

## De wereld is aan de osteopaten en Icarus was een osteopaat ...

Naar aanleiding van de eindredactie (lees: eindbeoordeling, discussie en het verzoek bij het nastreven van een consensus binnen de GNRPO vzw) en publicatie van het Belgische Beroepscompetentieprofiel osteopathie (BCP) en vooral ook in het kader van de debatten die gevoerd werden in het onderzoek van het Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) naar de osteopathie, wil ik jullie in deze bijdrage enkele overpeinzingen aanbieden die jullie mogelijk kunnen begeleiden bij het lezen van het BCP. Het zijn overpeinzingen die voornamelijk te maken hebben met de struikelblokken die we ondervonden bij de vele discussies rond de eindredactie van het BCP. Ik zal ze zo veel mogelijk onderbouwen, vrij van emotionaliteit<sup>1</sup> en gratuite beweringen, zoals ik ook gedaan heb bij de redactie van het BCP.

Ondanks het feit dat het BCP werd onderschreven door een meerderheid van haar leden, is men niet kunnen komen tot een unanimité binnen de GNRPO vzw. In plaats van zich neer te leggen bij de beslissing van de meerderheid, in het belang van het beroep om met één stem naar buiten te komen, heeft het Register voor de Osteopaten van België (ROB) beslist om een eigen BCP bij het KCE in te dienen. Zonder mij hier te willen verdiepen in de inhoud en de vorm van dit BCP kan ik enkel ten zeerste betreuren dat onze beroepsgroep weer in verspreide slagorde het veld wordt ingestuurd.

De discussie die geleid heeft tot deze niet-unanimité is mijns inziens multifactorieel van aard. Zeker is er nog steeds teveel sprake van belangenvermenging bij enkele beroepsorganisaties maar er is ook sprake van een communicatiekortsluiting, die voornamelijk terug te voeren is op een verschil in perceptie van de osteopathische identiteit, een subjectieve waarneming van de historiek en naar mijn mening een tikkeltje overmoed bij het voeren van de discussie rond dit alles.

Laat mij toe om enkele punten hierrond te verdiepen.

Betreffende de identiteit van de osteopathie werd er in het GNRPO-BCP (hoofdstuk 4 en 5) voldoende aandacht aan besteed. We onthouden hier vooral:

*Het is in deze technische uitstap uitermate belangrijk dat we ons bewust zijn van het feit dat het arsenaal aan aangewende osteopathische technieken geenszins de osteopathie in se definiëert. Ze maken enkel deel uit van de globale uitoefening van de osteopathische geneeskunde. Het onderliggende concept, het onderliggende osteopathische gedachtenproces en haar praktische vertaling, veel meer nog dan de technieken en de uitvoering ervan, onderscheidt de osteopathie van andere manuele geneeswijzen.*

Met vreugde stel ik vast dat deze mening in de gesprekken en briefwisseling met het KCE alvast door de gehele beroepsgroep onderschreven werd (een osteopaat is niet minder osteo wanneer hij geen Jones technieken aanwendt, zoals een kinesitherapeut niet minder kine is wanneer hij geen diadynamische stroom verstrekt en zoals een arts niet minder arts is wanneer hij geen antidepressiva voorschrijft voor een chronische lagerugpijn).

Deze vrij zelden voorkomende overeenstemming tussen osteopaten lijkt blijkbaar een kort leven beschoren wanneer er in het BCP niet resoluut gekozen wordt om de osteopathie te definiëren door middel van haar indicatiegebieden, met name „pariëtaal“, „visceraal“ en „cranosacraal“. Sommigen beweren zelfs dat we daarom het kind met het badwater moeten weggieten en het Nederlandse BCP dan maar dienen te adopteren, waarin deze indicatiegebieden een sleutelrol

<sup>1</sup> Ik kan enkel vaststellen dat een discussie betreffende de identiteit (de diepere substantie) van ons beroep, vrijwel steeds gepaard gaat met enige emotionaliteit en soms ook wel eens met iets te gratuite beweringen. Persoonlijk denk ik dat dit in samenhang staat met de grote diversiteit aan beleving van deze identiteit en het defensieve karakter van haar historiek.

worden toebedeeld. Nu is het niet omdat de Nederlanders dit in hun BCP als leidraad hebben gebruikt, dat dit als de te volgen weg dient gezien te worden, integendeel. Ik zal u in enkele van de naar mijn mening belangrijkste punten (geloof me, er zijn nog veel meer argumenten), proberen te overtuigen dat we niet dezelfde fouten hoeven te maken.

