

Patrick van Dun

De drie pijlers van de osteopathie, nog steeds een pijnpunt

Reeds in 2010 drukte ik in een artikel ¹ mijn bezorgdheid uit over de kunstmatige opsplitsing van ons beroep in een pariëtale, viscerele en craniale pijler, en in 2013 herhaalde ik dit nog specifieker.² Deze betreurenswaardige profilering van ons beroep heeft ons in het verleden reeds parten gespeeld in de debatten rond onze erkenning, en doet het dit op politiek vlak nog steeds (voor een verklaring hiervoor zie infra).

De aard van vragen van individuele osteopaten behandeld door de beroepsvereniging en een grasduinen op hun websites, een vluchtige blik in het curriculum van opleidingen osteopathie, het profiel van aanvragen voor bijscholing, de manier van vraagstelling in enquêtes van eindejaarsstudenten osteopathie en de feedback van derden over ons beroep, tonen dat er op het vlak van communicatie nog heel wat ruimte is voor verbetering.

Het verschil in benadering en interpretatie van ons vak, dat kan leiden tot een parallelle en tot soms tegenstrijdige communicatie, is zeker ook een internationaal probleem,^{3,4} dat best kan aangepakt worden door meer eenvormigheid van opleiding en het behartigen van dezelfde professionele waarden.

Sta mij toe enkele belangrijke punten uit de voornoemde artikelen te herhalen en aan te vullen met nieuwe informatie.

De indeling van de osteopathie in "*pariëtaal*",

"*visceraal*" en "*craniaal*" of nog "*craniosacraal*" is zuiver van pedagogische aard. Deze is door de jaren heen een eigen leven gaan leiden en is een pedagogisch artefact dat eigenlijk nooit het licht had mogen zien wanneer we ons conceptueel kader trouw waren gebleven. Het wordt ook als commercieel lokmiddel gebruikt door opleidingsinstituten en door de individuele osteopaat graag op zijn website in de verf gezet, om bijvoorbeeld aan hun patiënten hun concurrentiepositie ten opzichte van hun voorgaande collega's duidelijk te stellen en hiermee hun nieuw beroep en de eventueel daarmee nieuw verworven status te afficheren. Men tracht op deze manier een eigen identiteit te creëren, wat op zich niet verkeerd is. De vraag is enkel of dit de juiste manier is om zich als dusdanig te profileren.

Deze indeling heeft historisch gezien geen enkel fundament, ze behoort ook niet tot de basisprincipes van ons vak, wel integendeel: een opdeling dekt bezwaarlijk de fundamentele osteopathische waarde om de patiënt als een eenheid en als focus van onze zorg te betrachten.^{5,6}

De indeling is ook, als niet geheel dan zeker wel gedeeltelijk, terug te voeren op het technisch arsenaal van de osteopathie (pariëtale, viscerele en craniale technieken), waarvan we overeengekomen waren dat dit niet het wezen uitmaakt van de osteopathie.⁷ Met andere

woorden, het heeft niets meer om het lijf dan een osteopaat die werkt ter hoogte van een bepaalde anatomische structuur zoals de rechterelleboog, het mesenterium, het cranium of de linkervoet.

De communicatie met betrekking tot dit thema verloopt dus niet vlekkeloos. Heel wat collega's verwarren bepaalde klinische concepten met het aanwenden van diagnostische en/of therapeutische technieken ter hoogte van bepaalde lichaamsstructuren en zijn niet steeds consequent in het gebruik van bepaalde begrippen en de combinatie ervan.

Typisch hiervoor is het recent gepubliceerde editoriaal van Zegarra-Parodi en Cerritelli⁴ met betrekking tot *cranial osteopathy*, waarin de auteurs de dichotomie beschrijven tussen het gebrek aan evidentie betreffende *osteopathy in the cranial field* (OCF) en de klinische toepassing van OCF. Het klinisch aanwenden van OCF in dit editoriaal wordt simpelweg onderbouwd door haar populariteit en/of het feit dat "de individuele of collectieve ervaring van een succesvolle behandeling van beperkte subgroepen van patiënten met specifieke klachten de acceptatie ervan te suggereren." Laten we eens even dieper ingaan op de hypothesen en motiveringen uit dit editoriaal. Deze zijn niet alleen een weergave van elementen uit de literatuur en persoonlijke ervaringen van de auteurs, maar wellicht ook een uiting van een moeilijke spreidstand tussen de conclusies uit het CORTECS-Rapport⁸ van de Franse kinesitherapeuten enerzijds (de eigenlijke aanleiding tot het schrijven van dit editoriaal) en de groep van "craniale stakeholders" in ons beroep anderzijds.

