

Osteopathie

een medische praktijk in de eerste lijn

1 Introductie

De definitie van eerstelijnsgezondheidszorg die in dit document wordt gehanteerd is deze van “een rechtstreekse en toegankelijke hulp en zorg”.¹ Na het raadplegen van nationale^{1,2} en internationale^{3,4} definities van “eerstelijnsgezondheidszorg” onthouden we volgende eigenschappen die op het lijf geschreven staan van de osteopathie: een medische zorg, voor iedereen toegankelijk; een zorg die continuïteit realiseert, begeleidt en preventieve initiatieven neemt; een zorg die zich richt op de hulp vragende patiënt en een proactieve verantwoordelijkheid draagt.

Wanneer ook blijkt:

- dat patiënten een osteopaat voornamelijk raadplegen voor musculoskeletale klachten,^{5,6,7}
- dat de Universit  Libre de Bruxelles (ULB) precies hiervoor “specialisten” opleidt,⁸
- dat een osteopaat steeds vaker wordt geconsulteerd⁹ en dat de patiënten hierbij een grote tevredenheid laten optekenen wat betreft de resultaten van de behandeling,^{10,11}
- dat er volgens verzekeraars het laatste decennium geen significante schadegevallen zijn gerapporteerd,

is het als vanzelfsprekend te noemen dat de wetgever ervoor gekozen heeft om de osteopaat in de eerstelijnszorg te plaatsen.¹² Het uitvoeren van de kaderwet-Colla zou een regularisatie betekenen van een beroep dat reeds 40 jaar actief is binnen de eerste lijn. Niet enkel op Europees¹³ vlak maar tevens mondiaal¹⁴ wordt de eerste lijn door de beroepsgroep eensgezind gevorderd.

¹ Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, <http://www.vlaamseels.be/drupal/?q=node/2> (geraadpleegd op 20.10.2015).

² Conferentie eertelijnsgezondheidszorg, 11 december 2010, Antwerpen.

³ http://www.cphcrin-rcrissp.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=59:banner-3&catid=12:news&Itemid=6 (geraadpleegd op 20.10.2015).

⁴ http://www.phcris.org.au/guides/about_phc.php (geraadpleegd op 20.10.2015).

⁵ van Dun P.L.S. *Status van de Osteopathie in de Benelux: Benelux Osteosurvey 2013*, Mechelen, Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion vzw (CORPP vzw), DOI: 10.13140/RG.2.1.3665.1367
http://www.corpp.org/sites/default/files/global/pages/Benelux_Osteosurvey_2013.pdf

⁶ De Gendt T, Desomer A, Goossens M, Hanquet G, Léonard C, M elard F, Mertens R, Pi art J, Robays J, Schmitz O, Vinck I, Kohn L. *Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in Belgi *. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports 148A. D/2010/10.273/91.

⁷ Fawkes C., Leach J., Mathias S., Moore A., *The Standardised Data Collection Project – Standardised data collection within osteopathic practice in the UK: development and first use of a tool to profile osteopathic care in 2009*. London, National Council for Osteopathic Research (NCOR), June 2010 http://www.osteopathy.org.uk/uploads/standardised_data_collection_finalreport_24062010.pdf

⁸ <https://www.ulb.ac.be/facs/fsm/secr-osteo.html>

⁹ Drieskens S. Contacten met beoefenaars van niet-conventionele geneeswijzen. In: Drieskens S, Gisle L (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten*. WIV-ISP, Brussel, 2015

¹⁰ Nauwelaers, I.; Sermeus, G. In handen van de osteopaat. *Test gezondheid*, nr. 52. Brussel: Verbruikersunie, 2003. ☐

¹¹ Delterne, E.; Sermeus, G. Enquête: alternatieve geneeswijzen. *Test gezondheid*, nr. 81. Brussel: Verbruikersunie, 2007. ☐

¹² Wet-Colla van 29 april 1999, Art.9 §2

¹³ CEN/TC 414 - Project Committee - *Services in Osteopathy, Osteopathic healthcare provision*, 2014, draft presented for formal vote.

¹⁴ Osteopathic International Alliance (OIA), *Osteopathy and Osteopathic Medicine: A Global View of Practice, Patients, Education and the Contribution to Healthcare Delivery*, 2013, Chicago.