- Deze indeling van de osteopathie in „pariëtaal“, „visceraal“ en „cranosacraal“ is zuiver van pedagogische aard, die door de jaren heen een eigen leven is gaan leiden. Het wordt door opleidingsinstituten onder andere gebruikt als een lokmiddel om bijvoorbeeld kinesitherapeuten-zieltjes te winnen voor hun onderwijs en door de „osteopaat met de pet“ op hun website in de verf gezet om onder andere 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. Beiden verzoeken op deze manier een eigen identiteit<sup>2</sup> te creëren wat op zich niet verkeerd is, de vraag is enkel of dit de juiste manier is om zich als dusdanig te profileren. Wanneer ik het voorbeeldje van hierboven even terugneem: is een osteopaat minder osteo wanneer hij geen viscerale technieken aanwendt zoals een kinesitherapeut minder kine zou zijn wanneer hij geen elektrotherapie aanbiedt? Op deze manier zouden er beslist heel wat osteopaten in verlegenheid worden gebracht en zich niet meer thuis kunnen voelen in onze beroepsgroep.
- Desbetreffend kan ik u ook melden dat deze indeling historisch gezien geen enkel fundament heeft, 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. Met andere woorden, het heeft niets meer om het lijf dan een osteopaat die zijn ding doet ter hoogte van een anatomische structuur zoals de rechterelleboog, een viscus, het cranium, de linkervoet,
- Ook wanneer we in het BCP van het ROB<sup>3</sup> kunnen lezen dat het begrip „pariëtaal“ bijvoorbeeld, niet mag begrepen worden als een „pariëtale structuur“ of „een groep van technieken uitgevoerd hierop“ maar als „de pariëtale functie“ (zonder dat dit evenwel wordt omschreven), verandert dit niets wezenlijk aan de zaak. Zeker niet wanneer wat verder in het document toch weer expliciet naar, bijvoorbeeld, „viscerale en cranosacrale technieken“ wordt verwezen om het „medisch osteopathisch handelen“ te definiëren.
- Daarenboven heb ik het vermoeden dat de communicatie met betrekking tot dit probleem niet vlekkeloos verloopt en dat de tegenstanders van het voorliggende BCP en tegelijkertijd de meest „kritische“ osteopaten voor een universitaire opleiding weinig tot helemaal niet op de hoogte zijn van wat er precies bedoeld wordt. Velen denken dat „cranium“ en „viscera“ sowieso themata non grata zijn aan de unief. Het opnemen van viscerale technieken en of technieken uitgevoerd ter hoogte van het cranium in een curriculum 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 (een voorbeeld moge dit verduidelijken: wanneer reeds vele jaren het bewijsmateriaal binnen de biomechanica zich opstapelt tegen de wetten van Fryette dan is het toch normaal dat deze niet meer als verklaringmodel worden aangeboden voor werveldisfuncties. Ze krijgen eventueel wel een plaats in de historiek om te komen naar meer aangepaste

<sup>2</sup> Assmann A., Friese H. *Identitäten, Erinnerung, Geschichte, Identität 3*, 1999, 2.Aufl., Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main

<sup>3</sup> Roggen, L L M (red.), 2010: Competentieprofiel Osteopathie - Register voor de osteopaten van België - R.O.B, p 23;p 28-32

modellen). Ik verwijs hiervoor naar de spelregels die worden geleverd door de academische gemeenschap<sup>4</sup>.

- Temeer wil ik er nog eens op wijzen dat viscerale technieken en of technieken uitgevoerd ter hoogte van het cranium wel degelijk zijn opgenomen in het BCP, terwijl dit eigenlijk niet had gehoeft; 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).
- Maar het voornaamste tegenargument voor zulk een profilering komt van diegenen die niet willen dat de osteopathie een eigen beroepsgroep wordt in de nabije toekomst. 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“ of „osteopathische geneeskunde“; men schuwt zelfs het kind bij naam te noemen)<sup>5</sup>.

