

# OSTEOPATHIE

## Inleiding

### Definitie

*"De osteopathie is een manuele, diagnostische en therapeutische benadering voor het behandelen van functiestoornissen in de mobiliteit van gewrichten en weefsels in het algemeen, en voor het vaststellen van het aandeel ervan in het ontstaan van ziekteverschijnselen."*

*Belgische Academie voor Osteopathie*

*"Osteopathy is an established recognized system of healthcare which relies on manual contact for diagnosis and treatment. It respects the relationship of body, mind and spirit in health and disease; it lays emphasis on the structural and functional integrity of the body and the body's intrinsic tendency for self-healing. Osteopathic treatment is viewed as a facilitative influence to encourage this self regulatory process.*

*Pain and disability experienced by patients are viewed as resulting from a reciprocal relationship between the musculoskeletal and visceral components of a disease or strain."*

*World Osteopathic Health Organization (WOHO)*

### Geschiedenis

A.T. Still (°1828 Virginia, †1917 Kirksville) is de grondlegger van de osteopathische geneeskunde. In de voetsporen van zijn vader wordt hij arts en praktiseert hij de eerst twintig jaar de allopathische geneeskunde. Hij neemt als Unionist deel aan de secessieoorlog (1861-1864) als veldchirurg.

Wanneer, tijdens een epidemie van meningitis, drie van zijn kinderen en zijn vrouw sterven keert hij, ontgoocheld door haar onvolmaaktheden, de toenmalige allopathische geneeskunde de rug toe.

Vanaf 1874 ontwikkelt hij het osteopathisch concept en richt hij in 1892 de "American School of Osteopathy" op. Ondanks het feit dat de staat Kansas hem toelaat het Medical Doctor (MD) diploma af te leveren staat hij erop dat de titel Diplomate in Osteopathy (DO) gebruikt wordt. Deze titel zal later worden vervangen door Doctor of Osteopathic Medicine (DO).

Zijn therapeutisch concept is vooreerst gebaseerd op de principes van Hippocrates en later ook op de overtuiging dat een inadequate bloedvoorziening en een inefficiënte bezenuwing de normale fysiologie aantast.

Via een mechanische, manipulatieve aanpak, gebaseerd op een doorgedreven kennis van de anatomie en het verwerpen van alle farmacologie kende zijn praktijk steeds meer succes. Zijn holistische visie en zijn strikt manuele aanpak overtuigden meer en meer mensen.

In 1910 besloot de American Medical Association op basis van het rapport Flexner van 1905 tot een erkenningsregeling van geneeskunde-opleidingen gebaseerd op de westerse universitaire opvattingen over geneeskunde. Dit leidde ertoe dat de meeste osteopathische scholen om financiële overlevingsredenen gedwongen werden zich te distantiëren van de kern van Still's originele theorie. De Amerikaanse variant van osteopathie ging meer en meer op de allopathische geneeskunde lijken.



Tot op heden hebben er 23 COMs (College of Osteopathic Medicine) ongeveer 56.000 DO's opgeleid. Ze maken integraal deel uit van de eerstelijns geneeskunde en kunnen zich ook specialiseren in diverse takken van de geneeskunde.

Jammer genoeg is het manuele aspect sterk gereduceerd hoewel er de laatste jaren weer meer stemmen opgaan om weer naar het oorspronkelijke concept terug te keren.

De osteopathie in Europa en de rest van de wereld heeft een heel andere evolutie doorgemaakt. John Martin Littlejohn (1865-1947) was diegene die de osteopathie naar Europa bracht. Hij studeerde aanvankelijk talen, theologie, geneeskunde, filosofie en sociologie. Door ziekte emigreerde hij in 1892 naar Amerika waar hij zich wendde tot A.T. Still voor behandeling. Dit bracht hem spoedig herstel, wat grote indruk op hem maakte. Still bood hem een positie als docent algemene geneeskunde aan en Littlejohn ging bij hem in opleiding tot osteopaat. Al spoedig werd hij decaan van Still's "American School of Osteopathy".

Een geschil op theoretisch vlak over wat de basis van de osteopathie was: anatomie of fysiologie, leidde al spoedig tot een conflict met Still. Een tweede verschil was dat hij een groter accent legde op de theoretische basis, dit in tegenstelling tot Still die voornamelijk bleef uitgaan van zijn praktijkervaring. Littlejohn richtte in 1910 te Chicago de Universiteit voor Osteopathie op. Deze school heeft een grote bijdrage geleverd aan de wetenschappelijke onderbouwing van de osteopathie.

In 1913 verhuisde Littlejohn met zijn broers terug naar Engeland en richtte er in 1917 the *British School for Osteopathy* op.

Via het UK, zet midden de jaren '50 de osteopathie voet aan wal op het Europese vasteland. Op dat moment ontstaat het "schisma" waarbij osteopathie in Europa grotendeels als voltijdse opleiding vervangen werd door een (para)medische vooropleiding gevolgd door een deeltijdse osteopathieopleiding.

De eerste Belgische osteopaten meldden zich begin jaren '70 en zijn afgestudeerd in het UK of in Frankrijk. In 1986 wordt de eerste beroepsvereniging, de Belgische Vereniging voor Osteopathie (BVO) opgericht, als fusie van de eerder gevormde Société Belge d'Osteopathie et de Recherche en Thérapie Manuelle (SBORTM) en de Association Belge d'Ostéopathie (ABO). In hetzelfde jaar ontstaat ook de Belgische Academie voor Osteopathie. In 1987 wordt de eerste deeltijdse opleiding osteopathie gestart op de campus van de Vrije Universiteit van Brussel (VUB).

(Voor een chronologie van de juridische en politieke evolutie van de osteopathie in het laatste decennium voor wat betreft België, Europa en op wereldvlak, verwijzen we naar bijlage I achteraan de tekst.)

## Basisprincipes van de osteopathie

Osteopathie is een concept van gezondheidszorg dat de patiënt voorziet van een brede waaier aan mogelijkheden voor het behouden van de gezondheid en het voorkomen en behandelen van ziekte.

