



# Artikel

## Correcte communicatie over osteopathie. Een pijnpunt?

*“... Selon l'arrêté royal en préparation, seule l'ostéopathie neuro-musculo-squelettique sera reconnue. Exit donc l'ostéopathie holistique, celle qui permet de déceler par exemple un problème aux viscères par une manipulation crânienne, une pratique qui ne passe pas le cap des règles de base scientifique.»*

bron: Belga

En volgens enkele reacties op de informatienamiddag betreffende de wet Colla van 30.11.2013 (ULB) ...

Volgens recente berichten zou het KB in voorbereiding enkel de “neuromusculoskeletale osteopathie” erkend worden. Betekent dit een exit “holistische osteopathie”?

Wat is nu die “neuromusculoskeletale osteopathie”? Zal de naam van het KB ook dit nieuwe begrip incorporeren? Wordt er in de wet Colla gewag van gemaakt? Zetelen wij momenteel in een “Kamer voor neuromusculoskeletale osteopathie”?

Het antwoord is negatief. In de wet Colla noemt ons beroep “osteopathie”, er bestaat enkel een Kamer van “Osteopathie” en het KB zal gewis ook de naam “osteopathie” vermelden.

Waarover gaat het dan werkelijk?

Dit verhaal berust op een foutieve profilering van het beroep onzentwege, een protectionistische houding van de kant van de allopathie (in casu de Academie voor Geneeskunde) met vervolgens een niet te overziene desinformatie die het beleid een verkeerde richting zou kunnen insturen.

### Vooreerst de foutieve profilering onzentwege

Reeds in 2010<sup>1</sup> drukte ik in een artikel mijn bezorgdheid uit over het de kunstmatige opsplitsing van ons beroep in een pariëtaale, viscerale en craniale pijler. Deze betreurenswaardige profilering van ons beroep blijft ons nog steeds parten spelen in de debatten rond de erkenning<sup>2</sup>.

Sta mij toe enkele belangrijke punten uit dit artikel te herhalen:

- De indeling van de osteopathie in „pariëtaal“, „visceraal“ en „craniaal“ of „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 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

1. van Dun P.L.S. (2010) De wereld is aan de osteopaten en Icarus was een osteopaat ..., About osteopathy, 5: 17-21

2. Wanneer Belgische academici zich dan pertinente vragen stellen rond de identiteit, technieken en concepten van de osteopathie, proberen ze dit dan maar in de internationale osteopathische vakliteratuur te bekomen en schrijven een [commentaar op een artikel van Licciardone et al.](#) Deze betreft weliswaar de nationale verschillen waarvan sprake in het commentaar van Leysen et al. die het voor de allopathische gemeenschap niet gemakkelijk maken om een éénduidig inzicht te verkrijgen in de osteopathische terminologie en concepten.



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 onze osteopathie, wel integendeel: een opdeling kan bezwaarlijk „holistisch“ genoemd worden.
- De indeling is ook, als niet geheel dan zeker wel gedeeltelijk, terug te voeren op het technisch arsenaal van de osteopathie (pariëtale, viscerale en cranosacrale technieken), waarvan we overeengekomen waren dat dit niet het wezen uitmaakt van de osteopathie<sup>3</sup>. Met andere woorden, het heeft niets meer om het lijf dan een osteopaat die werkt ter hoogte van een anatomische structuur zoals de rechterelleboog, een viscus, het cranium, de linkervoet, ...
- De communicatie met betrekking tot dit probleem verloopt niet vlekkeloos en heel wat collega's zijn weinig tot helemaal niet op de hoogte van wat er precies bedoeld wordt. Velen denken dat „cranium“ en „viscera“ sowieso themata non grata zijn aan de ULB. Het opnemen van viscerale technieken en of technieken uitgevoerd ter hoogte van het cranium in een curriculum osteopathie kunnen zonder meer, wanneer hiervoor voldoende wetenschappelijk fundament bestaat. Er wordt nu reeds over „cranium“ en „viscera“ gesproken, maar in het licht van de meest objectieve informatie die we voorhanden hebben. Verklarende modellen die reeds lang zijn weerlegd, worden uiteraard niet weerhouden. Ik verwijs hiervoor naar de spelregels die worden geleverd door de academische gemeenschap<sup>4</sup>.
- Viscerale technieken en of technieken uitgevoerd ter hoogte van het cranium zijn wel degelijk opgenomen in het BCP, terwijl dit eigenlijk niet nodig was. In het BCP wordt er ook niet gespecificeerd dat bijvoorbeeld een directe techniek uitgevoerd wordt ter hoogte van de linkervoet en toch krijgen viscerale manipulaties en neurocraniale en viscerocraniale technieken zoals ook hun diagnostische technieken een aparte vermelding (zie onder andere Bijlage VI)<sup>5</sup>. Dit BCP werd ook goedgekeurd in de Kamer voor Osteopathie.