Zij gebruiken precies voornoemde profilering 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 pariëtaal 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. Paradoxaal genoeg stellen we hier vast dat het precies de angst is die geuit wordt door de tegenstanders/weifelaars binnen de GNRPO vzw voor het voorgestelde BCP, die hier bewaardheid wordt wanneer er gebruik wordt gemaakt van de indeling in pariëtaal, visceraal en craniosacraal.

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>6</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 met andere woorden, een schoolvoorbeeld van recuperatie van de osteopathische geneeskunde, 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 geïllustreerd op het technische aspect van de zaak, samen met de mogelijke indicaties, contra-indicaties en voorafgaande diagnostische uitsluiting die, nog steeds volgens hetzelfde artikel, uiteraard enkel door een arts kan uitgevoerd worden.

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

<sup>5</sup> Haas N.P., Hoppe J-D., Scriba P.C. Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren, 2009, Deutsches Ärzteblatt, 106(46): 2325-2334

<sup>6</sup> <http://www.dgmm.de/manu.htm>

Dit laatste punt alleen al, is reden genoeg om in ons BCP voor een andere strategie (lees ook profilering) te kiezen.

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>7</sup> bestaat voor deze constructies van deelgebieden.

Bij dit alles wil ik mij dan nog niet verdiepen in wat de wetenschappelijke waarde is van dit alles. Enkele van mijn persoonlijke gedachten staan deels opgetekend in een bijdrage die ik schreef voor de Rijksuniversiteit Gent (RUG).<sup>8</sup> Ondanks het feit dat er hier enkele aanzetten worden gegeven voor een verbreding van het indicatierrein van de osteopaat heb ik het volste respect voor de houding van de opleiding aan de ULB met betrekking tot het EBM-gehalte van het curriculum. Iedereen dient te begrijpen dat er hier geen andere weg **kan** bewandeld worden wanneer men een plaats in de eerstelijns geneeskunde claimt. Deze stellingname zou eigenlijk moeten gelden voor elk osteopathisch opleidingsinstituut wil het de osteopathie als beroep niet beschamen en het is de opgave van de GNRPO vzw om daarop toe te zien.

Dit alles wil niet zeggen dat er in de toekomst geen plaats zou zijn voor een breder indicatiegebied, of dat de academische wereld niet gevoelig zou zijn voor de klinische resultaten van de meest uiteenlopende osteopathische technieken en/of indicatiegebieden, ook al zijn deze soms nog te anekdotisch en te weinig onderzocht. Ik verwijs hier eens te meer naar de eerder genoemde spelregels<sup>9</sup>. Ons hiervan onttrekken zou hoogst onverantwoord zijn. Het is **onze** opgave om hierin verandering te brengen en de osteopathie die we in onze praktijk graag doorvoeren en waarvan we de klinische resultaten dagelijks mogen ervaren op de kaart te zetten en te voorzien van voldoende „evidence“ zonder evenwel ook de „Evidence Based Practice“ uit het oog te willen verliezen (lees het BCP op p. 36). Hiervoor horen er voldoende middelen en mankracht vrijgemaakt te worden, met andere woorden, deze prioriteit zal moeten ingebouwd worden in de strategie van de GNRPO vzw.

De mogelijke twijfel tot zelfs aversie van enkelen onder ons om voluit te kiezen voor een universitaire opleiding voor ons osteopathisch beroep is zeer marginaal te noemen en is voornamelijk terug te voeren op het bestaan van privé-opleidingen osteopathie, waarbij de intenties van deze opleidingen niet steeds duidelijk zijn met betrekking tot de objectieve noden van het beroep<sup>10, 11</sup> (zie ook de eerder genoemde „belangenvermenging“). Er bestaat, zowel nationaal als internationaal, een zeer breed draagvlak binnen de beroepsgroep voor een universitaire opleiding, wat maakt dat deze vraag niet meer echt relevant blijkt. Ik verwijs hier graag naar de 81% van osteopaten die op de Staten Generaal Osteopathie in 2007 vonden dat de osteopathie aan een universiteit moet worden onderwezen<sup>12</sup>.

