

Editoriaal: Hoeveel „body of evidence“ zit er in een vleugje politieke wil?

Hoe verkoopt men zijn diensten aan de buitenwereld? Welke variabelen zijn hierbij van belang? In het geval van de osteopathie als vorm van geneeskunde bijvoorbeeld, lijkt het credo van de „Evidence Based Medicine“ (EBM) van groot belang te zijn. EBM is in de jaren negentig van vorige eeuw ontwikkeld met als doel de medische zorg wetenschappelijk te onderbouwen en zodoende de kwaliteit en effectiviteit van de medische zorg te verbeteren. Bovendien moet die zorg ook doelmatig zijn, dat wil zeggen het beste resultaat opleveren voor het minste geld. In de loop der jaren heeft de EBM-beweging algemeen ingang gevonden. Niet in het minst door eisen vanuit de overheid t.a.v. de implementering hiervan, met als doel de kosten onder controle te krijgen¹. M.a.w. EBM of ook nog Evidence Based Healthcare (EBH) is niet meer weg te denken als basis voor het nemen van beleidsbeslissingen; sterker nog, Reilly² schrijft: "...anyone in medicine today who does not believe in it (EBH) is in the wrong business".

Toch heeft de EBM 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 medici eraan toegevoegd dat het: "...about integrating individual clinical expertise and the best external evidence" gaat. 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."³

In deze driepoot kan men de variabelen terugvinden die van belang kunnen zijn om de osteopathie bij de beleidsmakers aan de man te brengen.

Ook in het KCE-Rapport 148A⁴: „Stand van zaken voor de osteopathie en de chiropraxie in België“, komen deze variabelen duidelijk aan bod. De „best research evidence“ is terug te vinden in het hoofdstuk van de „klinische evidentie en neveneffecten“, „clinical expertise“ wordt het best benaderd vanuit de opleiding en de „patient' values“ worden in het sociologische deel van het rapport onder de loep genomen.

Ondanks het feit dat we als beroepsgroep niet akkoord kunnen gaan met bepaalde beweringen en aanbevelingen, gebiedt de eerlijkheid ons om dit rapport ter harte te nemen en er lessen uit te trekken. Zonder ons te willen verdiepen in de details van het rapport willen we hier toch enkele feiten met betrekking tot de eerder genoemde variabelen naar voor schuiven.

Onze „**best research evidence**“ is mager. Zoals het KCE-Rapport concludeert, kunnen we enkel evidentie aanbieden bij de verlichting van chronische nekpijn en in mindere mate voor lagerugpijn.

Betreffende de wetenschappelijkheid, toont het KCE-Rapport ons dat de focus van dit onderzoek te veel gericht wordt op het technische aspect van een manuele geneeskundevorm, zoals de osteopathie. Met andere woorden: vele onderzoeken die in de analyse werden opgenomen, handelen over het aanwenden van manuele technieken en hun effect op de gezondheid van de patiënt. Door te focussen op de technische aspecten en niet op het effect van een totale osteopathische consultatie op zich, ligt natuurlijk ook meer de nadruk op het feit dat de osteopathie, als onderdeel wordt beschouwd van de manuele therapieën zoals ook de chiropraxie, manuele therapie, ... Dat is ook een van de redenen waarom door het KCE de osteopathie samen is onderzocht geweest met de chiropraxie en niet als een beroep op zich. Op deze manier ziet men de osteopathie ook eerder als een therapievorm, die aangewend

¹ Drexler K., De plaats van de osteopathie in het huidige gezondheidszorgbeleid: een belichting vanuit de fenomenologie, 2009, College Sutherland, DO-thesis, Brussel

² Reilly in Bronfort G., Haas M., Evans R., Leininger B., Triano J., Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report, Chiropractic & Osteopathy, 2010; 18 (3).

³ van Leeuwen E., (2007) 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>

⁴ http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5272&CREF=18755

wordt door artsen en kinesitherapeuten en niet zozeer als een werkelijke vorm van geneeskunde met een eigen identiteit.

Gelukkig is er binnen Europa een stroming waarbij er meer onderzoek verricht wordt naar het effect van een totaal osteopathische consultatie op het welzijn van de patiënt. Dit soort van klinisch onderzoek haalt de focus weg van de invloed van manuele technieken op de gezondheid en leidt ons meer naar dat waar de osteopathie echt voor staat en hoe ze daadwerkelijk in de alledaagse praktijk wordt bedreven, m.n. als een "totaal pakket van osteopathische zorg"⁵. Misschien kunnen we na voldoende hoogkwalitatief klinisch onderzoek besluiten dat ze op deze manier zelfs een meerwaarde te bieden heeft.