Cave: diegenen die een opdeling in voornoemde deelgebieden heiligen, praten niet over „osteopathie“ om de eenvoudige reden dat er geen enkele historische noch wetenschappelijke basis<sup>6</sup> bestaat voor deze constructies van deelgebieden.

Het ligt bijgevolg in eenieders 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 als ook 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 aandoet, brengt het verlaten van dit pad der *verbrokkeling* (opdeling) ons weer dichterbij onze osteopathische principes.

Wanneer men er dan niet in slaagt om ook de diepere betekenis van dit correctere discours te ontdekken, dreigt men steeds terug te vallen in het oude stramien, zoals onlangs nog bleek in enkele reacties tijdens de informatienamiddag betreffende de wet Colla. Hier kregen enkele interpellanten, ondanks de voorafgaande vraag om zich van dit correcte

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

4. Lepers Y. Histoire critique de l'ostéopathie: de Kirksville à l'Université Libre de Bruxelles, 2010, PhD, ULB, Bruxelles, p 212

5. Ibid.

6. Osteopathisch klinisch onderzoek wordt ook doorgevoerd aan de gehele persoon/patiënt en niet aan deelgebieden van een persoon. Deelgebieden worden enkel onderzocht in het kader van fundamenteel onderzoek.



discours te bedienen, het moeilijk om hun punt te maken. Ze hervielen tenslotte in de bovenstaande opdeling om opheldering te vragen over hun bezorgdheden.

Het is met verheuging dat we mogen vaststellen dat de nieuwe generatie beleidsmakers, over de grenzen van de beroepsverenigingen heen, het denkkader van de verbroekeling hebben verlaten en zich geschaard hebben achter een éénduidige communicatie waarbij er enkel nog over "osteopathie" wordt gesproken.

### De protectionistische houding van de allopathie

Maar het voornaamste tegenargument voor een profilering in deelgebieden komt van diegenen die niet willen dat de osteopathie een eigen beroepsgroep wordt in de eerste lijn. Zo werd in 2009, in Duitsland, een beoordeling gegeven door de wetenschappelijke raad van de Bundesärztekammer (zeg maar de Orde van Geneeskunde in Duitsland) naar de wetenschappelijke waarde van het „osteopathisch handelen“ (en dus niet „osteopathie“)<sup>7</sup>. Zij gebruiken precies voornoemde opdeling van de osteopathie om in een zeer goed gedocumenteerd artikel de vloer aan te vegen met het viscerale en craniosacrale luik waarna er nog enkel het pariëtale luik overeind blijft. Dit luik stellen zij dan gelijk met de manuele geneeskunde en besluiten dat er geen nood is aan een apart beroep van osteopaat. Aardigheidje is dat de „Manuele Geneeskunde“ haar definitie in 2003 aangepast heeft in:

*„Die Manuelle Medizin (MM) ist die medizinische Disziplin, in der unter Nutzung der theoretischen Grundlagen, Kenntnisse und Verfahren weiterer medizinischer Gebiete die Befundaufnahme am Bewegungssystem, dem **Kopf, viszeralen** und bindegewebigen Strukturen sowie die Behandlung ihrer Funktionsstörungen mit der Hand unter präventiver, kurativer und rehabilitativer Zielsetzung erfolgt. Diagnostik und Therapie beruhen auf biomechanischen und neurophysiologischen Prinzipien.“ p. 2326*

Met deze aanpassing (met vet door mezelf aangebracht), die overigens niet wordt bevestigd op hun website, waar „Kopf“ en „viszeralen“ niet worden vermeld<sup>8</sup>) adopteren ze een deel van het osteopathisch actieterrein, waarna ze zonder blikken of blozen besluiten dat er blijkbaar ook op inhoudelijk-conceptueel vlak geen onderscheid te bespeuren valt tussen de begrippen „osteopathie“ en „manuele geneeskunde“. Op zich valt hier misschien wel iets voor te zeggen maar men moet de realiteit niet omdraaien uiteraard!

