Dit betekent dat het huidige zorgmodel dient te worden gehervalueerd om tegemoet te komen aan de toegenomen vraag⁹⁴.

Dat deze reorganisatie de nodige weerstand oproept bij de conventionele geneeskunde is, mede door de desinformatie die er bestaat, misschien wel te begrijpen maar ze zal uiteindelijk ook voor de huisarts een verlichting betekenen⁹⁵. Een directe toegang voor musculoskeletale en functionele aandoeningen voor de osteopaat, kan de werkdruk voor de huisarts duidelijk verminderen.

Onderzoek toont tevens aan dat de huisarts, zowel in zijn medische opleiding als in zijn stage en post-graduaat onderwijs, onvoldoende opgeleid is inzake musculoskeletale klachten en over onvoldoende kennis beschikt betreffende niet-farmacologische behandelingsmogelijkheden voor de patiënt⁹⁶. In enquêtes en interviews van de huisartsenpopulatie wordt ook aangetoond dat ze een gebrek aan vertrouwen hebben en zich niet goed uitgerust voelen om deze klachten aan te pakken^{97,98,99}. Dit staat in schril contrast met de kennis en de vaardigheden van de osteopaat om deze patiënten te onderzoeken en te behandelen.

⁸⁷ Williams CM, Maher CG, Hancock MJ, McAuley JH, McLachlan AJ, Britt H, Fahridin S, Harrison C, Latimer J: Low back pain and best practice care: a survey of general practice physicians, *Arch Intern Med* 2010, 170:271-277
<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=415588>

⁸⁸ Xue CC, Zhang AL, Lin V, Myers R, Polus B, Story DF: Acupuncture, chiropractic and osteopathy use in Australia: a national population survey, *BMC Public Health* 2008, 8:105
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2322980/?tool=pubmed>

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Koes B.W., Van Tulder M., Lin C.W., Macedo L.G., Mcauley J., Maher C.: An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. In: *Eur Spine J*, 2010, Dec. 19(12): 2075-94

⁹¹ Ibid.

⁹² Foster NE, Dziedzic KS, van der Windt DA, Fritz JM, Hay EM: Research priorities for non-pharmacological therapies for common musculoskeletal problems: nationally and internationally agreed recommendations, *BMC Musculoskelet Disord* 2009, 10: 3
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631495/?tool=pubmed>

⁹³ Lin CW, Haas M, Maher CG, Machado LA, van Tulder MW: Cost-effectiveness of general practice care for low back pain: a systematic review, *Eur Spine J*; 2011, 20: 1012-1023 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3176699/?tool=pubmed>

⁹⁴ Hartvigsen J, Christensen K: Back and neck pain are with us till the end. A nationwide interview-based survey of Danish 100-year olds, *Spine* 2008, 33: 909-913

⁹⁵ Breen A, Austin H, Campion-Smith C, Carr E, Mann E: 'You feel so hopeless': a qualitative study of GP management of acute back pain, *Eur J Pain*; 2007, 11: 21-29

⁹⁶ Chehade MJ, Burgess TA, Bentley DJ: Ensuring quality of care through implementation of a competency based musculoskeletal education framework, *Arthritis Care Res [Hoboken]*; 2011, 63: 58-64 http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/acr.20329/asset/20329_ft.pdf?v=1&t=heo29hhy&s=276273e6d7d47a38d44c39c25f34118f9070e11d&systemMessage=Pay+Per+View+will+be+unavailable+for+up+to+3+hours+from+06%3A00+EST+March+23rd+on+Wiley+Online+Library.+We+apologise+for+the+inconvenience

⁹⁷ Lønnberg F: The management of back problems among the population. I. Contact patterns and therapeutic routines [in Danish], *Ugeskr Laeger*, 1997, 159: 2207-2214

⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ Ibid.

Daarenboven wordt het onderzoek en de academische ontwikkeling met betrekking tot musculoskeletale en functionele aandoeningen gevoerd door o.a. osteopaten en wordt dit, ondanks het steeds toenemende belang ervan in de praktijk, verwaarloosd door de academische wereld van de huisartsgeneeskunde. Dit betekent dat heel wat nieuwe kennis omtrent diagnose en behandeling van musculoskeletale klachten, gegenereerd wordt door o.a. de osteopaten en niet door de huisartsen.

Het mag duidelijk zijn dat het toekennen van een eerstelijnsfunctie aan osteopaten voordelen inhoudt voor zowel de patiënt als voor de huisarts.

De huidige evidentie levert ons voldoende redenen om aan te nemen dat een model, waarbij de eerstelijnsfunctie bij musculoskeletale aandoeningen¹⁰⁰ waargenomen wordt door osteopaten, net zo veilig en effectief zal zijn als het huidige huisartsgeleide model en bezorgt ons voldoende redenen om aan te nemen dat het een geschiktere, efficiëntere en effectievere zorg kan leveren voor de meeste eerstelijnszorgvragers met musculoskeletale aandoeningen¹⁰¹.