De vier grondbeginselen van de osteopathische filosofie zijn de volgende <sup>1</sup>:

- 1. De lijfelijke<sup>2</sup> mens is een dynamische functionele eenheid; de persoon is een eenheid van lichaam en geest.**

---

<sup>1</sup> Uit de "Kirksville consensus declaration" van 1953, in Foundations for Osteopathic Medicine, American Osteopathic Association, 1997, pp. 4, 11-12.

De persoon als eenheid is een principe dat meerdere invalshoeken heeft :

- Een eerste bestaat erin het lichaam als een eenheid te beschouwen. Het beginsel van de eenheid van het lichaam stelt dat ieder deel in het lichaam van andere delen afhankelijk is voor het behoud van zijn optimale functie en zelfs voor het behoud van zijn integriteit. Gelet op deze onderlinge afhankelijkheid en op deze onderlinge beïnvloeding, is het onvermijdelijk dat een disfunctie (verminderde of gewijzigde functie) of een beschadiging van een belangrijk bestanddeel van het lichaam het vermogen van andere organen en weefsels, en daardoor iemands gezondheid, ongunstig beïnvloeden kan.
- Als osteopaat behandelen wij geen lichaam, maar een persoon, die uiteraard meer is dan alleen maar een lichaam, want die persoon beleeft zichzelf ook psychisch (geestelijk), en is ook het product van erfelijkheid en van zijn eigen fysische en psychische geschiedenis. Klinische en biomedische onderzoeken hebben ontegensprekelijk aangetoond dat lichaam en geest zo onafscheidelijk met elkaar zijn verbonden en als het ware van elkaar doordrongen, dat ze kunnen beschouwd en ook behandeld worden als een eenheid. Het is om deze reden dat wij “eenheid van de persoon” verkiezen boven “eenheid van het lichaam”, aldus totaal geïntegreerde menselijkheid en individualiteit uitdrukkelijk.
- Een persoon is veel meer dan de verbinding van lichaam en geest, op dezelfde manier als water meer is dan de verbinding van waterstof en zuurstof. Zo is de persoon de context, de omgeving, waarin alle delen van het lichaam leven en functioneren, en waarin de geest zich kan uitdrukken. Alles wat de persoon betreft (erfelijkheid, zijn geschiedenis vanaf de conceptie tot het huidige ogenblik, de opvoeding door de ouders en op school, de fysieke en de socioculturele omgeving, enz.) draagt zijn deel bij om de kwaliteit van zijn fysiek en mentaal functioneren te bepalen. Hoe beter de kwaliteit is van de “omgeving” die de persoon aan zijn psychische en aan zijn lichamelijke componenten bezorgd heeft, des te beter zullen zij functioneren. Bijvoorbeeld, iemand met een maagzweer is niet ziek door de maagzweer. De maagzweer is immers ontstaan tengevolge van een ongunstige interne en externe omgeving.

## 2. Structuur en functie staan in een wederzijds verband.

*"De structuur dirigeert de functie en de functie creëert de structuur"* (A.T. Still). De structuur van spierweefsel is bepalend voor zijn contractiliteitsfunctie; die van botweefsel voor zijn steunfunctie; die van weefsel ter hoogte van de darm voor zijn opnamefunctie, ... Verandering van de structuur geeft aanleiding tot een verandering van de functie. Tevens zal een spier die men regelmatig traint, hypertrofiëren en ook zal er een verhoogde capillarisering plaatsvinden; aldus creëert een specifieke functie ook een andere structuur. De beide veranderingen komen tot uiting in een verandering van de beweeglijkheid. De osteopathie gebruikt dit concept in haar diagnostische en therapeutische toepassing van manuele technieken.

De osteopathische benadering is gebaseerd op vijf modellen van structuur/functie relaties en dientengevolge niet beperkt tot musculoskeletale problemen of het in lijn brengen van botstructuren. In de osteopathie is het hem meer te doen om de manier waarop de biomechanica van dit musculoskeletale systeem geïntegreerd is met en ondersteunend is voor de totale lichaamsfysiologie. Osteopathie erkent dat elk menselijk lichaam is opgebouwd uit dezelfde componenten en hun bijhorende functies maar is zich terdege bewust van het feit dat elk individu haar eigen biomechanische aanpassingen ontwikkelt als antwoord op de fysieke, chemische, emotionele en psychologische

---

<sup>2</sup> Lijf als het "beleefde" lichaam.

gebeurtenissen die het beïnvloeden.

Deze vijf modellen van structuur/functie relaties begeleiden de osteopaat bij de behandeling van de patiënt. Het is uiteraard belangrijk dat een diepgaande kennis van de fysiologische mechanismen van deze modellen uitvoerig aan bod moeten komen in een osteopathisch curriculum. Deze modellen zijn:

- 1) de invloed van het *neurologische systeem* op de fysieke, cognitieve en emotionele gezondheid;
- 2) de effecten van houding en *biomechanische factoren* op de compensatiemogelijkheden van de patiënt voor stressors of ziekte;
- 3) het belang van het *circulatorisch-respiratorische systeem* voor het onderhoud van normale cel- en weefselfunctie;
- 4) factoren die een invloed uitoefenen op de *bio-energetische* noden zoals zuurstof en nutriënten;
- 5) de rol van *psychosociale factoren* bij het voorkomen en behandelen van ziekte.

### **3. Zelfregulering, zelfgenezing, en instandhouding van de gezondheid zijn eigenschappen van deze lijfelijheid.**

Ons “persoonlijk systeem van gezondheidszorg” bestaat uit de volgende drie onderdelen:

- De *Vis medicatrix naturae* (de natuurlijke kracht tot genezen) manifesteert zich nog dagelijks (koorts daalt, wonden helen, gebroken beenderen herstellen, infecties worden overwonnen, zelfs kankers krijgen soms een spontane remissie,...).
- Ons immuuniteitsysteem, dat reageert tegen gevaar van buitenaf (soms ook van binnen uit, wanneer de eigen cellen muteren).
- De homeostase: mechanismen die ervoor zorgen dat ons intern milieu constant blijft, kunnen beschouwd worden als een gezondheidsonderhoudend systeem. Zij zorgen ervoor dat de omgeving optimaal gehouden wordt voor een goed functioneren van de cellen, een noodzaak voor “gezondheid”.