Als Belgische osteopaat kan ik het enkel maar

eens zijn met de „populariteit" van OCF, dit gezien het feit dat "neuro- en viscerocraniale technieken" de op één na meest gebruikte therapeutische technieken zijn door de osteopaten in de Benelux.⁹ Meer moeite heb ik bij de interpretatie van: "de behandeling van beperkte subgroepen van patiënten met specifieke klachten met een dergelijke (lees: OCF-) behandeling."¹⁰ Wat wordt er dan precies bedoeld met "een dergelijke behandeling" en waarom zou het enkel zinvol zijn bij de behandeling van beperkte subgroepen (volgens dit editoriaal: baby's en ouderen) en niet voor anderen? Vooral wanneer de betreffende anatomische structuur (in dit geval: het cranium) als aangrijpingspunt moeilijk meer verschillend kan zijn dan tussen deze twee subgroepen met daarenboven rekening houdend met de onderliggende concepten van de interventie.

Wanneer de auteurs dan begrippen als OCF, craniale technieken, cranosacraal therapie (CST) en het model van Sutherland door elkaar beginnen te gebruiken, raakt men snel verstrikt in deze verscheidenheid aan concepten en begrippen. Zeker wanneer ze dan nog eens in verbinding gebruikt worden met effectiviteitsstudies. Het is uiterst belangrijk om zorgzaam en correct om te springen met de betekenis van al deze begrippen.

Wanneer OCF gedefinieerd wordt als: "*a system of diagnosis and treatment by an osteopathic practitioner using the primary respiratory mechanism and balanced membranous tension*",¹¹ dan is het geen techniek op zich, noch de loutere aanwending van craniale technieken. Op dezelfde manier dienen we zeer voorzichtig te zijn wanneer we de resultaten van bijvoorbeeld een CST-studie uitgevoerd door fysiotherapeuten vergelijken met deze van een

effectiviteitsstudie van een patient tailored (op maat gesneden voor de patiënt) uitgevoerde osteopathische interventie, waarin "craniale technieken" al dan niet worden aangewend. Dit gebrek aan nauwkeurigheid in communicatie zorgt uiteraard voor beperkingen in de geldigheid van de discussie en zeker voor de conclusies die er aan vastgeknoopt worden. Dit geldt zowel in het geval van het betreffende editoriaal, alsook in uiteenzettingen op websites van individuele osteopaten of in een verklarend gesprek tussen een osteopaat en zijn/haar patiënt(e).

Persoonlijk ben ik zelfs een beetje terughoudend bij het gebruik van het begrip "craniale technieken". Tenslotte komt het neer op de loutere toepassing van specifieke manuele technieken (directe of indirecte technieken, bijvoorbeeld: MET, zachte weefseltechnieken, strain/counterstrain, luistertechnieken, enz.) uitgevoerd ter hoogte van het cranium. Op dezelfde manier dat we hen ook aanwenden ter hoogte van de linkervoet of cervicale wervelkolom van een patiënt. We gebruiken toch ook niet het begrip "linkervoet technieken" en we spreken beslist niet van "*osteopathy in the left foot field (OLFF)*" of "linkervoet osteopathie" zoals we dit wel plegen te doen voor "craniale osteopathie". De enige reden voor deze andere omgang met het cranium, of nog, cranium en sacrum, in vergelijking met de rest van het lichaam, is het hypothetisch model van Sutherland van "*the primary respiratory mechanism and balanced membranous tension*". In overeenstemming met Zegarra-Parodi en Cerritelli, moet het nu toch duidelijk zijn dat dit model niet houdbaar is wegens gebrek aan wetenschappelijke ondersteuning. Verklarende modellen die reeds lang zijn weerlegd, kunnen dan ook niet weerhouden worden (zie hiervoor de spelregels die worden geleverd door de