Desalniettemin zijn er toch beleidsmakers die de eerstelijnsfunctie voor osteopaten terug in vraag stellen. Dit blijkt voornamelijk gestoeld op een gebrekkige tot soms foutieve informatie omtrent het beroep van osteopaat en een ongegronde angst voor een uitholling van de centrale rol van de huisarts in de eerstelijnszorg. Deze situatie leidt ertoe dat sommige beleidsmakers, krampachtig vasthouden aan regelgeving die niet meer van deze tijd is. Op deze manier loochenen ze, waarschijnlijk grotendeels onbewust, het credo van de *evidence based medicine*. Een credo dat terecht opgenomen werd in het federaal regeerakkoord van oktober 2014 en waarop het gezondheidsbeleid zou worden afgestemd.

Dit document heeft tot doel om op objectieve en onderbouwde wijze te informeren en legitimeren waarom de beroepsgroep van Belgische osteopaten meent de eerstelijnsfunctie voor de osteopaat te kunnen verantwoorden.

Hiertoe wordt in dit document gebruik gemaakt van verwijzing naar *evidence based* onderzoek, *best practises* alsook klinische casuïstiek. Deze laatste illustreren wat osteopaten in hun dagelijkse praktijk ervaren en wat de gevolgen kunnen zijn voor hun patiënten.

2 Bestaand wettelijk kader

Gelet op de genese en de parlementaire voorbereiding van de Wet van 19 april 1999 *betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen* (hierna: de “wet-Colla” genoemd) heeft de wetgever in 1999 een bewuste keuze gemaakt om de osteopaat in de eerstelijnszorg te plaatsen.

Ondanks het feit dat de wetgever volledig voorbij is gegaan aan de diagnostische functie en verantwoordelijkheid van de osteopaat, vinden we heel wat bepalingen in de wet-Colla die de beleidsmakers voldoende garanties zouden moeten bieden om met voldoende vertrouwen de eerstelijnsfunctie toe te kennen.

Zo is de osteopaat wettelijk verplicht om aan een patiënt die zich bij hem of haar aandient, de voorlegging te vragen van “een recente diagnose omtrent zijn klacht [...] die schriftelijk werd opgesteld door een arts naar keuze”. (art. 9 § 2 wet-Colla).

Als de patiënt een dergelijke recente diagnose niet kan voorleggen, mag de osteopaat ook overgaan tot behandeling van een patiënt die met kennis van zaken en op ondubbelzinnige wijze te kennen geeft dat hij vóór de behandeling door de betrokken osteopaat, geen arts naar keuze wenst te raadplegen en de patiënt deze wens ook schriftelijk bevestigt (art. 9 § 2 wet-Colla).

Het spreekt bovendien voor zich dat indien de osteopaat zich vragen stelt omtrent de mate waarin een patiënt beschikt over de vereiste “*kennis van zaken*” en er dus sprake is van “*informed consent*”, hij of zij er goed aan doet om de betrokken patiënt door te verwijzen naar de huisarts voor een recente diagnose. Indien een osteopaat immers een behandeling begint (zelfs uit onachtzaamheid) zonder de voorlegging van een recente diagnose of de aangehaalde schriftelijke verklaring stelt hij of zij zich immers bloot aan strafrechtelijke boetes (art. 11 § 2 wet-Colla).

Uiteraard wordt in beide hypothesen ervan uitgegaan dat de osteopaat nauwgezet binnen zijn beroepscompetentieprofiel (BCP)¹⁵ blijft zoals dat o.a. werd gedefinieerd in het Advies K2 van de Kamer voor Osteopathie van 11 september 2012 betreffende de definitie van osteopathie.

¹⁵ van Dun P.L.S., Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, 2010, Brussel: Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw), DOI: 10.13140/RG.2.1.2354.4162

Verder dient de osteopaat - in lijn met andere zorgberoepen - voor elk van zijn patiënten een dossier bij te houden waarin hetzij de recente diagnose van een arts hetzij de verklaring van de patiënt wordt opgenomen (art. 9 § 1 wet-Colla) en is hij of zij onderworpen aan hetzelfde strafrechtelijk gesanctioneerd beroepsgeheim als artsen (art. 458 Strafwetboek – art. 9 § 3 wet-Colla).

Daarnaast moet de osteopaat *“alle voorzorgen nemen om te voorkomen dat zijn patiënt een conventionele behandeling wordt ontzegd”* (art. 9 § 3 wet-Colla).