Wanneer het “interne systeem van gezondheidszorg” de mogelijkheid krijgt optimaal te werken, zonder belemmering, is het resultaat daarvan datgene wat wij “gezondheid” noemen. Het natuurlijke streven van dit systeem is altijd gericht op de gezondheid en op het herstel van de gezondheid. Inderdaad, het persoonlijk systeem van gezondheidszorg is de echte bron van de gezondheid, waarop alle uitwendig toegepaste maatregelen rekenen met het oog op de heilzame effecten ervan. In werkelijkheid stelt het innerlijk systeem van gezondheidszorg zijn eigen diagnoses, schrijft het zijn eigen recepten voor, maakt het gebruik van zijn eigen omvangrijke apotheek, en dient het in de meeste gevallen elke dosis toe zonder neveneffecten.

Bijgevolg komen gezondheid en genezing van binnen uit. Het is de patiënt die gezond *wordt* en het is niet de osteopaat of de behandeling die hem gezond *maakt*.

De osteopathische basisprincipes leggen de nadruk op de interrelatie van het neuromusculoskeletale, het psycho-endocrino-immunologische en het circulatorisch-respiratorische systeem. De osteopathische filosofie erkent en faciliteert dit interne systeem van gezondheid door zich toe te leggen op gebieden van weefselspanning, stress of disfunctie die de normale neurale, vasculaire en biochemische mechanismen zouden kunnen belemmeren.

### **4. Een verantwoorde behandeling is gebaseerd op een goed besef van de grondbeginselen van de lijfelijke eenheid, van de zelfregulering en van het wederzijds verband tussen structuur en functie.”**



## Osteopathische geneeskunde en wetenschappelijk onderzoek

Historisch<sup>3</sup> bekeken is wetenschappelijk onderzoek binnen de osteopathische geneeskunde nooit een punt geweest met hoge prioriteit. Verschillende oorzaken liggen hier aan ten grondslag:

- Onder het motto van “dienstverlening” was het afleveren van osteopathische huisartsen oorspronkelijk de belangrijkste, zoniet de enige intentie van de toenmalige osteopathische opleidingsinstituten.
- In de jaren vóór 1960 was er niet één van de “osteopathic medical colleges” in de USA verbonden aan een universiteitsinstelling.
- De schaarse fondsen voor de osteopathische instituten waren net toereikend om te overleven en te investeren in een curriculum en om tegemoet te komen aan de toenmalige medische opleidingsstandaard. Wanneer men de fondsen van de National Institutes of Health (NIH) voor het jaar 1998, voor alle 19 osteopathische opleidingsinstituten samentelt, zou men slechts op plaats 202 uitkomen in hun lijst voor het toekennen van fondsen.
- Bij een gemiddelde van 73 voltijdse faculteitsleden voor een osteopathisch opleidingsinstituut t.o.v. 716 voltijdse faculteitsleden voor een allopathisch opleidingsinstituut, wordt duidelijk dat de prioriteiten anders worden bekeken m.b.t. het wetenschappelijk onderzoek.

Dit gegeven maakte het vrijwel onmogelijk om het wetenschappelijk onderzoek te institutionaliseren.

Toch slaagden er enkele onderzoekers in om in het begin van de jaren '40 tegen de stroom in te varen en een significante wetenschappelijke bijdrage te leveren voor de osteopathische geneeskunde. Denslow, Korr en hun medewerkers waren, in het Kirksville College of Osteopathic Medicine, vooral actief op het terrein van de neurofysiologie. Hun werk spitste zich toe op de neurofysiologische basismechanismen van een somatische disfunctie<sup>4</sup> en biedt tot op vandaag een conceptueel kader (het concept van de chronische segmentale facilitatie) voor het osteopathisch basisdenken betreffende palpatie en behandeling<sup>5,6</sup>.

Tussen de jaren '50 en '70 was er geen grote toename van wetenschappelijke activiteit binnen de osteopathie, mede door de politieke moeilijkheden in de jaren '60 in Californië, waar de osteopathische en de allopathische verenigingen met elkaar fuseerden en het voortbestaan van de osteopathie in gevaar kwam.

Rond de eeuwwisseling heeft het onderzoek binnen de osteopathie heel wat positieve impulsen mogen ontvangen. In 2001 waren slechts 4 van de 19 osteopathische opleidingsinstituten private, vrije colleges. Ook de oprichting van het Osteopathic Research Center (ORC) in 2001 (verbonden aan de University of North Texas Health Science Center at Fort Worth/Texas College of Osteopathic Medicine), laten toe van de krachten te bundelen voor wat betreft de wetenschappelijke ondersteuning en de fondsenwerving.

<sup>3</sup> Gevitz N. Researched and demonstrated: inquiry and infrastructure at osteopathic institutions. *J.Am.Osteopath.Assoc.*, 2001, 101 (3): 174-179.

<sup>4</sup> Een somatische disfunctie kan gedefinieerd worden als een verandering of een verstoring van functies of structuren van de menselijke soma zijnde het skelet, de gewrichten, de myofasciale structuren en hun gerelateerde vasculaire, lymfatische, viscerale en neurogene elementen ([http://www.osteopathic.org/pdf/sir\\_collegegloss.pdf](http://www.osteopathic.org/pdf/sir_collegegloss.pdf))

<sup>5</sup> Denslow J.S., Korr I.M., Krems A.D. Quantitative studies of chronic facilitation in human motoneuron pools. *Am.J.Physiol.* 1947; 105(2): 229-238

<sup>6</sup> Korr I.M. The neural basis of the osteopathic lesion. *J.Am.Osteopath.Assoc.* 1947; 191-198



In Europa is het vooral de UK, met de National Council of Osteopathic Research (NCOR), opgericht in 2003 in samenwerking met de University of Brighton, dat kan rekenen op enige toelagen.

Op het Europese continent bestaat tot op heden geen enkele kans op betoelaging. Door het feit dat de osteopathie niet verbonden is met een universitaire instelling kan er geen aanvraag ingediend worden voor het verwerven van toelagen.

Het bewijs dat het de osteopathische gemeenschap menens is wat betreft de wetenschappelijke aspiraties staat ook te lezen in de statuten en grondbeginselen van de World Osteopathic Health Organization (WOHO), de Osteopathic International Alliance (OIA) en de European Federation of Osteopaths (EFO).