De hedendaagse invulling van EBM kent drie facetten: evidentie via onderzoek, klinische expertise en patiëntgerichtheid. Voor het gros (65%) van de consultatiemotieven (lagerug- en nekklachten) is er voldoende evidence voorhanden. Wat betreft de klinische kennis en vaardigheden worden de toekomstige osteopaten, door hun opleiding aan de universiteit (ULB), experten in hun vakgebied. Meerdere onafhankelijke studies (o.a. NIV-KCE) stellen de osteopaten op de eerste plaats voor wat betreft hun patiënt/zorgvragergerichtheid.

Het credo dat de osteopathie niet zou thuishoren in de gezondheidszorg en ook niet kan/mag rekenen op de ondersteuning van de faculteiten geneeskunde voor hun onderwijs binnen de universiteit, omdat het beroep te weinig EBM-karakter zou hebben, heeft geen enkele rationele grondslag en dient anders geïnterpreteerd te worden.

Het mag duidelijk zijn dat het toekennen van een eerstelijnsfunctie aan osteopaten voordelen inhoudt voor niet alleen de patiënt maar ook voor de huisarts en dat heel wat studies voldoende redenen aanreiken om aan te nemen dat er op deze wijze een geschiktere, efficiëntere en effectievere zorg kan geleverd worden voor de meeste eerstelijnszorgvragers met musculoskeletale aandoeningen.

¹⁰⁰ Ibid.

¹⁰¹ Ibid.

9. Registratie en overgangsmatregelen

De beroepsgroep schaaft zich volkomen achter de logica van de wet-Colla, met name dat osteopaten, net zoals veel andere zorgverleners, moeten geregistreerd worden. Officiële registratie van erkende osteopaten is een cruciale component in het toekomstig kwaliteitszorgsysteem voor osteopathie in België.

Het registratieproces zou best verlopen op een wijze die analoog is als voor andere gezondheidsberoepen. De Kamer voor Osteopathie zal voor de individuele registratie van de osteopaten zorgen¹⁰².

9.1 Registratie

Het registratieproces voor osteopaten zal erop neerkomen dat het registratie-organisme bij een aanvraag tot registratie zal nagaan of aan een aantal voorwaarden is voldaan. De minimale criteria voor de individuele registratie van de osteopaat zijn volgens de beroepsgroep de volgende:

- Een geschikte opleiding in de osteopathie hebben genoten.
- Zich engageren om geen niet-toegestane medische handelingen uit te voeren.
- De deontologische code van osteopaten na te leven.
- Minstens een bepaalde hoeveelheid nascholing te volgen¹⁰³.
- Een medisch dossier bij te houden van patiënten, cfr. Wet op de rechten van de patiënt.
- Het beroep van osteopaat niet samen met een ander (para)medisch beroep uit te oefenen.
- Een verzekering burgerlijke aansprakelijkheid te hebben afgesloten.
- Zorgpermanentie te voorzien m.b.t. de osteopathische praktijk.
- Behoren tot een in België erkende beroepsvereniging voor osteopaten.

Er moeten uiteraard ook mechanismen bestaan om toe te zien op de naleving van deze ethische code. De beroepsverenigingen kunnen hier een faciliterende rol spelen, maar alleszins is er een disciplinair of tuchtorgaan nodig.

Voor alle osteopaten die reeds enige jaren actief zijn op het moment van de inwerkingtreding van de registratieprocedure moeten dezelfde registratievoorwaarden gelden, maar inzake het vereiste diploma moeten wel overgangs- en regularisatiemaatregelen worden voorzien.

9.2 Overgangsmatregelen

Aangezien een belangrijk deel van de actieve osteopaten in België nog niet over een masterdiploma in de osteopathie beschikt, dient de overheid overgangs- en regularisatiemaatregelen te voorzien.

Voor diegenen die reeds meerdere jaren de osteopathie beoefenen en zich regelmatig bijgeschoold hebben, is het volgens de beroepsgroep een onredelijke eis te verwachten dat zij alsnog een masteropleiding zouden volgen. Als grootvader-clausule¹⁰⁴ stellen de erkende beroepsverenigingen voor osteopaten volgende regeling voor : **de in België gevestigde osteopaten zonder master in de osteopathie en de studenten in de osteopathie, die een aanvraag voor individuele registratie wensen in te dienen, moeten voldoen aan elk van de volgende vier voorwaarden :**

1e voorwaarde : beschikken over een D.O.- diploma¹⁰⁵ (Diploma in Osteopathie) of een bachelordiploma in de osteopathie¹⁰⁶ gebaseerd op een minimum 4-jarige bacheloropleiding aan een buitenlandse erkende hogere onderwijsinstelling in de Europese Economische Ruimte;

¹⁰² Art.8 §2 van de Wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artseneijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.