Zodoende is de osteopaat wettelijk verplicht *“om een arts op diens verzoek informatie te verstrekken over de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van zijn patiënt.”* Sterker nog, *“in het belang van zijn patiënt kan iedere arts ook op eigen initiatief”* bij de osteopaat *“informatie over de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van zijn patiënt inwinnen”*. (art. 9 § 3 wet-Colla).

Deze informatiedoorstroming geldt niet alleen ten aanzien van een arts maar eveneens tegenover andere osteopaten. Deze informatie wordt weliswaar alleen verstrekt op voorwaarde dat de patiënt of de persoon die wettelijk gemachtigd is namens hem in te stemmen met een medische handeling, daarmee akkoord gaat (art. 9 § 3 wet-Colla).

Uiteraard dient de osteopaat in deze een afweging te maken tussen enerzijds zijn zorgplicht om een patiënt geen *“conventionele behandeling te ontzeggen”* en de eventuele weigering van de betrokken patiënt om informatie te laten doorstromen naar een arts.

Pro memorie, nu reeds is voorzien dat de documenten bedoeld in de wet-Colla of in de uitvoeringsbesluiten in elektronische versie mogen worden ingediend voor zover deze bewijskracht bezitten overeenkomstig artikel 36/1, § 1, van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen (art. 8/1 wet-Colla).

Het verdient de aanbeveling dat uitgewisselde informatie wordt opgenomen in het Globaal Medisch Dossier (GMD). Dergelijke verplichtingen kunnen perfect opgelegd worden aangezien artikel 10 § 2 van de wet-Colla de mogelijkheid schept om één of meerdere bepalingen van KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies¹⁶ van toepassing te verklaren op osteopaten.

3 Objectieve gronden voor de eerstelijnsrol van de osteopaat

Aanvullend op de Wet van 29 april 1999 kunnen meerdere juridisch en/of wetenschappelijk relevante argumenten aangehaald worden om het adequaat functioneren van de osteopaat binnen zijn BCP in de eerste lijn te legitimeren.

3.1 De opleiding tot osteopaat

In de eerste plaats werd in de Kamer voor Osteopathie overeengekomen dat de osteopaat over een Master of Science (MSc.) in de osteopathie dient te beschikken om tot het beroep te worden toegelaten.¹⁷

http://www.sbo-bvo.be/sites/default/files/global/pages/Documenten/Politics/Profil/BCP_Osteopathie_GNRPO.pdf

¹⁶ Thans de gecoördineerde wet van 15 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen.

¹⁷ Advies K3 van de Kamer voor Osteopathie van 12 juni 2012 betreffende het opleidingsniveau om het vereiste profiel in de osteopathie te behalen. <http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@healthprofessions/documents/ie2divers/19083674.pdf>

De vooropgestelde opleidingsduur is minimaal 5 jaar hetgeen correspondeert met 300 ECTS. Een masteropleiding heeft immers tot doel de studenten te brengen tot een gevorderd niveau van kennis en competenties eigen aan het wetenschappelijk functioneren in het algemeen en aan een specifiek domein van de wetenschappen (*in casu*: de osteopathie) in het bijzonder. Dit opleidingsniveau is noodzakelijk voor de autonome beoefening van de wetenschap of voor de aanwending van deze wetenschappelijke kennis in de zelfstandige uitoefening van een beroep. Masteropleidingen zijn intrinsiek steeds academisch gericht, maar kunnen daarenboven ook een professionele gerichtheid hebben, zoals bijvoorbeeld bij kinesitherapeuten, artsen en psychologen. De eerstelijnsrol van de osteopaat schrijft zich dus volledig in deze logica in.

De enige reguliere, gesubsidieerde opleiding tot osteopaat in België is een zesjarig universitair programma aan de ULB (360 ECTS), waarbij de afgestudeerden een master in de motorische wetenschappen en een master in de klinische osteopathie verwerven. Deze opleiding wordt georganiseerd binnen de faculteit motorische wetenschappen en dit in nauwe samenwerking met de faculteit geneeskunde.

