

Professionele identiteit en kwaliteit voor de osteopathie

Wanneer ik ter voorbereiding voor het schrijven van dit kleinnood even de drie laatste versies las van de vorige “mijns inziens” kon ik twee leidmotieven ontdekken die mij de laatste tijd, meer als anders nog, sterk bezighouden: het probleem van *identiteit* en dat van *kwaliteit* binnen de osteopathie. Twee thema’s die na wat analyse onlosmakelijk met elkaar verbonden blijken te zijn.

Zowel als praktiserend osteopaat, als docent aan verschillende opleidingsinstituten voor osteopathie, als bestuurder van de Belgische Vereniging voor Osteopathie en de Commission for Osteopathic Research, Practice and Promotion (CORPP) en als lid van de Education Committee van de European Federation of Osteopaths (EFO) word ik constant geconfronteerd met deze thematiek. Omdat het mijns inziens een *conditio sine qua non* is voor het voortbestaan en de verdere ontwikkeling van ons beroep, hebben we er dan ook een onderzoeksthema van gemaakt binnen CORPP. Ik zou jullie over een aantal onderzoeksthema’s met veel enthousiasme kunnen vertellen maar het feit dat deze thematiek ook bij mijn Nederlandse collega’s sterk blijkt te leven, noopt mij ertoe dit even toe te lichten.

Vooreerst wil ik even duidelijk stellen dat deze thema’s niet nieuw zijn; ze maken deel uit van de historiek van ons beroep. De identiteit van ons beroep en de kwaliteit van haar opleiding waren van in den beginne een heikel thema^{1,2,3}. Deze historische gepredisponerdheid versterkt door enkele maatschappelijke gegevens maken het knap lastig voor de osteopathie om hierop antwoorden te formuleren.

Betreffende het begrip kwaliteit: onlangs praatte ik met een zelfstandig dakwerker die steeds de kwaliteit van zijn werk hoog in het vaandel droeg maar die door de concurrentiedruk genoodzaakt was de kwaliteit van zijn werk naar beneden te halen. Door steeds weer te besparen op materialen, vakmanschap en een beroep te doen op steeds goedkopere arbeidskrachten wist de concurrentie hem te verplichten dezelfde weg in te slaan, wilde hij overleven. Gewis was de klant hier ook het slachtoffer van maar uiteindelijk koos de klant ook om het werk goedkoop en snel af te leveren, m.a.w. de klant stuurt aan op kwaliteitsverlies. In een snel evoluerende consumptiemaatschappij zorgt een gewenste, snelle turnover van producten ook voor een snelle adaptatie van het product (of ook omgekeerd), die op haar beurt de klant doet consumeren. Dit maakt dat de kwaliteit niet steeds hoogstaand hoeft te zijn. Ook in onze dienstenmaatschappij hebben deze principes hun ingang gevonden. De vraag is of dit opportuun is voor een osteopathische opleiding.

¹ Littlejohn J.M. Osteopathy an independent system co-extensive with the science and art of healing, *JAOA*, special reprint 1901 in 2000, 100 (1): 14-26

² Gevitz N. *The D.O.s: Osteopathic Medicine in America*, 2004, 2nd edition, The Johns Hopkins University Press, Baltimore & London

³ Miller K. The evolution of professional identity: the case of osteopathic medicine, *Soc .Sci. Med.*, 1998, 47 (11): 1739-1748

In deze snel evoluerende maatschappij valt de betekenis van het toch al moeilijk precies te definiëren begrip “kwaliteit” soms nog moeilijker te begrijpen. Betreffende de kwaliteit van een osteopathische opleiding kunnen we kwaliteit begrijpen als: “beantwoordt deze opleiding aan zijn doel”. Let wel: het gaat mij hier enkel om de kwaliteit vanuit een deskundologisch- en niet vanuit een managementperspectief; een kwaliteit dus die de professionaliteit benadrukt, of beter nog: een “normatieve professionaliteit”⁴. Zonder dit thema te willen uitdiepen had ik het kort even willen hebben over de “objectieve kwaliteit” en niet over de kwaliteit die zou gedefinieerd worden vanuit het begrip “klantenwensen”, een gegeven dat spijtig genoeg nogal snel wordt door elkaar gehaald door opleidingsinstituten en niet in het minst osteopathische opleidingsinstituten, waarbij de wil van de klant, lees student, uiteindelijk een beslissende rol gaat spelen in het beleid van het instituut. Dit kan verstrekkende gevolgen hebben om de eenvoudige reden dat deze student – klant graag ziet dat de opleiding in eerste instantie aan zijn/haar doel beantwoordt en dit kan wel eens verschillen met het doel van de opleiding tot osteopaat in se. Temeer daar deze student meestal in een beroepsbegeleidende opleiding stapt tot osteopaat en dus alles beleeft in functie van zijn huidige beroepsbezigheid en niet dat van osteopaat dat per definitie in de toekomst ligt en waarover hij/zij slechts een vage notie heeft. Boze gedachten zien hierin een florerende markt voor postgraduaat onderwijs maar de vraag is of dit voor de deugdelijkheid, lees kwaliteit, van een osteopathische opleiding spreekt.