¹⁰³ Advies K4 van de Kamer voor Osteopathie betreffende de bijscholing van de osteopaten [13/11/2012].

¹⁰⁴ http://fr.wikipedia.org/wiki/Clause_de_grand-p%C3%A8re (pagina in het Nederlands onbestaand)

- 2e voorwaarde :** bewijs voorleggen van minstens 5 jaar voltijdse en onafgebroken activiteit als osteopaat (of het equivalent hiervan op halftijdse en onafgebroken basis gedurende minimum 10 jaar) voorafgaand aan voornoemde aanvraag;
- 3e voorwaarde :** bewijs voorleggen van minstens 70 eenheden (70 contacturen) geregistreeerde nascholing¹⁰⁷ tijdens de laatste 6 jaar voorafgaand aan voornoemde aanvraag;
- 4e voorwaarde :** de aanvraag tot registratie moet geschieden binnen de 6 maanden na de inwerkingtreding van de uitvoeringsbesluiten waarin de procedure voor het bekomen van een individuele registratie als osteopaat wordt geregeld.

Uitzonderingsvoorwaarden :

1: Wie voldoet aan de voorwaarde 1 en 2 maar op het moment van het indienen van de aanvraag tot individuele registratie **niet kan aantonen dat hij tijdens de laatste 6 jaar voorafgaand aan zijn aanvraag tot individuele registratie, 70 eenheden (70 contacturen) geregistreeerde nascholing gevolgd heeft**, kan geregistreeerd worden als osteopaat met als bijkomende individuele registratievoorwaarde dat hij tijdens de **2 volgende jaren een verhoogde hoeveelheid nascholing¹⁰⁸ volgt**. De aanvraag tot registratie moet geschieden binnen de 6 maanden na de inwerkingtreding van de uitvoeringsbesluiten waarin de procedure voor het bekomen van een individuele registratie als osteopaat wordt geregeld.

2 : Wie voldoet aan de eerste voorwaarde maar op het moment van het indienen van de aanvraag tot individuele registratie **niet kan aantonen dat hij gedurende minstens 5 jaar voltijds en onafgebroken actief was als osteopaat (of het equivalent hiervan op onafgebroken halftijdse basis gedurende minimum 10 jaar) voorafgaand aan voornoemde aanvraag**, kan geregistreeerd worden als osteopaat met als bijkomende individuele registratievoorwaarde dat hij tijdens **de 2 volgende jaren een verhoogde hoeveelheid nascholing¹⁰⁹ volgt**. Deze periode van verhoogde nascholing wordt op 4 jaar gebracht indien de aanvrager niet kan aantonen dat hij op exclusieve basis hetzij op voltijdse hetzij op halftijdse basis onafgebroken actief was als osteopaat. De aanvraag tot registratie moet geschieden binnen de 6 maanden na de inwerkingtreding van de uitvoeringsbesluiten waarin de procedure voor het bekomen van een individuele registratie als osteopaat wordt geregeld.

3: Wie op het moment van de inwerkingtreding van de uitvoeringsbesluiten waarin de procedure voor het bekomen van een individuele registratie als osteopaat wordt geregeld, **een opleiding tot het bekomen van één van de in de eerste voorwaarde vermelde diploma's had aangevat**, kan gedurende een periode van 5 jaar volgend op de inwerkingtreding van voornoemde uitvoeringsbesluiten alsnog binnen de 6 maanden een aanvraag tot individuele registratie indienen van zodra hij in aanmerking komt voor individuele registratie op grond van de in voorwaarde 1 vermelde diplomaveren en met als bijkomende individuele registratievoorwaarde dat hij tijdens **de drie volgende jaren een verhoogde hoeveelheid nascholing¹¹⁰ volgt**.

Pro memorie: osteopaten met een diploma uitgereikt door een onderwijsinstelling gelegen binnen de Europese Economische Ruimte, kunnen zich in België vestigen en individueel registreren mits voldaan is aan de bepalingen van Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties.¹¹¹

¹⁰⁵ "De lijst van de D.O.-diploma's is conform aan deze opgenomen in het ontwerp van Koninklijk Besluit ter erkenning van de beroepstitel dd. 11 maart 2009"

¹⁰⁶ Idem

¹⁰⁷ Deze nascholing dient gecontroleerd en goedgekeurd te zijn door de accreditatiecommissie permanente vorming voor osteopaten (ACPVO).

¹⁰⁸ Deze verhoogde hoeveelheid nascholing bestaat uit leerstof PSDD (Pathologie, Semiologie en Differentiaal Diagnostiek). Het aantal contacturen dient bepaald na overleg tussen de beroepsgroep en de Kamer voor Osteopathie . Bij de bepaling van de verhoogde hoeveelheid nascholing wordt rekening gehouden met de duur gedurende dewelke de aanvrager onafgebroken actief was als osteopaat op voltijdse dan wel halftijdse basis en het feit of hij al dan niet op exclusieve basis actief was als osteopaat.