3.2 Conform de definitie

Bij raadpleging van de overeengekomen omschrijving van osteopathie binnen de Kamer van Osteopathie,¹⁸ dienen we voor het eerstelijnsverhaal voornamelijk te focussen op pathologieën en disfuncties van het locomotorisch stelsel (lees: musculoskeletale stelsel) en het perifere zenuwstelsel.

Onderzoek toont inderdaad aan dat de meeste patiënten een osteopaat consulteren voor musculoskeletale klachten en meer specifiek nog voor wervelzuiklachten van voornamelijk de nek en de lage rug. Meer specifiek blijken lagerugpijn, nekkklachten, cervicobrachialgie en hoofdpijn/migraine de vier meest voorkomende aanleidingen tot osteopathische consultatie in België.¹⁹

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 geweest²⁰ en zijn het op één na belangrijkste consulatiemotief bij de huisarts.²¹ In het Verenigd Koninkrijk werden, in de periode 2008-2009, naar schatting 9,3 miljoen werkdagen verloren door deze aandoeningen.²² In Denemarken wordt een kwart van alle gezondheidgerelateerde invaliditeitspensioenen toegekend als gevolg van aandoeningen van het bewegingsapparaat en een Deen dient rekening te houden met een

¹⁸ 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 artsennijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen*. ☒

http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg2/@healthprofessions/documents/ie2divers/19083665_fr.pdf

¹⁹ Ibid.

²⁰ Vos, T., Flaxman, et al., Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012, 380(9859), 2163-2196. doi:10.1016/S0140-6736(12)61729-2.

²¹ Department of Health: The Musculoskeletal Services Framework - A Joint Responsibility: Doing it Differently. London: Department of Health; July 2006.

²² Health and Safety Executive: Musculoskeletal disorders (MSDs) in Great Britain (GB) <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/musculoskeletal/index.htm>

gemiddelde van zeven jaar slechtere levenskwaliteit, als gevolg van musculoskeletaal-gerelateerde pijn en invaliditeit.²³

De stijgende levensverwachting met de daaraan gekoppelde stijging van het aantal ouderen in onze maatschappij, zal ook de impact van deze problemen en de vraag naar zorg voor deze musculoskeletale pijnklachten doen toenemen.^{24,25}

Foster et al.²⁶ 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.

3.3 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”.^{27,28} Zelfs de kennis en vaardigheden van spoedartsen met betrekking tot musculoskeletale klachten blijken ernstige tekortkomingen te vertonen.²⁹

W.S., 52 jaar, gaat op consultatie bij haar huisarts na een val van haar paard. Patiënte klaagt over pijnen in de borststreek die uitstralen naar de linkerzijde en een korte periode van ademnood na de val. De huisarts onderzoekt de patiënte en voert ook een “kloptest” uit ter hoogte van de wervelzuil maar de testresultaten lijken niet sluitend en stuurt mevrouw W.S. naar huis met de geruststellende woorden dat het gaat om een spierverkramping en hij schrijft een ontstekingsremmer voor. Een week later, en bij aanhoudende klachten, consulteert mevrouw W.S. haar osteopaat, die na een uitvoerig klinisch onderzoek toch enkele positieve testen ontwaart en doorverwijst naar de dienst radiologie. Mevrouw W.S. keert na radiologisch onderzoek huiswaarts met de diagnose van twee borstwervel- en vier ribfracturen.

Duiding: ook al was het, zowel voor de huisarts als voor de osteopaat, klinisch gezien, geen typisch geval, toch bezorgt de expertise met betrekking tot musculoskeletale klachten, de osteopaat net wat meer klinisch inzicht in de situatie, wat leidt tot een betere uitsluitingsdiagnose. Maar goed dat de

²³ 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

²⁴ Ibid.

²⁵ Smith, E., Hoy, D. G., Cross, M., Vos, T., Naghavi, M., Buchbinder, R., Woolf A.D., March, L. The global burden of other musculoskeletal disorders: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*, 2014, 73(8): 1462-1469. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204680.

²⁶ 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://arthritis-research.com/content/14/1/205>

²⁷ Ibid.

²⁸ 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>

²⁹ Comer G.C., Liang E., Bishop J.A.: Lack of Proficiency in Musculoskeletal Medicine Amongst Emergency Medicine Physicians, *J. Orthop. Trauma*; 2013, doi: 10.1097/BOT.0b013e3182a66829

osteopaat hier zijn eerstelijnsrol waarneemt en niet in de tweede lijn mogelijks een verkeerde zorg toedient.