In wat volgt geven we een overzicht van enkele belangrijke recente onderzoeken:

### **Klinische studies**

Om de effectiviteit van de osteopathie te onderbouwen worden er steeds meer klinische studies doorgevoerd die de hoogste standaard van wetenschappelijk onderzoek kunnen doorstaan. De volgende studies zijn een greep uit recente, wetenschappelijk solide onderzoeken die alle een significante verbetering aantoonen bij een patiëntenpopulatie met een specifieke disfunctie en/of pathologie.

Klinische studies met manipulaties t.h.v. de wervelzuil zijn heden voldoende onderzocht om te kunnen spreken van een onmiskenbaar positief effect voor de patiënt. Een groots opgezette studie in het Verenigd Koninkrijk waarbij 1287 patiënten gedurende 12 maanden werden gevolgd met verschillende behandelregimes voor hun lage rugpijn stelt dat manipulaties t.h.v. de wervelzuil niet enkel doeltreffender zijn dan een “best-care” standaardbehandeling maar ook kostenbesparend.<sup>7</sup> Het moet gezegd dat de manipulatieve behandelingen in dit onderzoek werden uitgevoerd door osteopaten, chiropractors en manuele therapeuten. Deze kostenbesparing van manuele interventie werd ook in een onderzoek naar nekpijn in Nederland bevestigd<sup>8</sup>.

Wanneer we specifiek het effect van osteopathie voor lage rugpijn even onder de loep nemen, doen we dit het best aan de hand van de meta-analyse van Licciardone et al.<sup>9</sup> die concluderen dat OMT (Osteopathic Manipulative Treatment) voor een significante verbetering zorgt van lage rugpijn in RCT's waarbij OMT vergeleken werd t.o.v. een actieve therapie- of een placebo- controlegroep en OMT t.o.v. “geen behandeling” als controlegroep. De meta-analyse bevat zowel RCT's uit het Verenigd Koninkrijk als de Verenigde Staten. De pijnstilling houdt minstens 3 maanden aan.

Eén van de onderzoeken die werd opgenomen in het review-artikel van Licciardone et al. was dat van Andersson et al.<sup>10</sup> waarbij 178 patiënten, met subacute lage rugpijn, verdeeld werden in een osteopathische (OMT) en een allopathische behandelgroep (standaardtherapie met analgetica, antiflogistica, spierrelaxantia, actieve kinesitherapie en ultrasonotherapie). Hoewel er in beide groepen

---

<sup>7</sup> UK BEAM Trial Team. United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: cost effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ*. 2004, 329: 1381.

<sup>8</sup> Korthals-de Bos IBC, Hoving JL, van Tulder MW, Rutten van Mólken MPMH, Adèr H, de Vet HCW, Koes BW, Vondeling H et Bouter LM Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy and general practitioner care for neck pain: an economic evaluation alongside a randomised controlled trial; *BMJ*; 2003; 326: 911-6.

<sup>9</sup> Licciardone J.C., Brimhall A.K., King L.N. Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2005, 6:43.

<sup>10</sup> Andersson G.B.J., Lucente T., Davis A.M., Kappler R.E., Lipton J.A., Leurgans S. A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. *N.Engl.J.Med.* 1999, 341: 1426-1431



een duidelijke verbetering van de lage rugpijn werd vastgesteld en er tussen de groepen wat betreft de outcome-metingen geen significante verschillen waar te nemen waren, hoefde er in de osteopathische behandelgroep significant ( $p < 0.001$ ) minder medicatie voorgeschreven te worden.

Er zijn ook recente onderzoeken<sup>11, 12</sup> die het positieve effect van spinale manipulaties t.h.v. de cervicale wervelzuil aantonen.

Osteopathie is, zoals we reeds eerder schreven, vooral een preventieve vorm van geneeskunde. Daarom is het wenselijk om zeer vroeg in de ontwikkeling, posturale asymmetrieën op te sporen en eventueel in een vroeg stadium te behandelen. In een RCT van Philippi et al.<sup>13</sup> werden er 32 kinderen uit een groep van 61 met posturale asymmetrie at random verdeeld over een osteopathie- en een sham-groep. De kinderen waren tussen de 6 en de 12 weken oud en werden na een behandelperiode van 4 weken hertest. De onderzoekers besluiten dat osteopathische behandeling tijdens de eerste levensmaanden een duidelijke ( $p < 0.001$ ) verbetering liet optekenen van de graad van asymmetrie voor kinderen met een posturale asymmetrie.

Ook voor wat betreft specifieke disfuncties en pathologieën worden er steeds meer degelijke klinische studies uitgevoerd, waarin de osteopathie zowel als complementaire behandeling maar ook als standaardbehandeling naar voor geschoven wordt, daar waar een conservatieve behandeling weinig of geen verbetering gaf.

Zo is er de multicentrische prospectieve RCT van Mills et al.<sup>14</sup>, waarin de werkzaamheid van OMT als complementaire behandeling in een standaard pediatrie verzorging voor recurrenente acute otitis media (AOM) werd getest. Dit 6 maanden durend onderzoek toonde aan dat de patiënten uit de OMT groep significant minder AOM-episodes doormaakten, er waren ook significant minder chirurgische interventies noodzakelijk en er was een significant hogere frequentie waarneembaar aan normale tympanogrammen in deze interventiegroep. De auteurs besluiten tot een positief effect van een osteopathische interventie als adjuvans bij kinderen met AOM; chirurgische ingrepen en antibiotherapie zouden kunnen worden verminderd of zelfs worden vermeden.

Er zijn recent ook verschillende RCT's doorgevoerd in Europa met betrekking tot andere pathologieën zoals chronische prostatitis<sup>15</sup>, irritable bowel syndrome<sup>16</sup>, uterusmyoma<sup>17</sup>, ... Deze onderzoeken toonden alle een significante verbetering aan na osteopathische interventie. De meeste van deze

---

<sup>11</sup> Bischoff A., Nürnberger A., Voight P., Schwerla F. Osteopathy alleviates pain in chronic non-specific neck pain: A randomized controlled trial, *Abstracts ICAOR, IJOM*, 2006, 9: 27-46.