¹⁰⁹ Idem

¹¹⁰ Idem

¹¹¹ PB L 255 dd. 30/09/2005, p. 22-142

9.3 Aansluiting bij een beroepsvereniging

De beroepsgroep pleit ervoor dat geregistreerde osteopaten verplicht lid zouden moeten zijn van een erkende beroepsvereniging van osteopaten. Dit is de beste garantie voor kwaliteit en veiligheid voor de patiënt. Een beroepsvereniging kan in samenwerking met de overheid een adequaat kwaliteitsbewakingssysteem opzetten. Hiertoe neemt de beroepsgroep initiatieven om één uniforme beroepsfederatie, aangepast aan de huidige staatsstructuur, op te zetten zoals vooropgesteld werd door de Paritaire Commissie. Op deze wijze dient de overheid zich slechts tot één gesprekspartner uit de beroepsgroep te wenden.

Een tweede reden waarom een beroepsvereniging ook in de toekomst onontbeerlijk zal zijn, zijn de vele nieuwe ontwikkelingen die de komende jaren op de osteopaten af zullen komen, zoals:

- invoeren van systemen voor kwaliteitszorg;
- kennis nemen en kritisch beoordelen van wetenschappelijke bevindingen op gebied van osteopathie en verwante disciplines;
- respecteren van regelgeving die voordien niet van toepassing was (bijv. wet op patiëntenrechten, administratieve formaliteiten, medisch dossier, ...);
- voldoen aan bijkomende opleidings- of nascholingsvereisten;
- begeleiden van stages / praktijkoefeningen van osteopathiestudenten.

Dit alles zal voor de osteopaten een hele uitdaging zijn. Enkel een goed georganiseerde en professionele beroepsvereniging kan ervoor zorgen dat al deze ontwikkelingen in goede banen worden geleid en de osteopaten ondersteunen bij de talrijke veranderingen waarmee ze te maken zullen hebben. Dit alles om de kwaliteit en de veiligheid van de verleende zorg te garanderen.

9.4 Deontologie en sancties

De wetgever heeft in de Wet Colla de controle op het vervuld zijn van de voorwaarden om tot de uitoefening van het beroep van osteopaat te worden toegelaten, toegewezen aan de Minister van Volksgezondheid die voorafgaandelijk advies dient in te winnen van de Kamer voor Osteopathie¹¹².

Het was de uitgesproken wil van de wetgever dat de Minister zou beslissen welke kandidaat-beoefenaar al dan niet toegang zou worden verleend tot de uitoefening van de osteopathie.

Bovendien heeft de wetgever in de Wet Colla ook een duidelijke rolverdeling ingeschreven tussen de Minister enerzijds en de Kamer voor Osteopathie anderzijds inzake het toezicht op de deontologie, met name wat het schorsen en desgevallend zelfs intrekken, van deze toelating ("individuele registratie") betreft.

Met name bepaalt artikel 8 § 3 van de Wet Colla dat als een beoefenaar de bepalingen van deze wet of van de besluiten genomen ter uitvoering ervan niet naleeft, zijn registratie (toelating) kan worden geschorst voor een termijn van maximum één jaar, of deze kan worden ingetrokken. De schorsing of de intrekking wordt bevolen door de Minister op voorstel van de Kamer voor Osteopathie.

De naleving van de deontologie is één van de toegangsvoorwaarden voor de toelating tot de uitoefening van de osteopathie en het lijkt voor de hand te liggen dat de deontologie het voorwerp zal uitmaken van een uitvoeringsbesluit van de Wet Colla.

¹¹² Art.8 §2 van de Wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artseneerbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.

De wetgever heeft dus een zeer duidelijke keuze gemaakt om een kader te scheppen waarbinnen zowel de Kamer voor Osteopathie als de Minister een welomschreven rol spelen.

Bovendien heeft de wetgever een aantal essentiële garanties ingebouwd om de elementaire rechten van verdediging te waarborgen. De Kamer voor Osteopathie kan slechts een voorstel tot schorsing of intrekking doen, nadat de betrokkene de gelegenheid heeft gehad zijn standpunt voor de Kamer uiteen te zetten. Daartoe wordt hij bij aangetekend schrijven opgeroepen. Hij kan zich door een advocaat laten bijstaan of vertegenwoordigen. Het voorstel van de Kamer is gemotiveerd en bevat een antwoord op de argumenten van de betrokkene.

Zowel een hoorplicht, de mogelijkheid tot bijstand van of vertegenwoordiging door een raadsman als een omstandige motiveringsplicht zijn bijgevolg ingebouwd in het bestaande wettelijk mechanisme van toezicht op de deontologie.

Een beslissing tot weigering, schorsing of intrekking van de toelating om het beroep uit te oefenen, kan worden aangevochten voor de Raad van State.