Studenten osteopathie van de ULB die stage lopen op de spoeddienst, worden geprijsd voor hun diagnostische capaciteiten en voeren daar een eerste screening uit, waarna ze verwijzen naar andere diensten zoals: orthopedie, neurologie, radiologie, e.d.

Verschillende hoogkwalitatieve interventiestudies tonen aan dat niet-farmacologische zorg, zoals ook manuele geneeswijzen, beter zijn dan de eerstelijnszorg geleverd door de huisarts.³⁰

Een bredere eerste lijn voor patiënten met musculoskeletale klachten komt tegemoet aan de keuzevrijheid van de patiënt³¹ 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 aangepast om tegemoet te komen aan de toegenomen vraag.³²

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 betekenen.³³ 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 postgraduaat onderwijs, onvoldoende opgeleid is inzake musculoskeletale klachten en over onvoldoende kennis beschikt betreffende niet-farmacologische behandelingsmogelijkheden voor de patiënt.³⁴ 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.^{35,36,37} Dit staat in schril contrast met de kennis en de vaardigheden van de osteopaat om deze patiënten te onderzoeken en te behandelen. Tevens lijken osteopaten goed voorbereid om deze functies waar te nemen.³⁸

F.D., 51 jaar, werkt geregeld boven het hoofd met een zware boormachine en sukkelde sedert 6 weken met een pijnlijke rechterschouder. Na twee weken met pijnstillers op het werk en een steeds beperktere functionaliteit, maakt zijn vrouw een afspraak voor hem bij haar osteopaat. Na een uitvoerige anamnese en klinisch onderzoek raadt de osteopaat de heer F.D. aan om een neurologisch

³⁰ 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>

³¹ Wet op de patiëntenrechten van 2002.

³² 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.

³³ 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.

³⁴ 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_ftp.pdf?v=1&t=heo29hhy&s=276273e6d7d47a38d44c39c25f34118f9070e11d&systemMessage=Pay+Per+View+will+be+unavailable+for+upto+3+hours+from+06%3A00+EST+March+23rd+on+Wiley+Online+Library.+We+apologise+for+the+inconvenience

³⁵ Lønnberg F: The management of back problems among the population. I. Contact patterns and therapeutic routines [in Danish], *Ugeskr Laeger*, 1997, 159: 2207-2214.

³⁶ Ibid.

³⁷ Ibid.

³⁸ Luciani E, van Dun PLS, Esteves JE, Lunghi C, Petracca M, Papa L, et al. (2015) Learning Environment, Preparedness and Satisfaction in Osteopathy in Europe: The PreSS Study. *PLoS ONE* 10(6): e0129904. doi:10.1371/journal.pone.0129904

onderzoek te laten uitvoeren, meer bepaald een elektromyogram (EMG) van de nervus thoracicus longus. Dit om het vermoeden van een zenuwverlamming uit te sluiten. De neuroloog is vooreerst argwanend met betrekking tot deze zeer specifieke aanvraag maar is uiteindelijk verrast met de uitslag van het onderzoek dat daadwerkelijk een verlamming aantoont van precies voornoemde zenuw.

Mevrouw S.E., 62 jaar, is de wanhoop nabij wanneer ze op raadpleging komt bij een osteopaat. De “bewegingsbeperking” in haar schouder stoort haar danig in haar dagelijkse activiteiten en hier lijkt na een tweejarige Odyssee aan behandelingen (ontstekingsremmers, kinesithérapie, inspuitingen met cortisone en tenslotte een operatie waarbij bot van het schouderdak werd weggefreest en een slijmbeurs werd verwijderd) maar geen verbetering in te komen. De osteopaat is haar laatste hoop. Deze stelt vast dat er geen sprake is van een impingement (een aandoening waarop alle voorgaande behandelingen waren gebaseerd) maar dat een zenuwverlamming de oorzaak is van haar bewegingsbeperking. Een diagnose die door mevrouw S.E. aan den lijve wordt ondervonden door het uitvoeren van een eenvoudige test door de osteopaat en die later door een neurologische raadpleging met EMG-onderzoek wordt bevestigd.

Duiding: tweemaal dezelfde pathologie (Parsonage-Turner Syndroom) maar een geheel ander verloop. Hiermee wordt niet enkel het “ziekteverloop” in se bedoeld maar een verloop dat op alle mogelijke vlakken het verschil maakt, niet in het minst voor de patiënt.