Wegens het feit dat dit soort van onderzoek nog maar net werd gezaaid, zal het nog een hele tijd duren vooraleer we kunnen oogsten en mogen we ons, alle kanttekeningen indachtig, misschien wel gelukkig prijzen dat de KCE analyse van de klinische evidentie in een iets breder kader werd doorgevoerd.

In elk geval mogen en kunnen we 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 het jaar 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 hopeloos achterhaald. In een artikel van 2000⁶ lezen we dat er voor een gemiddelde van 37,02% van de interventies uit de geneeskunde een ondersteuning is uit Randomized Clinical Trial's (RCT) en een gemiddelde van 76% van deze interventies wordt door enige andere vorm van overtuigende evidentie ondersteund. We mogen er van uitgaan dat dit cijfer na ruim tien jaar van onderzoek nog wat hoger zal liggen⁷.

Anderzijds zouden we ook kunnen stellen dat, wanneer blijkt dat patiënten, een osteopaat voornamelijk raadplegen voor musculo-skeletale klachten (in hoofdzaak rug- en neklachten)⁸ en dat we net hiervoor een redelijke evidentie 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 lagerugpijn en nekpijn, en wanneer zelfs gesteld wordt dat manuele interventies beter zijn dan de klassieke aanpak van de huisarts en onderzoek aantoon dat osteopathie minder gepaard gaat met neveneffecten en kostensparend kan zijn, dan dient men ook over te gaan tot de terugbetaling van osteopathie door de verplichte ziekteverzekering. Sterker nog, osteopathie dient zelfs eerste keuze te zijn bij de behandeling van deze klachten (zie ook de NICE Guidelines⁹)!

Met de financiële middelen die kunnen vrijkomen door geen terugbetaling meer te voorzien voor de overige 62,98% (m.b.t. bovenvermeld cijfer van 37,02%) aan interventies die in de conventionele geneeskunde niet onderbouwd worden door RCT's, kunnen we ruimschoots onze patiënten van terugbetaling voorzien voor de osteopathische interventies die wel wetenschappelijk onderbouwd zijn. Er zal beslist nog geld te over zijn om een osteopathische faculteit van voldoende fondsen te voorzien om het gevraagde osteopathische onderzoek te financieren.

Voor wat betreft de mogelijke "neveneffecten" van osteopathie kunnen we zeer kort zijn. Blijkbaar is er volgens het KCE-Rapport te weinig cijfermateriaal om hier een gefundeerde uitspraak over te doen en toch doet men een uitspraak. Eentje die met de nodige zin voor drama door de media op de mensen wordt losgelaten: "er is risico op zware, en zelfs

⁵ <http://www.corpp.org/research>

⁶ Imrie R., Ramey D.W., The evidence for evidence-based medicine, *Complementary Therapies in Medicine*, 2000, 8: 123-126

⁷ 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.

⁸ Ongeveer 65% aan wervelzuiklachten werden er gerapporteerd in het SDC-Project in het Verenigd Koninkrijk en een vijfde gelijkaardig percentage in het KCE-Rapport.

⁹ http://www.osteopathy.org.uk/uploads/standardised_data_collection_finalreport_24062010.pdf

⁹ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG88fullguideline.pdf>

levensbedreigende complicaties, vooral bij manipulaties van de hals". Hoe vaak deze ernstige incidenten voorkomen konden de onderzoekers echter niet achterhalen. Fundamenteel onderzoek^{10,11} toont aan dat de mechanische belasting tijdens deze cervicale manipulaties niet verantwoordelijk kan geacht worden voor deze zware complicaties en klinisch^{12,13} onderzoek 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 maken¹⁴. 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 dissectie¹⁵. Eén onderzoek (als uitzondering een prospectieve studie) stelt dat de voordelen van manipulatieve interventie voor patiënten met nekpijn, de risico's overstijgen¹⁶. Daarenboven is ons geen enkel onderzoek bekend waar enkel osteopaten het onderwerp uitmaken van deze vraagstelling.

Het thema "**clinical expertise**" dan: het KCE-Rapport stelt dat "er geen wetenschappelijke argumenten zijn om aan de beoefenaars van de osteopathie die geen arts zijn meer bevoegdheden te geven op het vlak van diagnose en werken zonder voorschrift dan aan kinesitherapeuten." Welke "wetenschappelijke argumenten" zouden hiervoor kunnen in overweging genomen worden? Wij zijn van mening dat beslissingen met betrekking tot de diagnose en het voorschrift eerder dienen te worden beargumenteerd op basis van de competenties van osteopaten. Men dient er dus voor te zorgen dat osteopaten opgeleid worden tot bepaalde competenties en het zijn deze competenties die het mogelijk moeten maken om een diagnose te stellen en ook niet afhankelijk te zijn van een voorschrift. De wetenschappelijkheid¹⁷ is de manier waarop kennis, vaardigheden en attitudes als bouwstenen van de competentie¹⁸, worden verworven. Het vormt het kader en verleent zodoende misschien wel het fundament voor het bereiken van deze competenties.