Tenslotte moet vastgesteld worden dat de wetgever vooruitziend geweest is en de Minister een juridische grondslag heeft verschaft om één en ander nader uit te werken met Koninklijke Besluiten en bijvoorbeeld ook andere tuchtsancties dan schorsing of intrekking mogelijk te maken zoals een waarschuwing, berisping, blaam enz.¹¹³.

Er bestaat eveneens een wettelijke basis om bestaande bepalingen van het KB nr. 78 dat alle (para)medische beroepen reguleert, van toepassing te verklaren op beoefenaars van de osteopathie¹¹⁴ zodat bestaande procedures en toezichtsmechanismen in het kader van de conventionele geneeskunde zonder meer van toepassing kunnen worden verklaard.

Zo lijkt het aangewezen de Geneeskundige Commissies de bevoegdheid te verlenen om na te gaan of de kandidaat-beoefenaar psychisch en fysiek in staat is om zijn beroep uit te oefenen. Deze controle kan desgevallend worden opgenomen in de "individuele registratievoorwaarden" (de toelatingsvoorwaarden tot het beroep).

Een van de voordelen van de beschreven wettelijke regeling inzake het toezicht op de deontologie is het feit dat de leden van de Kamer voor Osteopathie reeds benoemd zijn voor een termijn van 6 jaar en dat hun mandaat onbezoldigd is. De werkingskost voor de Kamer voor Osteopathie zal dus zeer beperkt tot onbestaande zijn aangezien er (gelet op het bescheiden aantal beoefenaars) zich weinig deontologische incidenten zullen voordoen.

Een bijkomend voordeel is dat de Kamer voor Osteopathie paritair is samengesteld zodat de beroepsbeoefenaars op gelijke voet met de artsen zitting hebben binnen de Kamer en kunnen toezien op de naleving van de deontologie. Als de controle zou worden overgenomen door een orgaan waarin de osteopaten niet paritair zijn vertegenwoordigd, bestaat er een duidelijk risico dat personen die het beroep niet of te weinig kennen, zouden moeten oordelen over vermeende deontologische inbreuken op de deontologische code van een hen vrijwel onbekend beroep.

De beoordeling door de Minister op advies of voorstel van de Kamer houdt dus voor een osteopaat die zich dient te verantwoorden voor een vermeende deontologische inbreuk, het voordeel in dat de helft van de Kamer is samengesteld uit zijn confraters die vaak het best geplaatst zijn om te oordelen zoals ook blijkt uit de samenstelling van andere tuchtorganen van andere vrije (medische) beroepen.

¹¹³ Art.8 §4 van de Wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.

¹¹⁴ Art.10 §2 van de Wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.

Alleen geregistreerde osteopaten mogen de osteopathie beoefenen. De Kamer voor Osteopathie zal voor de individuele registratie van de osteopaten zorgen en nagaan of de aanvragers aan de specifieke registratie-eisen voldoen. Voor de bestaande osteopaten die geen masterdiploma in de osteopathie hebben zullen specifieke overgangsmaatregelen in voege treden. De beroepsvereniging dient als gesprekspartner met de overheid en zal toezien op het eerbiedigen van o.a. de kwaliteitseisen door haar leden.

De Wet Colla bevat een duidelijke regeling voor het toezicht op de deontologie waarbij enerzijds de Minister van Volksgezondheid en anderzijds de Kamer voor Osteopathie een welomschreven rol krijgen toebedeeld die desgevallend kan worden uitgebreid. Zowel een hoorplicht, de mogelijkheid tot bijstand van of vertegenwoordiging door een advocaat als een omstandige motiveringsplicht zijn verankerd in deze regeling. Bestaande procedures en toezichtmechanismen in het kader van de conventionele geneeskunde (KB nr. 78) kunnen zonder meer van toepassing worden verklaard zoals de bevoegdheid van de Geneeskundige Commissies om na te gaan of de kandidaat-beoefenaar psychisch en fysiek in staat is om zijn beroep uit te oefenen.

10. Creëren van een kwaliteitssysteem voor osteopaten

Een beroepsvereniging van osteopaten dient in de toekomst in staat te zijn om met haar leden een goed functionerend kwaliteitssysteem uit te bouwen. Dat kwaliteitssysteem kan verschillende componenten omvatten. Mogelijke componenten van een kwaliteitssysteem zijn de volgende:

- Er dient een klachtenbehandelingsprocedure voorzien te worden.
- Elke osteopaat dient te participeren in een peer review procedure (cfr. LOK-groepen bij de huisartsen).
- De beroepsvereniging houdt op regelmatige basis een tevredenheidsenquête bij een representatieve steekproef van de patiënten van de osteopaten.
- De beroepsvereniging heeft het recht om van haar leden te eisen dat ze welbepaalde nascholingen volgen. Deze verplichting dient wel verantwoord te kunnen worden vanuit de lacunes of problemen die via de hogervermelde mechanismen werden vastgesteld.
- Indien de beroepsvereniging inbreuken vaststelt met betrekking tot de deontologische code, dan zal zij het betrokken lid intern horen en vervolgens, indien noodzakelijk, de informatie overmaken aan een registratie-organisme of een tuchtorgaan.
- Verspreiden van resultaten van relevant kwaliteitsvol wetenschappelijk onderzoek.