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 *evidence* levert ons voldoende redenen om aan te nemen dat een model, waarbij de eerstelijnsfunctie bij musculoskeletale aandoeningen³⁹ 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 aandoeningen.⁴⁰

3.4 Een veilige zorg

Ondanks de goede opleiding van de osteopaat en de strak afgelijnde zorg die ze aanbieden, blijven er toch soms vragen bestaan of een osteopaat wel een voldoende veilige zorg kan aanbieden met betrekking tot het herkennen van ernstige pathologieën en/of het veelvuldig optreden van meer dan één (chronische) ziekte bij één individu tijdens een bepaalde periode (multimorbiditeit).

Mevrouw E.M., 26 jaar, consulteert een osteopaat voor hoofdpijn die de laatste weken steeds veelvuldiger optreedt en die niet echt reageert op de medicatie die ze van haar huisarts hiervoor krijgt. In de anamnese vermeldt ze tevens sinds een jaar een onregelmatige menstruatie die aanvankelijk hormonaal behandeld wordt maar die na ongeveer 6 maanden volledig uitblijft

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

(amenorroe). Omdat de patiënte intensief sport en dit gegeven eerder als een zegen ervaart, wordt hier verder geen aandacht aan besteed.

Toch raadt de osteopaat aan om een bloedonderzoek te laten uitvoeren, omdat zowel de anamnese alsook het klinisch onderzoek geen mechanische oorzaak van de hoofdpijnklacht laten vermoeden en een hormonale oorzaak eerder in overweging kan worden genomen. Dit onderzoek wordt na veel aandringen bij de huisarts uiteindelijk uitgevoerd en opmerkelijk is de verhoogde cortisolspiegel. De huisarts ziet echter geen verband tussen de amenorroe en de verhoogde cortisolspiegel, schrijft een sterker hormoonpreparaat voor, en raadt zijn patiënte aan om wat minder intensief te sporten.

Na inmiddels de derde consultatie bij de osteopaat merkt deze ook enkele lichamelijke veranderingen op bij mevrouw E.M., die een Cushing-beeld (een hormonale stoornis) steeds duidelijker op de voorgrond brengt en hij verzoekt zijn patiënte om een dringende radiologische raadpleging van het hoofd, temeer omdat de hoofdpijnen ook steeds erger worden en hij een hypofysetumor wil uitsluiten. Tot tweemaal toe wordt dit verzoek van de osteopaat, respectievelijk door de huisarts en het ziekenhuis geweigerd. Tot de patiënte uiteindelijk onder begeleiding van haar osteopaat hulp zoekt bij een universiteitsziekenhuis waar de nodige onderzoeken worden uitgevoerd. Precies één week later wordt de patiënte geopereerd van een hypofysetumor.

Duiding: dit onthutsende voorbeeld toont niet enkel aan dat de osteopaat zijn diagnostische functie zeer ernstig neemt en naar behoren vervult. Het toont tevens dat een intercollegiale samenwerking met wederzijds respect noodzakelijk is in het belang van de patiënt.

Bij een bevraging van de Benelux osteopaten in 2013 staat "de wens tot betere samenwerking met andere gezondheidsberoepen (respect, vertrouwen, acceptatie en multidisciplinair werken)" als tweede op het verlanglijstje van "de meest ideale ontwikkeling van de osteopathie", na de wens van "het beroep van osteopaat als een onafhankelijk, autonome eerstelijns geneeskunde".

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 klachten.⁴¹

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, overmedicatie en verhoogde arbeidsongeschiktheid en kosten.⁴² Ook de kwaliteit van de diagnose van bepaalde musculoskeletale aandoeningen door de huisarts wordt in vraag gesteld.^{43,44}

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 osteopaten.⁴⁵

⁴¹ 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/24853ftp.pdf?v=1&t=hek2dnw2&s=8a656af20f7fe62719872acaca7ecccf35e4db17>

⁴² 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>

⁴³ 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>

⁴⁴ 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

⁴⁵ 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

Complexiteit en multimorbiditeit

Het is een feit dat de meeste consultaties in de eerste lijn betrekking hebben op mensen met multimorbiditeit (78%)⁴⁶ 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 multiple 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 klachten.⁴⁷