<sup>12</sup> Hoving JL, de Vet HC, Koes BW, Mameren H, Deville WL, van der Windt DA, et al. Manual therapy, physical therapy, or continued care by the general practitioner for patients with neck pain: long-term results from a pragmatic randomized clinical trial. *Clin J Pain*. 2006;22:370-377.

<sup>13</sup> Philippi H., Faldum A., Schleupen A., Pabst B., Jung T., Bieber I., Kaemmerer C., Dijs P., Reitter B. Infantile postural asymmetry and osteopathic treatment: a randomized therapeutic trial, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2006, 48: 5-9.

<sup>14</sup> Mills M.V., Henley C.E., Barnes L.L.B., Carreiro J.E., Degenhardt B.F. The use of Osteopathic Manipulative Treatment as Adjuvant Therapy in Children With Recurrent Acute Otitis Media, *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2003, 157: 861-866.

<sup>15</sup> Marx S. Does osteopathic treatment have an influence on the symptoms of patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CPPS)? A randomized controlled trial. *Abstracts ICAOR, IJOM*, 2006, 9: 27-46.

<sup>16</sup> Hundscheid H.W.C., Pepels M.J.A.E., Engels L.G.J.B., Loffeld R.J.L.F. Treatment of irritable bowel syndrome with osteopathy: Results of a randomized controlled pilot study, *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2007.

<sup>17</sup> Kaschowitz G., Besse J.P., Schweing G. Osteopathic treatment for uterine leiomyomas: a randomized controlled clinical trial, *Dissertation*, 2005.



onderzoekingen worden in Europa uitgevoerd als thesis voor het behalen van de titel DO en werden ondanks het wetenschappelijk sérieux nog niet gepubliceerd in peer reviewed journals. Dit alles heeft ongetwijfeld te maken met het feit dat de meeste osteopathische opleidingen niet verbonden zijn aan een universiteit en de middelen gewoonweg niet voorhanden zijn om hieraan tegemoet te komen. Toch vinden we het hier te vermelden waard om aan te tonen dat de osteopathische gemeenschap bereid is, en dat het onderzoekspotentieel aanwezig is, om tegemoet te komen aan de eisen van een beroep met hoge verantwoordelijkheidszin.

Belangrijk is dat de “osteopathische behandelgroep” in vrijwel alle klinische studies hierboven vermeld, een totale osteopathische behandeling kreeg en niet één specifieke osteopathische techniek t.h.v. een welbepaalde te onderzoeken structuur. De black-box onderzoeksstrategie is geheel in overeenstemming met het osteopathisch concept en wordt dan ook vrijwel steeds aangewend bij het uitvoeren van klinische studies.

### **Cranium, iets bijzonders?**

Een zeer gevoelig thema wanneer het gaat om de wetenschappelijke onderbouwing van de osteopathische geneeskunde is dat van de aanwending van de osteopathische behandelingsprincipes t.h.v. de schedel.

De critici gaan meestal uit van de premisse dat de schedel niet beweegt, laat staan dat er al een beweging zou kunnen gepalpeerd worden. Gewis kan men geen beweeglijkheid vaststellen met groot amplitudo t.h.v. de schedel; de discussie gaat eerder over de subtiele craniale ritmische bewegingen waarvan sprake in de osteopathische literatuur. Het onderzoek hieromtrent is reeds decennia bezig en in een recente publicatie van Chaitow<sup>18</sup> die meer dan 100 studies bevat (radiologische, histologische, MRI, dissectie, ultrasonografische, elektrische, ...) blijkt de beweeglijkheid van de hersenen, de schedelbotten en de suturen een vaststaand gegeven te zijn.

Als voorbeeld halen we het onderzoek van Pick<sup>19</sup> aan die via MRI-scans een vormverandering van 4 mm vaststelde van de fornix en van 5 mm van het corpus callosum bij druk t.h.v. bregma en maxilla.

Wanneer we kijken naar meer fysiologische veranderingen die kunnen plaatsvinden in het cranium na manipulatie is er een interessant onderzoek van Debaere<sup>20</sup> dat recent werd uitgevoerd, waarbij met behulp van transcraniale magnetische stimulatie (TMS) werd vastgesteld dat na een bepaalde craniale manipulatie er een vermindering van de corticale prikkelbaarheid optrad.

Er werd ook een studie<sup>21</sup> uitgevoerd die aantoonde dat craniale manipulatie een invloed heeft op het slaapritme en het sympathisch zenuwstelsel.

Niet enkel de botstructuren maar ook de durale membranen en dientengevolge ook de vasculaire, lymfatische en liquor verzorging kunnen in disfunctie zijn. Er is voldoende klinisch en fundamenteel onderzoek dat de theorie van craniale manipulatie ondersteunt dat lichaamspatronen, craniale botten,

---

<sup>18</sup> Chaitow L. *Cranial Manipulation: Theory and Practice*, 2nd edition, Churchill Livingstone/Elsevier, Philadelphia, PA, 2005.

<sup>19</sup> Pick M.G. A preliminary single case magnetic resonance imaging investigation into maxillary frontal-parietal manipulation and its short term-effect upon the intercranial structures of an adult human brain. *J.Manipulative Physiol.Ther.* 1994, 17(3).

<sup>20</sup> Debaere F., Boon A. Does cranial manipulation have an influence on the excitability of the brain cortex? A study of the effect of cranial CV-4 manipulation on the cortical excitability as measured by transcranial magnetic stimulation (TMS), 2006, *Thesis* voorgelegd voor het behalen van de titel DO.

<sup>21</sup> Cutler M.J., Holland B.S., Stupski B.A., Gamber R.G., Smith M.L. Cranial manipulation can alter sleep latency and sympathetic nerve activity in humans: a pilot study. *J Altern Complement Med.*2005 ;11:103 –108.





suturen en gerelateerde meninges beïnvloed worden door een gewijzigde posturale en myofasciale functie, omdat ze gezamenlijk deel uitmaken van deze gesloten myofasciale kinematische keten.<sup>22</sup>

Op dit ogenblik bestaat er een groot aantal klinische studies van craniaal osteopathisch handelen die een positieve invloed optekenen ten aanzien van de gezondheid van de patiënt, weinig indicatie voor risicofactoren<sup>23</sup> en voldoende biologische geloofwaardigheid om de zoektocht naar een verklaring voor de craniale fenomenen die door duizenden osteopaten gedurende vele decennia gevoeld worden, verder te zetten en het gebruik van craniale manipulatie te rechtvaardigen.