De beroepsgroep wil samen met de overheid onderzoeken welke componenten van dit systeem de komende jaren bij voorkeur dienen te worden uitgewerkt.



Beroepscompetentieprofiel Osteopathie

Document goedgekeurd door de kamer osteopathie op 12-06-2012
(11 stemmen voor - geen stemmen tegen - 1 onthouding)

Inhoudstabel

1. Het beroep van osteopaat	4
2. De opleiding van de osteopaat	5
3. Het werkveld van de osteopaat	6
4. De relevantie van de osteopathie	7
5. De competenties die een osteopaat dient te ontwikkelen	8
5.1 Osteopathisch Expert	8
5.2 Communicator	8
5.3 Gezondheidswerker	9
5.4 Student	9
5.5 Pleitbezorger voor Gezondheid	10
5.6 Manager	10
5.7 Professioneel	10
6. Addendum	11

Waar “hij” of “hem” staat wordt uiteraard ook “zij” of “haar” bedoeld.

1. Het beroep van osteopaat

Het beroep van osteopaat is een klinisch¹ beroep² met omschreven bevoegdheden in het kader van de gezondheidszorg.

De osteopaat is de specialist van functionele aandoeningen, algieën en ziekteverschijnselen. Zijn therapeutische benadering is hoofzakelijk 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. De osteopaat werkt nauw samen met de huisarts of specialist.

Het actieterrein van de osteopaat is veelzijdig. Naast de specifieke zorgtaak voor de patiënt, behoren ook de volgende taken tot zijn opdracht: het promoten van de gezondheid, de expertise, de volksgezondheid, het onderzoek, het onderwijs en het management. Dit beroep met een hoge verantwoordelijkheidsgraad eist van de osteopaat dat zijn handelingen, zo veel als mogelijk, gebaseerd zijn op geactualiseerde kennis en op een wetenschappelijk onderbouwde consensus betreffende de zorg voor de patiënt (EBM).

De osteopaat realiseert de zorg voor de patiënt in de eerste lijn. Vooraleer over te gaan tot een therapeutische interventie wordt een anamnese en een klinisch onderzoek verricht om tot een werkhypothese te komen. Om contra-indicaties voor een therapeutische interventie uit te sluiten en op die manier de veiligheid van de patiënt te garanderen zal de osteopaat eventueel complementaire onderzoeken aanvragen.

Daarna stelt hij een zorgplan voor de patiënt op en, indien nodig (indicaties voor problemen buiten de eigen competentie), verwijst hij hem door naar andere gezondheidszorgers. De osteopaat kadert zijn probleem-analyse en interventie in de specifieke verwachtingen van de patiënt. Hij herevalueert op regelmatige basis zijn werkhypothese. In functie hiervan past hij zijn behandeling aan en/of heroriënteert de patiënt. In het kader van "good clinical practice" verwijst hij de patiënt door voor bijkomend onderzoek dat door hem noodzakelijk wordt geacht.

De osteopaat werkt alleen of in een multidisciplinair team. Hij begeleidt de patiënt in zijn globaliteit en moedigt hem aan tot actieve deelname aan zijn behandeling. Hij beoefent zijn beroep in overeenstemming met de wet op de rechten van de patiënt (22-08-2002) en verzekert de continuïteit van zorg.

De osteopaat heeft een masteropleiding doorlopen, wat hem toelaat om een drijvende kracht te zijn voor wetenschappelijk onderzoek. Door bij te dragen aan de verbetering van de fundamentele en toegepaste kennis, verzekert hij de ontwikkeling en de kwaliteit van het beroep en haar opleiding.

¹ Klinisch : binnen een internationale context staat het woord "clinical" voor probleemverheldering, diagnostische benadering, werkhypothese en opstellen en uitvoering van zorg.

² Beroep behorende tot de niet-conventionele praktijken (wet Colla 29-04-1999)

2. De opleiding van de osteopaat

De opleiding van de osteopaten gebeurt aan de universiteit. Zij wordt georganiseerd binnen of in nauwe samenwerking met de faculteiten van geneeskunde of kinesitherapie.

