

Verbreiding van de scope of practice

betekent niet meteen verdieping van onze osteopathische praktijk

Een pediater die doorverwijst naar een osteopaat is een kostbaar goed. Zowel de onvermoeibare promotie voor het beroep vanwege de beroepsvereniging maar nog meer de mooie klinische resultaten van osteopathische zorg voor deze patiëntjes zullen hier niet vreemd aan zijn.

Wanneer deze pediater alle vertrouwen in de osteopathie verliest, als ze verneemt dat een aantal osteopaten hun behandelingschema afstemmen op “dubieuze” spiertesten, aldus allergieën menen te diagnosticeren en hiervoor dure en meestal overbodige voedingssupplementen voorschrijven, heeft ons beroep een probleem.

De scope of practice (reikwijdte van de praktijk) van de osteopathie definieert de soort van zorg die een osteopaat mag uitvoeren volgens de relevante wet- en regelgeving van een land. Vermits die er in België nog niet is, hebben we deze als beroeps-groep zelf gedefinieerd¹ en werd ze grotendeels aangenomen binnen de Kamer voor osteopathie².

Toch wordt osteopathie steeds meer vermengd met andere benaderingen (applied kinesiology (AK, de “dubieuze” spiertesten, zie supra), homeopathie, dry needling, elektrotherapie, acupunctuur, etc.)⁴. Dit fenomeen is reeds lang bekend en vooral in Duitsland (voor 62% van de respondenten)⁵ en Oostenrijk (voor 60% van de respondenten)⁶ zeer duidelijk aanwezig. In Duitsland kan de verwenheid met het beroep van Heilpraktiker hierin een grote rol spelen. In het Verenigd Koninkrijk (VK) kennen we de historische verbinding tussen de osteopathie en de naturopathie en kan men uitgaan van een meer eclectische benadering van de osteopathische zorg. Dit verklaart waarom methoden/geneeswijzen zoals naturopathie, acupunctuur, kruidengeneeskunde en homeopathie op het repertorium van een osteopathische praktijk staan⁷. We onthouden voor het VK dat tussen 51%⁸ en 67%⁹ van de osteopaten gebruik maakt van bijkomende therapeutische methoden.

Zoals de KPMG-studie⁹ terecht opmerkt, is het mogelijk dat verschillende opvattingen van de

respondenten betreffende deze methoden van invloed is op hun classificatie ervan als onderdeel van de osteopathie, of als afzonderlijk veld (separate field), techniek of methode. Dat de opleiding hierin een rol speelt is de logica zelve. Anderzijds is de opleiding mogelijk niet de enige verklaring voor de honger naar verbreiding van de scope of practice. Onzekerheid in klinische praktijk van osteopaten en een gebrek aan begeleiding ter verdieping van de osteopathische praktijk, kunnen misschien wel een grote rol spelen.

Wanneer we de data voor België er even op naslaan, en dan specifiek ook focussen op AK, komen we tot de volgende bevindingen: volgens de Benelux Osteosurvey (2013)¹⁰ maakten 45,2% (N=225) van de respondenten in België gebruik van bijkomende diagnostische en/of therapeutische methoden waarvan 25,3% AK. Vijf jaar later bleek volgens de OPERA studie (2018)¹¹ een vrij gelijkaardig percentage van 42,8% (N=142) van de respondenten gebruik te maken van bijkomende diagnostische en/of therapeutische methoden. Hierbij blijkt AK met 26% veruit de meest gebruikte diagnostische methode te zijn (psychotherapie volgt op een tweede plaats met 3,5%).

Bij osteopaten wordt AK het meest gebruikt als bijkomend diagnostisch middel. Maar wat met de validiteit van deze methode van diagnose? Een zeer goed uitgevoerde dubbelblinde,



Patrick van Dun



Eric Dobbelaere



“Volgens de OPERA studie (2018) maakt 43% van de respondenten gebruik van een bijkomende diagnostische en/of therapeutische methoden en blijkt AK met 26% veruit de meest gebruikte diagnostische methode te zijn.”

gerandomiseerde studie concludeerde dat **AK niet valide is als diagnostische tool**. De auteurs besluiten, geruggesteund door een literatuuroverzicht van experimentele studies die voldoen aan geaccepteerde wetenschappelijke normen, dat niet kan worden aangetoond dat AK een nuttig of betrouwbaar diagnostisch instrument is waarop gezondheidsbeslissingen kunnen worden gebaseerd¹². Cuthbert en Goodheart¹³ komen in hun onderzoek tot een geheel andere conclusie maar hun review wordt sterk bekritiseerd door Haas et al.¹⁴ die belangrijke methodologische tekortkomingen ontdekken. Haas et al. besluiten, dat wanneer manual muscle testing (MMT), zoals gebruikt in de AK, wordt losgekoppeld van de standaard orthopedische/neurologische spiertesten, dat de weinige studies die specifieke AK-procedures evalueren de validiteit ervan als diagnostische tests niet kunnen bevestigen. Meer specifiek is het gebruik van MMT voor de diagnose van organische ziekten of vermeende pre/subklinische condities onhoudbaar.

Ook zou de effectiviteit van AK voor eender welke klacht niet kunnen worden aangetoond¹⁵.