### Fundamentele studies

We zijn er ons terdege van bewust dat, wil de osteopathie zijn eigen identiteit bewaren, we ook op het vlak van de fundamentele wetenschappen aan onderzoek moeten doen. Het volstaat niet te weten dat de osteopathie functioneert, we moeten ook op zoek gaan naar de antwoorden op *hoe* het functioneert. Daarenboven is het de intentie van de osteopathische gemeenschap om ook actief deel te nemen aan onderzoek binnen de basiswetenschappen om osteopathische hypothesen te verklaren, aan te passen of te weerleggen enerzijds. Anderzijds wil de osteopathie bijdragen aan de vooruitgang binnen deze basiswetenschappen vanuit een osteopathisch perspectief en aldus de biowetenschappen in het algemeen laten proeven van de boeiende inzichten binnen de osteopathie, waardoor ook de communicatie met niet-osteopaten kan worden bevorderd.

Zo zijn er enkele onderzoeksthema's die binnen de osteopathie vandaag bijzondere aandacht krijgen, zoals:

- De morfologie van de wervelzuil en zijn gerelateerde structuren<sup>21</sup> en meer in het bijzonder de discus intervertebralis voor en na aanwending van een HVLA-techniek.<sup>24</sup>
- Experimentele bepaling van globale en segmentale amplitudo's in de wervelzuil gedurende manipulatie bij gezonde proefpersonen.<sup>23</sup>
- De invloed van manipulatie op fysiologische parameters zoals perfusie (bloed en lymfe).<sup>25, 26</sup>
- Het effect van mechanische invloed op biologische structuren.<sup>27</sup>

---

<sup>22</sup> van Dun P.L.S., Girardin M.R.G. Embryological study of the spinal dura and its attachment into the vertebral canal. *IJOM*, 2006, 9 (3): 85-93.

<sup>23</sup> Greenman P.E., McPartland J.M. Cranial findings and iatrogenesis from craniosacral manipulation in patients with traumatic brain syndrome. *J.Am.Osteopath.Assoc.* 1995, 95(3): 182.

<sup>24</sup> Klein P. Osteopathy an d Chiropractic. *Rev.Med.Brux.* 1998; 19 (4): A283-9.

<sup>25</sup> Knott E.M., Tune J.D., Stoll S.T., Downey H.F. Increased Lymphatic Flow in the Thoracic Duct during Manipulative Intervention, *J.Am.Osteopath.Assoc.*, 2005, 105 (10): 447-456.

<sup>26</sup> Karason AB, Drysdale IP. Somatovisceral response following osteopathic HVLAT: a pilot study on the effect of unilateral lumbosacral high-velocity low-amplitude thrust technique on the cutaneous blood flow in the lower limb. *J Manipulative Physiol Ther* .2003 ;26:220 – 225.

<sup>27</sup> Dodd J.G., Good M.M., Nguyen T.L., Grigg A.I., Batia L.M., Standley P.R. In Vitro Biophysical Strain Model for Understanding Mechanisms of Osteopathic Manipulative Treatment, *J.Am.Osteopath.Assoc.*, 2006, 106 (3): 157-166.



## Opleiding tot osteopaat in België

De Belgische Academie voor Osteopathie heeft de criteria vastgelegd waaraan het onderwijs moet voldoen.

Voor de **deeltijdse opleidingsvormen** onthouden we als belangrijkste minimale academische criteria<sup>28</sup>:

- Enkel de dragers van een diploma van geneesheer of kinesitherapie worden toegelaten tot de opleiding tot osteopaat (afwijkingen kunnen toegestaan worden voor universitair gediplomeerden in de humane wetenschappen en in de veeartsenijkunde mits voorafgaand akkoord met de erkende beroepsverenigingen).
- Het minimum ECTS studiepunten moet voldoen aan de criteria van de WGO inzake beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg met hoge graad aan verantwoordelijkheid. Daarbij moet minstens 50% van de onderwijsmaterie bestaan uit theoretische vorming.
- De verklarende hypothesen binnen de osteopathie waarvoor een sluitende experimentele toetsing ontbreekt, kunnen in geen geval deel uitmaken van het kader van de fundamentele vakken en dienen herleid te worden tot een strikt minimum.
- De totale duur van de studies wordt gespreid over vijf jaar en dit in functie van het noodzakelijk verwerven van de handvaardigheid eigen aan de uitoefening van de osteopathie.
- De docenten voor de theoretische vakken moeten drager zijn van een diploma die een specifieke competentie van de onderwijsmaterie garandeert.
- De docenten voor de praktijkvakken moeten een DO-titel voeren.
- De klinische vakken dienen onderwezen te worden door artsen en osteopaten DO.
- Alle leerstof, zowel praktijk als theorie, is onderworpen aan een jaarlijkse kenniscontrole. Dit is bepalend voor de overgang naar het volgend jaar en het uiteindelijk verwerven van het einddiploma.
- Het klinisch examen kan pas afgelegd worden na het slagen in alle lesmodules verdeeld over de vijf studie jaren.
- Na het slagen in het klinisch examen zal de kandidaat een eindwerk voorleggen en verdedigen. Dit eindwerk zal opgesteld worden volgens de wetenschappelijke methodologie en verdedigd worden voor een gekwalificeerde jury. De student beschikt hiervoor over 4 zittijden, verspreid over 3 jaar.

Academische criteria voor het **osteopathisch universitair onderwijs**.

Om toegelaten te worden tot het eerste jaar bachelor dient de kandidaat in het bezit te zijn van een diploma hoger secundair onderwijs.

Er worden minimaal zes studie jaren voorzien voor het behalen van het diploma. Deze worden gespreid over:

- Bachelor 1, 2 en 3
- Master 1 en 2
- Complementaire master

<sup>28</sup> Staten-Generaal Osteopathie, GNRPO, Brussel, 26.10.2007



In het studiejaar van de complementaire master zal de student een proefschrift maken volgens de principes van de wetenschappelijke methodologie.