academische gemeenschap).¹²

Dit betekent echter niet dat manuele technieken toegepast op het cranium niet meer in een osteopathische praktijk kunnen worden uitgevoerd. Het betekent enkel dat osteopaten het vitalistische pad van de OCF dienen te verlaten, het cranium moeten demystificeren (of zoals Gabutti en Draper-Rodi¹³ voorstellen: de osteopathie decapiteren), methodologisch onderzoek (validiteit- en betrouwbaarheidsstudies) moeten doorvoeren betreffende hun technisch arsenaal en pragmatische effectiviteitsstudies (*pragmatic trials*) in een open box approach dienen uit te voeren om de effectiviteit van de osteopathische zorg te onderzoeken (en dus niet die van CST).

Dit betekent ook dat de link maken tussen bepaalde klachten en het aanwenden van bepaalde (lees in deze discussie: craniale) technieken, zoals ook gesuggereerd wordt in voornoemd editoriaal, minstens twijfelachtig is te noemen. Vooreen osteopaat althans, niet vooreen craniosacraal therapeut of een kinesitherapeut misschien. Dit om de eenvoudige reden dat het voorbijgaat aan de waarden van het beroep van osteopaat en haar *complex intervention*-gehalte (klassiek omschreven als een interventie met verschillende interagerende componenten). Om het concreet en eigenlijk karikaturaal maar zeker niet onrealistisch te stellen: craniale osteopathie voor baby's met reflux of voor senioren met slaapproblemen.

Het wordt echt dubieus wanneer de auteurs nu de patiëntenwaarden (één van de aspecten van EBM) in de balans werpen, om ze te doen overhellen naar een definitieve positieve beslissing in het voordeel van OCF. De auteurs argumenteren dat de osteopaat worstelt met een tegenstrijdigheid van het gebrek aan *evidence-*

based informatie enerzijds en van de vermeende successen van OCF anderzijds, waarbij ze deze tegenstrijdigheid dan voorstellen als een ethisch probleem dat dan maar beslecht dient te worden door de zorgvraag van de patiënt. Dit ethisch dilemma is natuurlijk niet echt aanwezig. Integendeel, het aanhangen van OCF wordt tot een ethische kwestie voor osteopaten, en wel door de overweldigende bewijslast dat het model niet houdbaar is. Daarenboven, valt het nog te zien of patiënten zich wel echt bewust zijn van de mogelijke effectiviteit van OCF en dienovereenkomstig een bewuste keuze maken voor OCF of dat ze alleen maar vertrouwen in hun osteopaat of de osteopathische zorg in het algemeen om hen te helpen met hun klacht(en). Het vervangen van het OCF model door een meer wetenschappelijk en deugdelijk model¹³ is enkel maar in het belang van zowel de patiënt als de osteopathie.

Dus, "echte EBM"¹⁴ voor de kar spannen van OCF lijkt mij een enigszins merkwaardige houding. Precies het tegenovergestelde zou aan de orde moeten zijn, en de patiënt met een beperkte medische geletterdheid zou moeten worden ondersteund bij het verstrekken van de juiste informatie. Dit is noodzakelijk om de juiste beslissingen te kunnen nemen met betrekking tot zijn/haar gezondheid, zoals dit ook perfect kan ingeschreven worden in de op stapel staande hervormingen van het KB 78.¹⁵ Ook McGrath ziet een ethisch probleem rondom het aanbieden van zorg beroofd van biologische plausibiliteit en bewijs voor effectiviteit.¹⁶ Hij waarschuwt dan ook voor de paradox van een osteopathie die wel een *evidence-based* zorg claimt maar tegelijkertijd mee heult met OCF en het zonnig promoot ook.

Een strikte en moedige houding is hard nodig in deze "*enigmatic case*" en is van het allergrootste belang, vooral voor een niet-conventioneel medisch beroep op de drempel van de erkenning in de meeste Europese landen, en waarbij de onderhandelingen met de verantwoordelijken voor gezondheidszorg in de eerste plaats gebaseerd zijn op het *evidence-based* karakter, de effectiviteit en de economische waarde van het beroep.

Deze discussie kunnen we even goed voeren voor de zogezegde twee overige "pijlers" van de osteopathie, met dezelfde conclusies.