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 van de osteopathie. De multidisciplinaire samenwerking met andere zorgberoepen is uitgewerkt als rol in het beroepscompetentieprofiel.⁴⁸

3.5 Kosteneffectiviteit

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. Men geeft nog steeds de voorkeur aan dure zorgstrategieën, zoals medicatie en medische beeldvorming, in plaats van de meer aanbevolen zorg zoals osteopathie⁴⁹ als een manuele geneeswijze, die daarenboven nauw aansluit bij de verwachtingen van de patiënt en hun tevredenheid wegdraagt.⁵⁰ Ook wordt osteopathische zorg steeds weer aanbevolen in *clinical guidelines*.^{51,52,53}

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 manipulaties.⁵⁴ Voor wat betreft de osteopathische zorg als een

⁴⁶ 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

⁴⁷ 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>

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ 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>

⁵⁰ 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>

⁵¹ National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg88/evidence>

⁵² 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.

⁵³ American Osteopathic Association. American Osteopathic Association guidelines for osteopathic manipulative treatment (OMT) for patients with low back pain. Chicago (IL): American Osteopathic Association; 2009. <http://www.osteopathic.org/inside-aoa/development/quality/Documents/aoa-guidelines-for-omt-for-patients-with-low-back-pain.pdf>

⁵⁴ 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>

totaalpakket, en niet enkel met betrekking tot een deelaspect ervan zoals spinale manipulaties, is er nog werk aan de winkel en weet de beroepsgroep van de noodzaak om hieraan tegemoet te komen.^{55,56} In de huidige klinische interventiestudies wordt hier reeds aandacht aan besteed en zijn de prille resultaten erg positief.^{57,58}

3.6 Preventie

Het uitwerken van gezondheidsdoelstellingen rond preventie maakt deel uit van het federaal regeerakkoord en is tevens één van de tien pijlers uit het herstelplan voor onze gezondheidszorg voorgesteld door gezondheidseconoom Annemans.⁵⁹

De preventieve geneeskunde gaat over het bevorderen van gezondheid, het behoud van gezondheid, het voorkomen van het ontstaan van ziekten, het tegengaan van de progressie van ziekten en het voorkomen van het chronisch worden van ziekten.

De preventieve functie van de osteopathie is bepaald door de osteopathische visie op ziekte en gezondheid als graduele fenomenen. Deze visie leidt tot een vorm van preventie die verschilt van hoe de conventionele geneeskunde hier een invulling aan geeft (zoals vaccinatie- en screeningprogramma's). De osteopathische visie op het organisme als een ingenieus mechanisme vormt de fundamentele legitimering voor de wijze van aanpak. Deze is namelijk het herstel van het mechanisme door er mechanisch op in te grijpen, manueel en zonder toevoegingen, omdat wat nodig is in het organisme zelf aanwezig is. Het ingrijpen van de osteopaat, werkt aldus in op het zelfherstellend- en zelfregulerend vermogen van het lichaam. De osteopathie heeft in deze problematiek het argument dat zij goedkoop is, juist omdat zij een niet-instrumentele, niet-medicamenteuze geneeswijze is. Bovendien kan haar visie een belangrijk aspect toevoegen aan het maatschappelijke denken over ziekte en gezondheid, omdat zij haar uitgangspunt neemt in de in het organisme aanwezige potentie tot gezondheid. Zij kan aldus een rol vervullen in het bevorderen van het vertrouwen in en de mogelijkheid tot gezondheid.⁶⁰

3.7 Primum non nocere

In de gezondheidszorg is dit een belangrijk ethisch principe waaraan ook de osteopathie niet ontsnapt. Bepaalde diagnostische alsook de therapeutische technieken uit onze geneeskunst kunnen, zoals alle medische handelingen trouwens, een bepaald risico met zich dragen. De voorwaarden voor het afwegen van het gunstig effect van een interventie tegenover de mogelijke

⁵⁵ Williams NH, Edwards RT, Linck P, et al (2004) Cost-utility analysis of osteopathy in primary care: results from a pragmatic randomised controlled trial. *Family Practice* 200421(6): 643-50. Available at <http://fampra.oxfordjournals.org/content/21/6/643.full.pdf+html>

⁵⁶ Gamber R, Holland S, Russo D et al. Cost-effective Osteopathic Manipulative Medicine: A Literature Review of Cost-effectiveness Analyses for Osteopathic Manipulative Treatment. *Journal of the American Osteopathic Association*, 2005, 105(8). <http://www.jaoa.org/content/105/8/357.full.pdf+html>

⁵⁷ Cozzolino V, Renzetti C, D'Incecco C, Fusilli P, Sabatino G and Barlafante G. Effect of osteopathic manipulative treatment on length of stay in a population of preterm infants: a randomized controlled trial. *BMC Pediatrics* 2013, 13:65. doi:10.1186/1471-2431-13-65.