Het artikel is een schoolvoorbeeld van recuperatie van de osteopathie, gebruikmakend van een foutieve profilering van onze kant en een schaamteloze manipulatie van de historiek van hun kant. Het onderzoek naar „osteopathisch handelen“ zoals zij het noemen, sluit uiteraard naadloos aan bij een profilering van de osteopathie in pariëtaal, visceraal en craniosacraal. Zoals ik in een vorig punt reeds besprak, wordt er hier vooral gefocust op het technische aspect van de zaak, samen met de mogelijke indicaties, contra-indicaties en voorafgaande diagnostische uitsluiting. Die kunnen nog steeds volgens hetzelfde artikel, uiteraard enkel door een arts uitgevoerd worden.

De houding van de allopathie in België is een kopie van wat hierboven wordt weergegeven.

Dezelfde ingrediënten zijn terug te vinden in het recept ter monopolisering van de geneeskunde in de eerste lijn, m.n.: het wegen met twee maten en twee gewichten betreffende de evidentie binnen het vak, het recupereren van elementen uit de osteopathie, een misachting voor de historiek, het onterecht monopoliseren van de „diagnose“, ...

Deze officiële houding van voornamelijk de Academie voor Geneeskunde staat soms sterk in contrast met deze uit het werkveld en deze van individuele academici waarmee een goede samenwerking geen enkel probleem lijkt te vormen en leidt tot een wederzijdse verrijking in het belang van de patiënt.

7. Haas N.P., Hoppe J-D., Scriba P.C. Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren, 2009, Deutsches Ärzteblatt, 106(46): 2325-2334

8. <http://www.dgmm.de/manu.htm>



Ook bij artsen is er dus verscheidenheid, die o.a. zit in de aanpak van artsen naar de gezondheidszorg en op een ander niveau ook naar de patiënt toe. De overgang van een biomedisch naar een biopsychosociaal model, vertaalt zich ook op het patiëtniveau van een *disease-centeredness* (waarbij de focus op de pathologie/disfunctie ligt) naar *patient-centeredness* (waarbij de patiënt centraal staat)<sup>9,10</sup>. Ook voor wat betreft de relatie tussen de practicus en zijn patiënt (en op een ander niveau tussen de practicus en de gemeenschap) is er een verschuiving waar te nemen van een assymetrische en paternalistische (met de autoriteit aan de kant van de practicus) naar een gelijke en wederkerige relatie<sup>11</sup>. Ondanks het feit dat deze transitie reeds 40 jaar aan de gang is, zijn deze strekkingen nog steeds terug te vinden binnen het medisch korps. Het zijn vooral ook deze veranderingen in benadering van de gezondheidszorg die het terrein klaarmaken voor een verbreding van die eerstelijnszorg naar de osteopathie bijvoorbeeld, omdat deze waarden reeds 150 jaar deel uitmaken van het osteopathisch conceptueel kader. Het is dan ook niet verwonderlijk dat op het werkveld, de enkeling in zijn ivoren toren niet meegerekend, de relatie tussen osteopaten en artsen er op vooruit gaat.

Een medische pluraliteit met een doelgerichte verscheidenheid aan paradigma's en paradigmakomponenten is niet enkel uit ethisch perspectief gewenst. Het is vooral ook pragmatischer en succesvoller. Daarenboven is dit nu reeds een feit, meer nog, het is nooit anders geweest.<sup>12,13</sup>

Laten we ook niet vergeten dat de huisarts (*general practitioner*), in het Westen precies de omgekeerde weg dan wijzelf heeft moeten bewandelen om zijn plaats te claimen als eerstelijns-gezondheidszorg. Het was eerder het historische resultaat van machtsrelaties en niet van een geleide conceptuele visie op de gezondheidszorg, die pas later werd ingevuld om inhoud te geven aan hun rol. De huisartsen, als professionele groep, zijn hun plaats van eerstelijnsgezondheidszorg pas beginnen opeisen vanaf de jaren 50 à 60 van vorige eeuw en dit werk is nog steeds bezig, vooral voor wat betreft hun sociale status en ook de technische basis van hun werkverdeling ten opzichte van specialist-artsen<sup>14</sup>. Ook zij dienen steeds verder te onderhandelen en hun actieterrein steeds opnieuw af te bakenen en het is net dit wat zich afspeelt in de Kamer Osteopathie. Deze aard van onderhandelingen zullen dan ook zeker deel blijven uitmaken van onze opdracht als beroepsorganisatie<sup>15</sup>, ook wanneer er dient gedacht te worden aan terugbetaling van osteopathische zorg<sup>16</sup>. Zulke onderhandelingen gaan beslist een stuk makkelijker wanneer er een sterke, coherente beroepsgroep van osteopaten aan de tafel zit, met een gedegen identiteit en een éénduidig programma. Een beroepsgroep met een geloofwaardig opleidingsniveau en met een nauwe samenwerking tussen