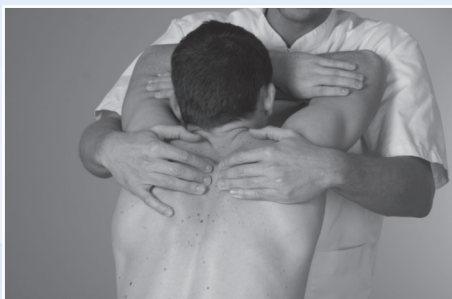
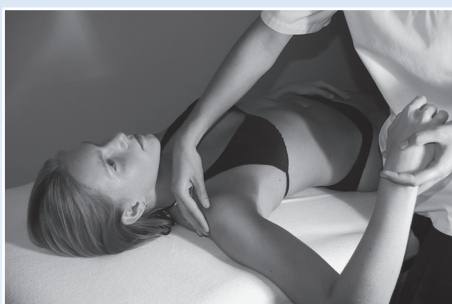
De theoretische en praktische cursussen worden gedoceerd door specialisten die onderwijs en onderzoek combineren. Door hun kennis van de materie en hun actieve deelname aan de ontwikkeling van hun specialiteit staan ze garant voor de continue actualisering van het curriculum. Door een regelmatige evaluatie van de studenten zullen de lesgevers verzekerd zijn van de kwaliteit en de efficiëntie van het gegeven onderricht.

Het op onderzoek steunend onderwijs zal hierdoor een sterke band verzekeren tussen de wetenschappelijke kennis en de beroepsactiviteit. Dit versterkt de autonomie, de kritische geest en legt de nodige basis voor de te verwerven competenties.

De opleiding zal het progressief verwerven van deze competenties toelaten en dit door een verscheidenheid aan leermethodes zoals hoorcollege, persoonlijk- of groepswork, seminars, praktijkwerk, aandacht voor attitude en professionele houding, stages en internationale uitwisselingen. Door op geregelde tijdstippen simulaties uit het werkveld te organiseren en daarna door het werken op het terrein zelf zullen de nieuwe competenties kunnen toegepast worden.

De evaluatiecriteria en middelen zullen in overeenstemming zijn met de gevraagde competenties in elk van de diverse opleidingen

De academische master, uitgereikt in Vlaanderen, moet voldoen aan de onderwijscriteria opgesteld door de Vlaamse Gemeenschap.



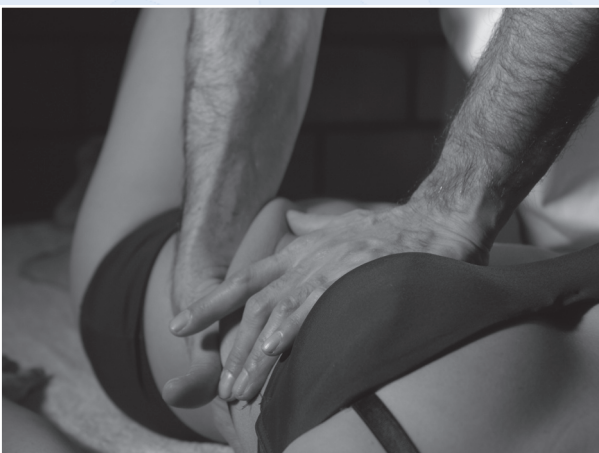
3. Het werkveld van de osteopaat

Doorgaans oefent de osteopaat zijn beroep uit in een eigen praktijk, al dan niet in een samenwerkingsverband met andere praktici. Hij kan ook werkzaam zijn in een ziekenhuis of eender welk andere verzorgingsinstelling.

Osteopathie kan zowel complementair aan alsook alternatief voor een standaard medische behandeling gezien worden. Eén van de doelstellingen van osteopathische behandelingen is het herwinnen van een normale functie en daardoor het gebruik van medicatie, medisch technische ingrepen en/of chirurgie te beperken of te vermijden.

De osteopaat is volledig zelfstandig bij het uitoefenen van zijn beroep. Hij werkt zowel diagnostisch als therapeutisch. Door zijn specifieke opleiding in neurologie en locomotorische pathologie, maar ook in algemene semiologie om pathologieën uit te sluiten die niet rechtstreeks met hun kunde kan behandeld worden, is een osteopaat een beoefenaar met een hoge graad van verantwoordelijkheid die werkzaam is in de eerstelijnsgezondheidszorg. Hij kent de mogelijkheden maar ook de grenzen van zijn beroep en verbindt hieraan de nodige consequenties.

De zelfstandigheid van het beroep van osteopaat geldt voor het handelen (deskundigheid, diagnostiek, veiligheid, zorgvuldigheid), de attitude (respect, informatieoverdracht, vertrouwensrelatie en verantwoordelijkheidsbesef) en de organisatie (doelmatigheid, bescherming, klachtrecht) van de osteopaat.



4. De relevantie van de osteopathie

Uit onderzoek blijkt dat de osteopathie een bewezen effectiviteit heeft voor wat betreft nek- en lage rugpijn. Enkele studies suggereren dat osteopathische zorg kostenbesparend is, de nood aan medicatie doet afnemen, de patiënt aan minder diagnostische testen blootstelt en in vele gevallen een verminderd risico op complicaties geeft.