⁵⁸ Cerritelli F, Pizzolorusso G, Renzetti C, Cozzolino V, D'Orazio M, Lupacchini M, et al. A Multicenter, Randomized, Controlled Trial of Osteopathic Manipulative Treatment on Preterms. *PLoS ONE*, 2015, 10(5): e0127370. doi:10.1371/journal.pone.0127370 <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0127370>

⁵⁹ Annemans L., *De prijs van uw gezondheid: Is onze gezondheid in gevaar?* 2014, Lannoo Campus, Tielt.

⁶⁰ Drexler K. De plaats van de osteopathie in het huidige gezondheidszorgbeleid: een belichting vanuit de fenomenologie, 2009, College Sutherland, DO-thesis, Brussel.

bijwerkingen, en om zodoende maximaal aan de voornoemde regel te beantwoorden, zijn een degelijke medische opleiding maar vooral ook een morele en juridische verantwoordelijkheid van haar beoefenaars.

Zoals men zich moeilijk kan inbeelden dat een huisarts de verantwoordelijkheid op zich wil nemen van een chirurgische interventie of van een handeling uitgevoerd door de tandarts, zelfs wanneer deze door hem werd geadviseerd, is dit ook onmogelijk voor een osteopathische raadpleging. De osteopathie die een zesjarige universitaire opleiding vergt, veronderstelt een unieke kennis en vaardigheid die enkel een osteopaat bezit en die bijgevolg niet kan worden voorgeschreven.

4 Conclusie

Het mag duidelijk zijn dat de beroepsgroep van osteopaten de ruim 40 jaar de facto werkend in de eerste lijn ziet als een verworven recht. Een recht dat 16 jaar geleden werd erkend in de wet-Colla en dat vandaag geen stof tot discussie meer zou mogen vormen. De beroepsgroep heeft, ondanks de vrijwel onbestaande middelen en steun die ze ter beschikking krijgt als eerstelijnsgezondheidszorg, steeds verder gebouwd aan een goed georganiseerd beroep met een universitaire opleiding en heeft op constructieve wijze samengewerkt in de Kamer voor Osteopathie en ook daarbuiten.

Op basis van de effectiviteit van de osteopathische zorg, de tevredenheid van patiënten en de samenwerking op het terrein met verschillende andere gezondheidsberoepen, kan de positie van de osteopaat in de eerste lijn terecht als een meerwaarde weerhouden worden. De beroepsgroep van de Belgische osteopaten vraagt dan ook met aandrang aan de betrokken beleidsmakers om deze maatschappelijke en wetenschappelijke realiteit te (h)erkennen en de osteopathie, als manuele geneeskunde⁶¹ onverwijd haar eerstelijnspositie in de gezondheidszorg te bevestigen.

⁶¹ Klein P., Lepers Y., Salem W. Intérêt de l'ostéopathie, *Rev Med Brux*, 2011; 32 : 369-74.

© Belgische Vereniging voor Osteopathie, erkende Beroepsvereniging van de Belgische Osteopaten (BVBO), Brussel, 2015

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 Belgische Vereniging voor Osteopathie, erkende Beroepsvereniging van de Belgische Osteopaten (BVBO)

BVBO
Charles Madoux laan, 59
1160 Brussel (Auderghem)
Tel: + 32 2 512 35 89
www.osteopathie.be

Dit document werd gesponsord door de Groepering, Nationaal en Representatief voor de Professionele Osteopaten (GNRPO vzw).

Hoe te verwijzen naar dit document:

van Dun P.L.S., Hermans B., *Osteopathie: een medische praktijk in de eerste lijn*, Belgische Vereniging voor Osteopathie, erkende Beroepsvereniging van de Belgische Osteopaten (BVBO), Brussel, 2015