Cave: diegenen die een opdeling in voornoemde deelgebieden heiligen, praten niet over „osteopathie" om de eenvoudige reden dat er geen enkele historische, conceptuele noch wetenschappelijke basis bestaat voor deze constructies van deelgebieden.

Het ligt bijgevolg in een ieders verantwoordelijkheid, als osteopaat en ook als collectieve groep, om zich desbetreffend van een ander discours te bedienen, zowel in gesprekken met patiënten en andere zorgverleners alsook op een persoonlijke website bijvoorbeeld.

Let wel: het voeren van een ander discours gaat verder dan enkel maar een semantische opsmukbeurt. Men dient ook bewust te zijn van alle implicaties die deze met zich meebrengen. Men dient de onderliggende gedachtengang te huldigen. En hoewel dit voor sommigen paradoxaal kan aandoen, brengt het verlaten van dit pad der verbrokkeling (opdeling) ons weer dicht bij onze osteopathische waarden en de kern van onze opdracht in de gezondheidszorg.

Literatuurlijst

1. van Dun PLS (2010) De wereld is aan de osteopaten en Icarus was een osteopaat ..., About osteopathy, 5: 17-21.
2. van Dun PLS Correcte communicatie over osteopathie. Een pijnpunt? About osteopathy, 2013, 6: 7-11.
3. Wagner C Exploring European Osteopathic Identity: an Analysis of Professional Websites of European Osteopathic Organizations, 2009, MSc Project, WSO DUK, Vienna.
4. Zegarra-Parodi R, Cerritelli F. The enigmatic case of cranial osteopathy: Evidence versus clinical practice. International Journal of Osteopathic Medicine (2016) 21, 1e4.
5. Prepared by the Special Committee on Osteopathic Principles and Osteopathic Technic – Kirksville College of Osteopathy and Surgery, Warner MD, Denslow JS, Gutensohn M, Peason W, Keller j, et al. The osteopathic concept: Tentative formulation of a teaching guide for faculty, hospital staff and student body, AOA Yearbook, 1954: 57-9.
6. Rogers FJ, D'Alonzo Jr GE, Glover JC, Korr IM, Osborn GG, Patterson MM, et al. Proposed tenets of osteopathic medicine and principles for patient care. J Am Osteopath Assoc, 2002; 102: 63-5.
7. van Dun PLS, Beroepscompetentieprofiel Osteopathie, 2010, Brussel: Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw).
8. Collectif de recherche transdisciplinaire esprit critique et sciences. L'ostéopathie crânienne. Available at: https://cortecs.org/wp-content/uploads/2016/01/CorteX-CNOMK_Ostéo-cranio-sacrée_Janvier2016.pdf [Accessed 28.12.2016].
9. van Dun PLS, Nicolaie NA, Van Messem A. State of affairs of osteopathy in the Benelux: Benelux Osteosurvey 2013. International Journal of Osteopathic Medicine (2016) 20, 3e17.
10. van Dun PLS, Letter to the Editor, International Journal of Osteopathic Medicine (2016), doi: 10.1016/j.ijosm.2016.10.003.
11. American Association of Colleges of Osteopathic Medicine, 2011 <http://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/got2011ed.pdf?sfvrsn=2> [Accessed 28.12.2016].
12. Lepers Y Histoire critique de l'ostéopathie: de Kirksville à l'Université Libre de Bruxelles, 2010, PhD, ULB, Bruxelles, p 212.
13. Gabutti M, Draper-Rodi J Osteopathic decapitation: why do we consider the head differently from the rest of the body? New perspectives for an evidence-informed osteopathic approach to the head. Int J Osteopath Med, 2014; 17:256e62.
14. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N Evidence based medicine: a movement in crisis? BMJ, 2014; 348: g3725.
15. Hervorming KB78, Gezondheidsberoepen in evolutie: naar een geïntegreerde gezondheidszorg, <http://kb78.be/3%20pijlers%20.html> [Accessed 28.12.2016].
16. McGrath MC A global view of osteopathic practice - mirror or echo chamber? Int J Osteopath Med, 2015; 18: 130e40.

**Une version française de cet
article vous sera proposée
dans la prochaine édition**