Wanneer we dus enkel rekening houden met de objectieve kwaliteit van een osteopathische opleiding die dus aan het doel beantwoordt om osteopaten op de markt te brengen die op zich beantwoorden aan bepaalde standaardvereisten, komen we automatisch bij het verhaal van de identiteit van ons beroep.

Wanneer we op zoek gaan naar de identiteit van een osteopaat en naar het kenmerkend karakter van de osteopathie lijkt dit vandaag de dag niet meer zo eenduidig te verklaren. Fundamenteel kunnen we ervan uitgaan dat de profilering van de osteopathie in de USA van een andere aard is dan deze in Europa en Australazië maar er zijn wel degelijk overlappingen.

Enkele kenmerkende eigenschappen van osteopathie t.o.v. andere medische beroepen uit de gezondheidszorg, die kunnen aangehaald worden zijn:

1. het praktiseren volgens de specifieke osteopathische concepten;
2. de manuele interventie in diagnose en therapie (complementair voor osteopaten uit de USA en bijna uitsluitend voor het overgrote deel van de Europese en Australaziatische osteopaten);
3. het uitvoeren van specifieke manuele handelingen in diagnose en therapie;
4. het in hoofdzaak actief zijn in de eerstelijnsgezondheidszorg (“general or family practice”);
5. het uitgesproken preventieve karakter;

⁴ **Kunneman H.** *Narratieve individualiteit en normatieve professionaliteit*, in Baars J., Kal D., Het uitzicht van Sisyphus, maatschappelijke contexten van geestelijke (on)gezondheid, 1995, Wolters, Noordhoff.

6. de bijzondere aandacht voor een hygiogenetische (ook wel salutogenetische) t.o.v. de pathogenetische aanpak, zonder de laatstgenoemde weliswaar te verloochenen.

Doch dienen we eerlijkheidshalve enkele kanttekeningen te plaatsen bij voornoemde punten:

1. Deze principes⁵ kunnen vervolledigd worden met de overtuiging dat een verstoorde bloedvoorziening en/of bezenuwing de normale fysiologie aantast. We zijn er ons terdege van bewust dat deze 4 principes, op zichzelf en/of in combinatie met elkaar, theoretisch althans, geen exclusiviteit meer zijn voor de osteopathische geneeskunde. Wat op het einde van de 19^{de} eeuw vrij exclusief bleek als gedachtegoed binnen de osteopathie, is dat vandaag niet meer. Samen met de voortschrijdende kennis binnen de basis- en humane wetenschappen is de allopathische geneeskunde wat betreft deze principes vrijwel dezelfde overtuiging toegedaan. Het wezenlijke verschil is de rol die het musculoskeletale systeem speelt bij gezondheid en ziekte en de voor de allopathie misschien wel verregaande implicaties die de osteopathie hieraan koppelt. Een tweede verschil is misschien wel de diepgang waarmee deze principes in de dagdagelijkse praktijk worden waargenomen en beoefend.
2. Een manuele diagnostiek en therapie zijn lang niet meer het exclusief terrein van de osteopathie. Ook voor de chiropractie, de kinesitherapie, de manuele therapie e.a. is het een belangrijk en soms het belangrijkste werkinstrument. Toch blijft het manueel handelen een expliciet kenmerk van de osteopaat.
3. Mein et al.⁶ waarschuwen voor de onwetendheid binnen de gezondheidszorg betreffende de diversiteit in het technische aspect van de manuele geneeskunden. Dit lijkt zo verscheiden te zijn dat men ervan kan uitgaan dat bepaalde technieken specifiek tot een bepaalde vorm van manuele geneeskunde behoren. Het immense arsenaal aan specifieke manuele technieken die zo kenmerkend was binnen de osteopathie blijkt volgens andere auteurs⁷ dan weer achterhaald wanneer men ziet dat vele van deze technieken reeds ten dele of geheel werden overgenomen door de chiropraxie en de manuele geneeskunde. Men kan zich daadwerkelijk de vraag stellen of het technische arsenaal op zich het wezen van de osteopathie vertegenwoordigt. Wanneer men een viscerale techniek mocht aanleren aan een kinesitherapeut is deze na enige training zeker in staat om dit naar behoren uit te voeren maar dit maakt hem nog niet tot osteopaat. Ook hier kunnen we er van uitgaan dat het geheel ("het