academici en clinici om ervoor te zorgen dat de *evidence* deel wordt van de praktijk, zoals ook de praktijk deel kan worden van de *evidence*.

9. Van Dormael M., Roles of the general practitioner in different contexts, *Ann. Soc. Belge Med. Trop.*, 1995, 75 (Suppl. 1): 79-88

10. Reeve J., Irving G., Dowrick C.F., Can generalism help revive the primary healthcare vision?, *J. R. Soc. Med.*, 2010, 104: 395-400

11. Thomson O.P., Petty N.J., Moore A.P., Reconsidering the patient-centeredness of osteopathy, *International Journal of Osteopathic Medicine*, 2011, 14(3): 116-124

12. Wiesling U. Wer heilt, hat Recht? Über Pragmatik und Pluralität in der Medizin, 2004, Schattauer, Stuttgart, New York

13. Michl S., Potthast T., Wiesling U. (Hg.) Pluralität in der Medizin: Werte – Methoden – Theorien, 2008, 1. Auflage Verlag Karl Alber, Freiburg, München

14. Ibid.

15. van Dun P.L.S., In den beginne was er..., Editorial, *About osteopathy*, 2008, 5: 4-5

16. van Dun P.L.S., Hoeveel «body of evidence» zit er in een vleugje politieke wil? Editorial, *About osteopathy*, 2011, 3: 2-6



Hierbij komt dan nog eens de positie van de kinesitherapeuten (lees: vooral manueel therapeuten), die zich blijkbaar bedreigd weten door het sexy beroep van “osteopathie in de eerste lijn” dat op steeds meer sympathie kan rekenen bij de bevolking en steevast de populairste tussen alle andere niet- en wel-conventionele geneeswijzen is<sup>17,18</sup>. Dezelfde strategieën als deze van de artsen worden aangewend door AXxon<sup>19</sup> om de osteopathie te mystifiëren, marginaliseren, zelfs te banaliseren en als het erop aankomt te recupereren.

### Van desinformatie naar informatie

In het licht van wat hierboven werd uiteengezet is het quasi onmogelijk om als niet-expert een klare kijk op de zaak te hebben. De foutieve profilering van ons beroep en de protectionistische houding van de allopathie, zorgen voor heel wat ruis op het verhaal. Het wordt kunstmatig verzwaard en komt daarom diffuus en mistig over. Deze faits divers dienen als bliksemafleider. Ze leiden ons af van hetgeen echt belangrijk is: Het “neuromusculoskeletale” adjectief is er enkel maar om aan te duiden dat precies daar onze eerstelijnsfunctie zich bevindt. De osteopathie blijft wat ze is en waar ze is: “De osteopaat die de zorg voor de patiënt **in de eerste lijn** realiseert en het beroep van osteopaat **als klinisch beroep met omschreven bevoegdheden** in het kader van de gezondheidszorg”<sup>20</sup>.

Onze belangrijkste taak ligt er in om ons verhaal te ontdoen van alle overtollig gewicht en het op een coherente en onvervalste manier uit te dragen<sup>21</sup>; in haar veelzijdige gestalt, het wezen van ons beroep te bewaren en het tegelijkertijd voor een nieuwe generatie om te vormen.

Patrick van Dun, MSc, DO

Correspondentie:

[p.vandun@corpp.org](mailto:p.vandun@corpp.org)

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

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

19. <http://www.axxon.be/>

20. Ibid.

21. van Dun P.L.S., Mens M., Van den Berghe W., Hermans B. (red.), Informatiedocument Osteopathie, Brussel, 2013, Groepering Nationaal en Representatief van de Professionele Osteopaten vzw (GNRPO vzw) en Register voor de Osteopaten van België (R.O.B.)