Wanneer we nu het Beroepscompetentieprofiel Osteopathie¹⁹ (BCP) er even op naslaan, althans het BCP van de GNRPO vzw, dan is het wel overduidelijk dat de conclusies en de hieraan gekoppelde aanbevelingen van het KCE betreffende "diagnose en voorschrift", niet houdbaar zijn.

De beroepsgroep van osteopaten is volmondig vragende partij voor deze wetenschappelijke omkadering die enkel kan geboden worden in de schoot van een universiteit²⁰.

Voor wat de "**patient' values**" betreft, staan we als beroepsgroep het sterkst. Tenminste, wanneer we dit gegeven wat ruimer interpreteren (de zorgkeuze van de patiënt, de

¹⁰ 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

¹¹ 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

¹² 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.

¹³ 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

¹⁴ Morichetti J, Meslé R. Risques liés aux manipulations du rachis cervical: Revue de littérature, *ApoStill*, 2009; 20: 13-29

¹⁵ Vogel S. Adverse events and treatment reactions in osteopathy, *IJOM*, 2010; 13:83-84

¹⁶ Rubinstein S.M., Leboeuf-Yde C., Knol D.L., de Koekoek 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

¹⁷ De "wetenschappelijkheid" waarvan hier sprake, blijft niet beperkt tot de "evidence" in de osteopathie waarop gefocust werd door het KCE, m.n. deze van het klinisch onderzoek, maar ook met betrekking tot alle mogelijke vakken uit het osteopathisch curriculum. Dus ieder vakgebied heeft hier zijn verantwoordelijkheid te vervullen (bv: biofysica, pathologie, anatomie, ...). Ook hier is er evidentie te vinden voor de onderbouw van de osteopathische geneeskunde.

¹⁸ De competentie als het verwachte gedrag dat de osteopaat dient te stellen om zijn rol in de eerstelijnsgezondheidszorg te kunnen waarmaken.

¹⁹ van Dun P.L.S. (red.) 2010, Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, Brussel: Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw)

²⁰ Staten Generaal Osteopathie, 26.10.2007, GNRPO vzw, Brussel

sociologische gegevens zoals: de frequentie van een bezoek aan de osteopaat en de tevredenheid van de patiënt).

Daar waar in een enquête van Test Gezondheid²¹ van 2007 bleek dat 4,8% van de Belgen een osteopaat opzochten, en waarbij een stijging van dit bezoek werd opgetekend van 1999 tot 2007 met 182%, zitten we volgens de cijfers van de nationale gezondheidsenquête 2008²², reeds bij 6,4%. Hierbij wipt de osteopathie over de homeopathie naar de eerste plaats van de niet-conventionele geneeskunden. Volgens de cijfers van de christelijke mutualiteiten werd het totaal aantal osteopathische verstrekkingen voor het jaar 2008 geschat op zo'n 1.200.000²³.

In 2009 heeft, volgens het KCE-Rapport, 7% van de Belgische bevolking een osteopaat geconsulteerd en uit het onderzoek is af te leiden dat er tussen dit en 10 jaar nog eens ongeveer 3.000.000 Belgen zullen behandeld zijn (bovenop de reeds 7%) door een osteopaat en niets laat vermoeden dat de tevredenheidsgraad zou verminderen²⁴.

Betreffende die tevredenheidsgraad van de consument is het opvallend dat de osteopathie op alle mogelijke vlakken het hoogst scoort t.o.v. de andere geneeswijzen, inclusief de conventionele geneeswijzen (huisartsen en specialisten). Hoewel Delterne en Sermeus²⁵ 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.

De tevredenheidsscore van 9 op 10 laat ook in het KCE-Rapport niets aan de verbeelding over. Deze score staat o.a. voor het grote vertrouwen van de patiënt in hun osteopaat (89%) en zijn tevredenheid over de verstrekte zorgen (88%).

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

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 en vraagt om maatregelen?²⁶ 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 moet onze „body of evidence“ wel zijn om voldoende kritische massa bereikt te hebben die de antwoorden op de twee eerder gestelde vragen kunnen dragen? Fundamenteeler nog: Hoe staat het met het grondrecht op levensbeschouwelijke vrijheid (pluralisme²⁷)? Wat met het gelijkheids- en het tolerantiebeginsel²⁸?

Zoals de patiënt het recht heeft om te weten wie „arts“ is en wie dergelijke geneeskunde uitoefent, heeft hij ook het recht te weten wie „osteopaat“ is en wie osteopathie uitoefent.

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

²¹ Delterne E., Sermeus G. *Enquête: alternatieve geneeswijzen*, Test Gezondheid, nr. 81 oktober/november, 2007

²² Hesse E. *Gezondheidsenquête, België, 2008*, Contacten met beoefenaars van niet-conventionele geneeswijzen, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

²³ Ibid.