⁵ Uit de "**Kirksville consensus declaration**" van 1953, in Foundations for Osteopathic Medicine, American Osteopathic Association, 1997, pp. 4, 11-12

⁶ **Mein E.A. et al.** Manuel medicine diversity: research pitfalls and the emerging medical paradigm, *JAOA*, 2001, 101(8): 441-444

⁷ **Dvorak J. et al.** Manuelle Medizin, Chiropraktik, Osteopathie, *Man. Med. Osteopath. Med.*, 2001, 39:66-71

osteopaat-zijn”) meer omvat dan de som van de delen (het kunnen aanwenden van een groot arsenaal aan osteopathische technieken binnen een conceptueel kader en dit voor een welbepaald individu). Daarom kan men de osteopathie eerder betrachten als denkproces dan als aanwending van technische manipulaties.

4. Zoals we in verschillende artikels^{8,9} kunnen lezen heeft men in de USA de osteopathie onderscheiden van de allopathie door er in de jaren ‘70 tot midden de jaren ‘80 er het etiket van “holistic medicine” op te kleven. Vandaag is dit etiket veranderd in “primary care”. Hoewel ongeveer 50%⁸ van de osteopaten daadwerkelijk actief is in deze “primary care” is het volgens Gevitz⁷ geen goed idee om dit aan te grijpen als het kenmerkende voor de osteopathie, ook al omdat men moet vaststellen dat op vraag van de wetgever er binnen de allopathie in de USA steeds meer aandacht besteed wordt aan het opleiden van huisartsen. Dit zou volgens Cameron⁸, mede door het reeds bestaande verschil in aantal DO’s en MD’s, een verdeling geven van 1 DO t.o.v. 6 MD’s werkzaam in “primary care”. In Europa wordt dit een ander verhaal, omdat de osteopaat hier, gezien de historische ontwikkeling van het beroep en de functie die door de meeste Europese beroepsverenigingen voor osteopathie, de EFO en de World Osteopathic Health Organisation (WOHO) wordt geclaimd, in eerste instantie enkel een positie in die eerstelijnsgezondheidszorg kan bekleden. Eerstelijnsgezondheidszorg zien we graag als het aanbieden van een allesomvattende levenslange en continue zorgverlening en humanistisch in oriëntatie. Het omvat uiteraard ook urgentiegeneskunde⁸. Dit betekent ook dat alle voorwaarden moeten vervuld worden, zowel wat betreft de opleiding tot osteopaat alsook de rechten in het uitoefenen van het beroep om aan deze voorwaarden te voldoen.
5. Wanneer we ervan uitgaan dat een somatische disfunctie prodromaal kan zijn voor een pathologie en dat osteopathie ook als adjuvanstherapie of als standaardtherapie kan vooropgesteld worden, zoals ook reeds door klinische studies wordt gesuggereerd¹⁰, is het begrijpelijk dat osteopathie een uitgelezen preventieve rol te vervullen heeft.
6. De hygiogenetische¹¹ aanpak van de osteopathie staat in verbinding met de zelfregulering en instandhouding van de gezondheid. Het kenmerkt tevens de preventieve rol die voor de osteopathie is weggelegd. Het therapeutisch aspect van de osteopathie wordt gezien als regulerend en het legt tevens de verantwoordelijkheid voor gezondheid bij de patiënt zelf. Ook dit is geen exclusief terrein van de osteopathie.

⁸ **Gevitz N.** “Parallel and distinctive”: the philosophic pathway for reform in osteopathic medical education, *JAOA*, 1994, 94 (4): 328-332

⁹ **Cameron M. A.** Comparison of osteopathic history, education and practice in Australia and the United States of America, *Australasian Osteopathic Medicine Review*, 1998, 2(1): 6-12

¹⁰ **van Dun PLS** Cursustekst osteopathie voor de studenten geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Gent (RUG) <http://www.corpp.org/artikel/News/detail139652.jsp?msf=>, 2007

¹¹ **Heine H.** *Lehrbuch der biologische Medizin*, 1997, p. 3, Hippokrates Verlag Stuttgart.

Zoals reeds vermeld is de osteopathie niet op alle terreinen exclusief maar de voornoemde kenmerken zijn wel specifiek voor de osteopathische geneeskunde. Het is m.i. de combinatie van deze verschillende kenmerken in een welbepaalde verhouding wat de osteopathie onderscheidt van de andere disciplines binnen de gezondheidszorg.