De osteopaat en het beroep zijn een maatschappelijk geïntegreerd fenomeen. Ruim 7% van de Belgische bevolking deed in 2010 een beroep op een osteopaat. Momenteel zijn er ruim 1500 osteopaten actief en staan ze in voor ongeveer anderhalf miljoen verstrekkingen. De jaarlijkse groei aan osteopathische zorgverstrekkingen wordt geschat op 5%.



5. De competenties die een osteopaat dient te ontwikkelen

5.1 Osteopathisch Expert

- Stelt als raadgever de patiënt centraal en biedt op een ethische wijze optimale zorg;
- Voert op een gepaste wijze een anamnese en een volledig onderzoek van de patiënt uit en komt via een diagnostisch proces tot een werkhypothese;
- Wendt op een onderbouwde wijze de gepaste diagnostische en therapeutische vaardigheden aan;
- Behandelt de patiënt op een efficiënte wijze en vervult hierbij zijn preventieve alsook zijn curatieve functie;
- Zoekt indien gewenst contact met een collega of een andere zorgverstreker bij (h)erkenning van zijn eigen beperkingen als osteopaat;
- Toont belangstelling voor de wederzijdse kennis van de gezondheidsberoepen om zo de patiënt beter te kunnen doorverwijzen in functie van diens pathologie;
- Onderhoudt zijn kennis, vaardigheden en attitude in overeenstemming met zijn osteopathische praktijkvoering.



5.2 Communicator

- Ontwikkelt een ethisch correcte vertrouwensrelatie met de patiënt;
- Verheldert en verwerkt op een accurate wijze relevante informatie en verwachtingen van de patiënt en eventueel zijn familie, collega's en personen uit andere disciplines binnen de gezondheidszorg;
- Brengt op een accurate manier relevante informatie over aan de patiënt en eventueel zijn familie, collega's en personen uit andere disciplines binnen de gezondheidszorg;
- Begrijpt de klachten en problemen van de patiënt, bereikt hieromtrent overeenstemming en ontwikkelt met de patiënt en eventueel zijn familie, collega's en personen uit andere disciplines binnen de gezondheidszorg een behandelplan;
- Rapporteert op een effectieve manier zowel mondeling als schriftelijke informatie over een consultatie.

5.3 Gezondheidswerker

- Is in staat en bereid tot multidisciplinaire samenwerking;
- Functioneert gepast en op een efficiënte manier in een interprofessioneel team in de gezondheidszorg;
- Werkt op een efficiënte manier samen met collega's in de gezondheidszorg om interprofessionele samenwerking te bevorderen.

5.4 Student

- Onderhoudt en vergroot zijn beroepskennis door continu bij te leren;
- Evalueert kritisch de inhoud en de bron van herkomst van wetenschappelijke informatie;
- Draagt actief bij tot de wetenschappelijke ontwikkeling van zijn beroep;
- Stimuleert actief de kennis over osteopathie bij individuen, studenten, collega's in de gezondheidszorg en het algemene publiek.



5.5 Pleitbezorger voor Gezondheid

- Reageert op een vraag of een probleem van een patiënt als deel van zijn zorg;
- Reageert op de maatschappelijke noden op vlak van gezondheid;
- Draagt bij tot een verbetering van de gezondheid van patiënt en maatschappij.

5.6 Manager

- Organiseert op een efficiënte manier zijn praktijk, of voorziening;
- Organiseert zijn praktijk en loopbaan;
- Organiseert zijn administratie en financiën;
- Gaat efficiënt en tactvol om met patiënteninformatie.

5.7 Professioneel

- Toont zijn toewijding aan zijn patiënten, zijn beroepsgroep en de maatschappij door het leveren van een hoogstaande en effectieve patiëntenzorg op een integere en betrokken wijze;
- Toont zijn toewijding aan zijn patiënten, zijn beroepsgroep en de maatschappij door het volgen van de wettelijke richtlijnen rond zijn beroep en volgen van de wet op de patiëntenrechten.
- Heeft oog voor zijn persoonlijke gezondheid en een duurzame praktijkvoering.



6. Addendum

Dit document wordt voorgelegd aan de kamer « osteopathie »
door de volgende leden behorende tot deze kamer :

- | | |
|-------------------------------|------------|
| • Yves Lepers, osteopaat | UBO-BUO * |
| • Claude Rousseau, osteopaat | SBO-BVO* |
| • Jory Pauwels, osteopaat | UVO* |
| • Catherine Jacobs, osteopaat | BAKO-ABOC* |
| • Jean Ruwet, osteopaat | UBO-BUO* |

*De beroepsverenigingen , leden van de GNRPO vzw.

Groepering, nationaal en representatief voor de professionele osteopaten vzw

Verantwoordelijke uitgevers:

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| • Eric Dobbelaere, DO | Voorzitter GNRPO vzw |
| • Yves Lepers, Ph.D., DO | auteur |
| • Patrick van Dun, MSc, DO | auteur |

Wij danken Prof. Jan De Maeseneer, M.D., Ph.D.

voor zijn medewerking in het tot stand komen van dit document.