Laten we bij dit alles niet vergeten dat het vinden van onze niche in de gezondheidszorg en dus ook het verder polijsten aan onze identiteit een kwestie is van onderhandelen met een heleboel gesprekpartners in onze maatschappij<sup>13</sup>. Ik ben er, ongetwijfeld ook met u, sterk van overtuigd dat er geen weg meer terug is; de wereld is aan ons maar de manier waarop, zal via onderhandeling moeten gebeuren. Een onderhandeling die berust op ratio en feiten, wars van

---

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> **van Dun P.L.S.** Reflecties over CAMs: Osteopathie, 2008: 1-20 (niet gepubliceerd), <http://www.corpp.org/artikel/News/detail139652.jsp?msf=>

<sup>9</sup> **Lepers Y.** Histoire critique de l'ostéopathie : de Kirksville à l'Université Libre de Bruxelles, 2010, PhD, ULB, Bruxelles, p 212

<sup>10</sup> **Wagner C.** Exploring European Osteopathic Identity: an Analysis of Professional Profiles of European Osteopathic Organizations, 2009, MSc Project, WSO-DUK, Vienna

<sup>11</sup> **van Dun P.L.S.** (2008) Professionele identiteit en kwaliteit voor de osteopathie, *De Osteopaat*, 9 (2): 6-8.

<sup>12</sup> Staten Generaal Osteopathie, 26.10.2007, GNRPO vzw, Brussel

<sup>13</sup> **Miller K.** The evolution of professional identity: the case of osteopathic medicine, *Soc .Sci. Med.*, 1998, 47 (11): 1739-1748

emotionaliteit en anekdoten. Veel zal afhangen van hoe we alles in goede banen zullen kunnen leiden, zodat we niet teveel van onze identiteit moeten prijsgeven. Voor elke betrachting van onze kant moeten er wel degelijk voldoende feiten aan te voeren zijn in de vorm van wetenschappelijk onderzoek wat relatief schaars is in ons beroep. Laat ons dan kiezen om niet te hoog te vliegen en niet te overmoedig te zijn in onze discussie.

Graag had ik willen afsluiten met een gedachte die ik baseerde op een schrijven van Hans Kühn en die ik publiceerde als editoriaal in de „About Osteopathy“ van oktober 2008<sup>14</sup>:

***De osteopathie is nooit en nergens gelijk. Toch dienen we gelijktijdig niet uit het oog te verliezen dat er bij al deze wisselende tijdshistorische stromingen en tegenstromen, zich in deze verscheidene, zich veranderende beelden en beleefde realisaties van de osteopathie, daadwerkelijk een “blijvend” schuilgaat. Een blijvend waar we onze volle opmerkzaamheid aan moeten schenken; grondcomponenten die in de oorsprong van het beroep vervat liggen. Dit blijft de geldige norm en vormt het “wezen”, de kern, een gemeenzame substantie van het beroep. Tegenover dit starre essentialisme voeg ik er direct aan toe dat dit blijvende wezen zich enkel toont in veranderenden. Er bestaat een identieke in variabelen. De osteopathie vertoont zich in een steeds veranderlijk-historische verschijningsvorm of “gestalt”. Wanneer we een zicht willen krijgen op het dynamische en niet het starre, blijvende wezen dienen we op zijn veranderende historische verschijningsvorm, zijn gestalt, te achten. Misschien is dit niet de ideaal-osteopathie die we voor ogen hadden en die zich verheft in hogere filosofische sferen maar de werkelijke osteopathie te midden in de wereld en geschiedenis van geneeskunde en gezondheidszorg. Nergens bestaat er een wezen van de osteopathie an sich, ontkoppeld en chemisch distilleert uit de geschiedenisstroom. Wezen en gestalt laten zich niet loskoppelen.***

*Toch is het belangrijk om het onderscheid tussen wezen en gestalt te onderkennen. Hoe moet men anders het blijvende in de gestaltwording bepalen? Wat zou de norm worden, het criterium, om te bepalen wat acceptabel of wat verwerpelijk is? Want er is niet enkel wezen en gestalt, een blijvend en een zich-veranderend, er is ook on-wezen. Er zal steeds wel een grondconflict tussen traditie en vernieuwing zijn. De vraag is of onze osteopathie in staat zal zijn bij al deze verschillen en conflicten, bij al deze richtingen en scholen, stromingen en opinies, haar substantie en haar wezen te bewaren. ...*

*Laten we op de stroom van deze overpeinzingen onze gestalt vinden zonder het wezen der osteopathie te beschamen.*

Patrick van Dun, DO



<sup>14</sup> Ik schreef dit editoriaal in het kader van de gesprekken binnen het Forum ziekenfondsen m.b.t. gesprekken tussen en binnen de GNRPO en de UKO.