Zoals Gevitz⁷ voorstelde, ligt misschien wel het belangrijkste kenmerk van de osteopathische geneeskunde in het feit dat binnen de osteopathie het musculoskeletale systeem een belangrijker rol wordt toebedeeld m.b.t. gezondheid en ziekte dan conventioneel wordt aangenomen. Ik wil eraan toevoegen dat “het musculoskeletale systeem” hier gerust breder kan geïnterpreteerd worden als het somatische systeem, m.a.w.: het skelet, de gewrichten, de myofasciale structuren en hun gerelateerde vasculaire, lymfatische, viscerale en neurogene elementen. De werkwijze van de osteopaat is voornamelijk biofysisch en nog preciezer biomechanisch van aard.

Palpatoire diagnose en manuele behandeling van dit somatische systeem zijn belangrijke middelen in de algehele evaluatie en behandeling van de patiënt.

Wanneer we nu willen voorzien in een kwaliteitsvolle opleiding voor een osteopathie met een eigen identiteit, waartoe hier slechts enkele aanzetten werden aangeboden, moeten er naar mijn mening enkele duidelijke keuzes worden gemaakt.

In de meeste Europese landen is er m.i. een zeer paradoxale houding en discours waar te nemen betreffende het osteopathisch onderwijs. Aan de ene kant wenst men wel een hoog niveau (verschillende instanties spreken over een minimum van een Master (Msc.), sommigen over een M.Sc. na M.Sc. of complementaire M.Sc.)¹² maar velen verdragen met een gerust geweten ook een professionele Bachelor (B.Sc.) of hebben een houding van “minder kan ook nog”¹³.

Zonder dit thema teveel te willen uitdiepen wil ik u in alle eerlijkheid voor het beroep enkele objectieve feiten op een rijtje zetten en dit uitgaande van een aantal premissen.

Premissen:

- Als we osteopathie beschouwen als een geneeskunde;
- Als we willen dat een osteopaat werkzaam is binnen de gezondheidszorg als een “primary health care practitioner”.

¹² **Rapport à 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, JL Vanherweghem, A. Vincent en <http://homepages.ulb.ac.be/~pklein/osteoulb.html>
<http://www.ulb.ac.be/catalogue/isepk/MOTR1-O.html>

¹³ **FORE**: The European Framework for Standards of Osteopathic Education & Training (EFSOET), Draft

Objectieve feiten:

- Dan dient een osteopathische opleiding een minimum van een M.Sc.-niveau of een equivalent ervan als curriculum voor een beroepsbegeleidende opleiding na te streven;
- En dient deze opleiding gesuperviseerde osteopathische klinische training te voorzien in daarvoor aangepaste klinische osteopathische settings.

Dit zijn “slechts” twee premissen en feiten die ik hier even wou aanhalen om het thema niet te breed te laten uitdeinen. Let wel: het gaat hier om een “sérieux” naar ons eigen beroep toe. Ik appelleer hier stellig en zonder omwegen, aan onze morele verplichting om een objectieve kwaliteit na te streven in de opleiding tot osteopaat en dit jegens ons beroep en diegenen die we opleiden.

Wanneer we het hier enigszins over eens zijn, zijn er twee zaken die we niet uit het oog mogen verliezen en die onze aandacht vragen:

- Een minimum aan degelijke opleidingsvereisten (lees “academische graad”) of een equivalent daaraan, gaat hand in hand met het vooropstellen van een bepaald intellect, attitudes en vaardigheden.
- De klinische praktijk (o.a. clinical bedside training) is het logische verlengstuk van het onderwijs in klinische vaardigheden en disfunctiemechanismen. M.a.w. we dienen de toekomstige osteopa(a)t(e) te vormen door hem/haar te begeleiden in wat we daadwerkelijk “doen” en niet door hem/haar te “zeggen” wat we doen.

U merkt dat vooral met betrekking tot de identiteit van de osteopaat nog een heleboel kwalitatief onderzoek nodig zal zijn om het discours met derden m.b.t. erkenning en opleiding van onze osteopathie voldoende te stofferen. Het is een probleem dat van bij het prille begin van ons beroep reeds bestond en waar we zeker niet snel een antwoord op zullen kunnen formuleren. Desalniettemin zijn we verplicht om deze discussie in alle openheid en op de meest objectieve wijze te voeren, want enkel een eigen identiteit in verbinding met een deugdelijk, kwaliteitsvol onderwijs dat deze identiteit kan dragen zal onze osteopathie doen overleven en een plaats geven binnen de gezondheidszorg.

Er zijn vele Nederlandse collega’s aan wie ik de pen zou willen doorgeven om langs deze weg te vernemen wat hen zoal bezighoudt. De beleefdheid gebiedt mij dit te vragen aan de ouderdomsdeken van de groep osteopaten die ik in gedachte had, m.n. Piet Dijs.

Alle briefwisseling naar:

Patrick van Dun, DO
Scheppershofstraat 12
B – 2800 Mechelen
E-Mail: p.vandun@corpp.org