Er wordt een doorstroming naar het doctoraat (niet noodzakelijk voor de beroepsbeoefening) voorzien.

Sinds het academiejaar 2004-2005, organiseert de Université Libre de Bruxelles (ULB), een complementaire master (MC) aan het instituut van bewegingswetenschappen<sup>29,30</sup>. Deze MC wordt enkel voorbehouden voor de houders van een diploma in de “Sciences de la Motricité” (ScM) met oriëntatie in de osteopathie (deze richting begint reeds bij het eerste jaar in deze ScM). Na het volgen van drie jaar bachelor en twee jaar master in ScM, oriëntatie osteopathie, volgt men nog een zesde jaar MC in de osteopathie. Het curriculum wordt verzorgd en gedoceerd door docenten uit de faculteiten geneeskunde en bewegingswetenschappen en de osteopathische praktijkvakken door osteopaten DO.

Inspanningen worden geleverd om voor deze Franstalige voltijdse opleiding een Nederlandstalig equivalent te installeren.

De door de Belgische Academie voor Osteopathie geaccrediteerde opleidingen zijn:

- Deeltijds onderwijs:
  - Sutherland College of Osteopathic Medicine (SCOM) asbl
  - Collège Belge d’Ostéopathie Bruxelles (CBO)
  - Flanders International College of Osteopathy (FICO)
- Franstalig voltijds onderwijs aan de Université Libre de Bruxelles (ULB).

Verder is er nog de International Academy of Osteopathy (IAO) die enkel een in het buitenland geaccrediteerde opleiding is.

Een DO-titel wordt afgeleverd door de beroepsverenigingen voor osteopathie. Hij wordt uitgereikt aan studenten na het beëindigen van een door hen erkende opleiding.

## Maatschappelijke relevantie van de osteopathische geneeskunde in België

De cijfers van de nationale gezondheidsenquête<sup>31</sup> van 1997 gaven aan dat iets meer dan 8% van de bevolking in het jaar voorafgaand aan de bevraging beroep deed op een vorm van niet-conventionele geneeswijzen. Vier jaar later, in 2001, blijkt het contact met niet-conventionele geneeswijzen in het jaar voorafgaand aan het interview te zijn gestegen tot 11 %. Deze stijging situeert zich vooral in een

<sup>29</sup>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>

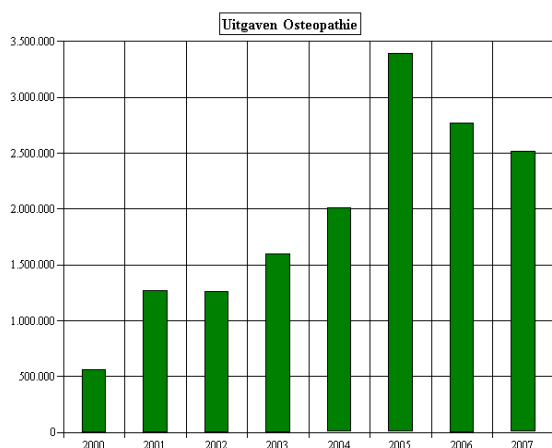
<sup>30</sup> <http://www.ulb.ac.be/catalogue/isepk/MOTR1-O.html>

<sup>31</sup> Demarest S, Van der Heyden J, Gisle L, Buziarsist J, Miermans PJ, Sartor F, Van Oyen H, Tafforeau J. *Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2001*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

toename van het gebruik van homeopathie en het gecombineerde gebruik van osteopathie en chiropractie.

Terwijl in 2001 deze laatste twee types niet-conventionele zorgen bevestigd werden in twee aparte categorieën, behoorden ze tot één enkele antwoordcategorie in 1997. Het is dus niet mogelijk een onderscheid te maken tussen de evolutie van het gebruik van osteopathie en dat van chiropractie. In ieder geval, indien we het aantal personen dat in 2001 een contact had met osteopathie of chiropractie optellen, komen we aan een percentage dat beduidend hoger ligt dan het gebruik van de combinatie osteopathie-chiropractie in 1997.

In het jaar 2004<sup>32</sup> had 12 % van de Belgische bevolking contact met een niet-conventionele gezondheidszorg en 4,3 % daarvan raadpleegde een osteopaat.



De Christelijke Mutualiteiten geven een overzicht van de uitgaven voor terugbetaling osteopathie van het jaar 2000 t.e.m. 2005. Uit deze gegevens blijkt de groei van het gebruik van osteopathie door de leden van CM. Als 2000 wordt gelijkgesteld met 100, is dit al gestegen tot 601 in 2005. Als deze 100 staat voor 3% van de leden van CM in 2000, dan staat 600 voor 18% van de CM-leden in 2005. De cijfers voor 2006 lieten een lichte terugval optekenen maar de nog onvolledige cijfers van 2007 geven wel weer een indicatie van groei.

In een recente enquête van Test Gezondheid<sup>33</sup> betreffende “alternatieve geneeswijzen” waarbij Belgische, Italiaanse, Portugese en Spaanse consumenten werden bevestigd, blijkt dat bijna 20 % van de Belgen een beroep doet op deze geneeswijzen. Daarvan neemt de osteopathie 4,8 % voor zijn rekening en staat hiermee op de tweede plaats na de homeopathie. Opvallend is ook dat op alle mogelijke vlakken voor wat betreft de tevredenheid van de consument, de osteopathie het hoogste scoort t.o.v. de andere geneeswijzen, inclusief de conventionele geneeswijzen (huisartsen en specialisten).

- 88 % tevredenheid voor wat betreft de mogelijkheid het probleem uit te leggen aan de zorgverstrekker.
- Voor de tevredenheid over de bestede tijd van een behandeling noteert men een score van 87% voor de osteopathie.
- 87 % van de mensen die een osteopaat raadpleegden, zeiden tevreden te zijn over de verkregen informatie betreffende de oorzaken van hun aandoening.

Hoewel de auteurs de nodige reserve uitten voor wat betreft de daadwerkelijke doeltreffendheid van een geneeswijze kunnen we niet naast de cijfers waarbij de osteopathie nog maar eens de kroon spant met een tevredenheid van 77 % voor wat betreft de resultaten van de behandeling.