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

²⁶ Sterker nog: welk is deze *mythische* macht, waarover de beleidsmaker en vooral de gevestigde geneeskunde vermeend zou beschikken, om een naar *logos* vragende beroepsgroep van osteopaten, een gepaste wettelijke reglementering te ontzeggen en aldus te bannen uit de (eerstelijns)gezondheidszorg?

²⁷ „Het feit dat experten het veelal oneens zijn over de beschikbare „evidence“, geeft op zich misschien al uitdrukking aan het gegeven dat de (medische) wetenschap pluralistischer is dan in opvattingen van EBM - die in wezen opvattingen van *consent based medicine* blijken te zijn, met soms sterk utilitaristisch aandoende beleidsimplicaties - wordt naar voor geschoven... Precies die wetenschappelijke tegenspraak maakt wetenschappelijke vooruitgang mogelijk.“ In Raes K, *Controversiële rechtsfiguren: rechtfilosofische excursies over de relaties tussen ethiek en recht*, Academia Press, 2001, p. 102

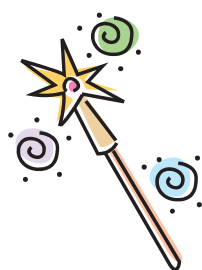
²⁸ De enige manier om deze vrijheid en beginselen te muilkorven en waarbij de overheid dient op te treden (met „verbieden“ of om het kind niet met het badwater weg te moeten gooien, subtieler nog: „een voorschrift“), is ervoor te zorgen dat er een verhaal kan opgehangen worden dat de osteopathie gevaarlijk zou zijn.

(lees vooral ook “te beschermen”²⁹) bij hun vrije keuze van zorg³⁰. Wanneer de patient een bewuste keuze voor osteopathische zorg heeft gemaakt, is het de morele plicht van de beleidsmakers om te zorgen voor een veilig kader en dient een opleiding te worden voorzien die de osteopaat in staat stelt de beste zorg aan te bieden. Momenteel ontbreekt enkel nog de politieke wil om tot een gepaste regularisatie over te gaan.

Bij de World Health Organization (WHO) bestaat deze wil tot regularisatie reeds enkele jaren en staat zelfs in hun strategisch plan opgetekend. Zoals de heer Minelli, vertegenwoordiger van de WHO, ons op het “International Congress of Osteopathic Medicine”, op 6 april in Firenze nog wist te vertellen, is de WHO als organisatie geen waterdrager van de conventionele geneeskunde. Het gaat hier om “gezondheid” en de bedoelingen van de WHO zijn klaar en duidelijk: “integratie van de Traditionele Geneeskunde/Complementaire en Alternatieve Geneeskunde (TM/CAM) in het gezondheidssysteem van de lidstaten”³¹. Eigenlijk was dit reeds één van de vier prioriteiten van de WHO uit hun TM/CAM strategie van 2002-2005. Verder zet de resolutie WHA62.13, van de WHO in 2009, haar lidstaten ertoe aan om te zorgen voor het oprichten van instanties voor kwalificatie, accreditatie en het verlenen van vergunningen voor beoefenaars van TC/CAM³².

We nemen als beroepsgroep graag onze verantwoordelijkheid om van onze osteopathie een *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 de EBM nog al eens pleegt te misbruiken. Ondanks het feit dat de wet Colla, om procedurele en organisatorische redenen, weinig kans maakt op succes³³ is er nog steeds dat vleugje politieke wil nodig om een noodzakelijke stap voorwaarts te zetten naar een duurzame oplossing voor allen (consument en osteopaat), onder welke vorm (lees wet) ook. Deze noodzakelijke „wil“ geldt ook voor het academische luik van ons verhaal en ondanks het feit dat het gevoerde discours van een geheel andere aard dient te zijn, zal men op het einde van de reis toch een en ander op elkaar dienen af te stemmen. In elk geval de osteopathie is een feit, de osteopaten zijn er en men kan ons moeilijk wegtoveren.

Patrick van Dun, DO



²⁹ In onze risico-maatschappijen verwachten de burgers dat de overheid steeds meer hun “right to safety” bovenop hun “right to security” beschermt. Ibid.

In dit kader dient ook een diploma in de osteopathie gezien te worden en instanties, zoals een Orde voor Osteopaten, een systeem voor permanente vorming, enz.

³⁰ 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 zorgverstreker (art 2 § 3).

³¹ WHO: Benchmarks for training in osteopathy, 2010, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599665_eng.pdf

³² Ibid.

³³ Raes K, *Controversiële rechtsfiguren: rechtfilosofische excursies over de relaties tussen ethiek en recht*, Academia Press, 2001, p. 109