Nu, op zich is dit geen rariteit. Er zijn heel wat diagnostische manuele tests die een probleem hebben betreffende hun betrouwbaarheid en validiteit. Tenslotte, kan AK gezien worden als een MMT die ieder van ons in de basisopleiding heeft leren kennen. MMT kan gezien worden als een tool in de studie van functionele neurologie: het diagnosticeren van een musculair onevenwicht waarbij er een aantal spieren de tendens hebben geïnhibeerd te worden terwijl andere overmatig

geëxciteerd worden¹⁶. Zo ook stelt een narratieve review een verband vast tussen de gebitsocclusie- of maxillo-mandibulaire relatie en de isometrische spierkracht. Het gebruik van AK voor de diagnose en behandeling van pathologieën op het gebied van de tandheelkunde wordt evenwel niet ondersteund door wetenschappelijke evidentie¹⁷.

AK wordt niet enkel gezien als een systeem dat structurele aspecten van gezondheid evalueert door middel van MMT, maar ook chemische en mentale aspecten. AK wordt op deze manier o.a. ook gebruikt door distributeurs van voedingssupplementen om veelal door middel van netwerkmarketing hun producten te verkopen¹⁸. AK staat ook steevast op de lijst van “onbewezen en controversiële methoden en theorieën in de allergie/immunologie”^{19,20}.

De praktijk leert ons, dat buiten de aanwending van AK als diagnostisch middel, osteopaten ook gebruik maken van AK om voedingssupplementen voor te schrijven, wat een ontkenning is van waar de osteopathie eigenlijk voor staat. Daarenboven mag een voedingssupplement, in tegenstelling tot een geneesmiddel, niet voorgesteld worden alsof het therapeutische of preventieve eigenschappen heeft ten aanzien van een ziekte.²¹ Ook blijkt dat ruim 60% van de onderzochte voedingssupplementen één of meer (verboden) farmacologisch actieve stoffen bevat²².

De antwoorden van de zoektocht als practicus naar de causaliteit van wat er fout loopt in de fysiologie van de patiënt liggen voor een osteopaat in eerste instantie bij een mogelijk disfunctioneren van die fysiologie. Of nog: “La chirurgie soustrait, la pharmacologie ajoute. Les techniques manuelles ne font ni l'un ni l'autre”²³, maar ze grijpen via de structuur in op de functie. Precies daar ligt onze professionele expertise als osteopaat en precies dat wordt aangemoedigd als competentie voor een osteopaat.

Een verwatering van deze expertise door op andere terreinen wat te experimenteren maakt ons niet meteen tot meester in ons vak, wel integendeel. Wanneer deze terreinen dan nog in vraag gesteld worden voor wat hun evidentie betreft, schaadt het ook nog eens onze geloofwaardigheid en betrouwbaarheid, zoals het dit ook deed voor de pediater uit de introductie. De pediater in kwestie had beslist ook een niet onaardig beeld van wat een osteopaat zou doen in de praktijk. Zoals 86% (N= 1.583) van de Belgen die osteopathie van naam kennen, en weten dat deze voornamelijk met de handen werken, weet ook 63% onder hen dat ze niet met voedingssupplementen werken²⁴. Een botsing van dit beeld met de feedback die deze pediater mocht ontvangen van haar patiënten, maar ook een gevoel van overschrijding van professionele competenties zijn problematisch voor een beroep op de drempel van haar erkenning.

Na contact met onze verzekeraar is het glashelder dat **elke handeling die niet beschreven staat in het beroepscompetentieprofiel niet in aanmerking komt voor schaderegeling**. Concreet betekent dit dat wie gebruikt maakt van bijkomende diagnostische technieken, die niet beschreven staan in het competentieprofiel, daarvoor niet verzekerd is en dus persoonlijk aansprakelijk kan worden gesteld indien schade zou optreden.

Ondanks het feit dat de osteopathisch klinische praktijk zowel diagnostisch als therapeutisch evolueert en dat deze in de toekomst nog kan aangepast worden, kan op basis van bovenstaande gegevens duidelijk gesteld worden dat **er op dit moment geen plaats is voor AK in de scope of practice van osteopathie**.

De voornoemde onzekerheid van voornamelijk

“Een botsing van het beeld dat men heeft van de osteopathie met de ervaring die men maakt, en een gevoel van overschrijding van professionele competenties, zijn problematisch voor een beroep op de drempel van haar erkenning.”

jonge osteopaten in hun klinische praktijk, dient in eerste instantie wel aangepakt te worden. Kwalitatieve bijscholing met een hoge begeleider/deelnemer ratio en echte klinische gevallen, en peer review klinische praktijk in lokaal osteopathische kring met ervaren collega's, kunnen hier mogelijk soelaas bieden.

Een heldere communicatie over de bestaande scope of practice³ en/of een nationaal beroepscompetentieprofiel¹, zowel door de beroepsorganisaties en nog meer door het onderwijs, kunnen meer duidelijkheid brengen in de beleving van het beroep van osteopaat, het vormen van een eenduidige identiteit en de manier waarop het beroep van osteopaat ervaren wordt door de buitenwereld.