<sup>32</sup> Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J. *Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2004*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

<sup>33</sup> Delterne E., Sermeus G. *Enquête: alternatieve geneeswijzen*, Test Gezondheid, nr. 81 oktober/november, 2007

## Osteopathie als beroep

Vertrekkende vanuit de huidige realiteit stellen wij dat het werkveld van de professionele osteopaat zich situeert binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Voor het bezoek aan een osteopaat is geen verwijzing van een huisarts of van een specialist nodig. Zo mogelijk, werkt de osteopaat wel samen met artsen, specialisten en/of andere disciplines in de gezondheidszorg, voor zover de patiënt daarvoor toestemming geeft.

De zelfstandigheid van het beroep van osteopaat geldt voor het handelen (deskundigheid, diagnostiek, veiligheid, zorgvuldigheid), de attitude (respect, informatieoverdracht, vertrouwensrelatie en verantwoordelijkheidsbesef) en de organisatie (doelmatigheid, bescherming, klachtrecht) van de osteopaat.

Doorgaans oefent de osteopaat een zelfstandig beroep uit en heeft hij een eigen praktijk, al dan niet in een samenwerkingsverband met andere praktici.

De osteopaat maakt geen aanspraak op volledige bevoegdheid op alle terreinen van gezondheid en ziekte. De osteopaat is echter wel werkzaam op het hele terrein van gezondheid en ziekte. Dat wil zeggen dat de osteopaat zich niet beperkt tot een bepaald deelterrein van de gezondheidszorg.

De osteopaat is echter wel volledig zelfstandig bij het uitoefenen van zijn beroep. Hij is in staat zijn beroep zowel in diagnostische als in therapeutische zin uit te oefenen en te evalueren. Hij kent immers niet alleen de mogelijkheden, maar ook de grenzen van zijn beroep en zal consequent hiernaar handelen.

Tot de *taakgebieden van een osteopaat* behoren onder meer:

- Het zoeken naar de causaliteit van de klacht binnen het concept van de osteopathie.
- Het toepassen van de osteopathische principes in de diagnostiek, in de therapie en in de uitleg aan de patiënt.
- Het aanbieden van een passende therapie, die in hoofdzaak manueel is.
- Het vervullen van een preventieve rol binnen de gezondheidszorg.
- Het verwijzen van patiënten bij onbevoegdheid met betrekking tot het probleem.
- Het in goede verstandhouding samenwerken met andere gezondheidskundigen en -instellingen.
- Het bevorderen van de communicatie en van de controleerbaarheid van verschillende vormen van geneeskunde en het bevorderen van samenwerking tussen die verschillende vormen.

De osteopaten beoefenen een manueel beroep met een specifieke, doorgedreven handvaardigheid en dit met respect voor de eigen traditie. De behandeling steunt op een eigen *diagnostiek* waar naast een diepgaande anamnese, eventueel aangevuld met klinische of paraklinische onderzoeken, een globaal palpatie-onderzoek van het individu volgt, waarbij de osteopaat opmerkzaam is voor bewegingsbeperkingen op alle mogelijke niveaus.

Een osteopathische diagnose stoeit op een evaluatie van de functie en de vaststelling van disfuncties. Belangrijk bij het beoordelen van een somatische disfunctie is:

- Een morfologisch statisch en dynamisch bilan (met een kwantitatieve en kwalitatieve beoordeling van beweeglijkheid).
- Beoordeling van pijnzones.

- Beoordeling van asymmetrie.
- Beoordeling van weefselveranderingen.

De meest gebruikte diagnostische technieken die de osteopaat hiervoor aanwendt, zijn:

- Inspectie.
- Range Of Motion (ROM).
- Palpatie (van houding en van beweging).
- Tender Points (Jones techniek) en Triggerpunten.
- Spierfunctie-onderzoek.
- Fascia-onderzoek.
- Onderzoek van de viscerale mobiliteit.
- Onderzoek van het cranium (neuro- en viscerocranium).
- Neurolymfatisch reflexonderzoek (Chapman reflexen).

#### *Een osteopathische behandeling*

Het doel van een osteopathische behandeling bestaat erin om de functie te herstellen.

De behandeling bestaat voornamelijk uit manuele handelingen, zoals:

- Structurele “High Velocity Low Amplitude” (HVLA)-technieken.
- “Muscle Energy Techniques” (MET) (technieken waarbij neuromusculaire reflexen worden gebruikt).
- Algemene osteopathische mobilisaties.
- Functionele technieken (Sutherland-, Hoover-, Jones-technieken, ...) met inbegrip van inhibitietechnieken.
- Fasciale technieken (myofasciale release-, Chila-technieken, “unwinding”-technieken, ...).
- Weke delen- en bindweefseltechnieken (musculaire en bindweefselstretching, -frictie, ...).
- Neuroviscerale en neurolymfatische reflex technieken.
- Fluïda technieken (lymfatische manipulatieve technieken, ...).
- Viscerale manipulaties.
- Neurocraniale en viscerocraniale technieken.

Verder wordt er voldoende aandacht besteed aan de algemene leefregels en aan preventie in het bijzonder. Verder handelt de osteopa(a)t(e) naar de ethische en deontologische regels geldig voor elke vorm van de geneeskunst en binnen een humanistisch perspectief.

Wanneer men het arsenaal aan technieken betracht, merkt men op dat verschillende van deze technieken ook aangewend worden bij andere geneeswijzen, zoals bijvoorbeeld de chiropraxie en de manuele therapie. Men kan niet voorbij aan het feit dat er steeds meer overlapping is wat het technisch aspect aanbelangt<sup>34</sup>. Desalniettemin zijn er op technisch vlak minstens twee niet onbelangrijke

<sup>34</sup> Dvorak J.; Gauchat M.H.; Graf-Baumann T.; Mühlemann D.; Psczolla M. Manuelle Medizin, Chiropraktik, Osteopathie. *Man. Med. Osteopath. Med.* 2001; 39: 66-71



kanttekeningen te maken. Vooreerst zijn er voor wat betreft de aangewende technieken toch nog verschillen in de uitvoering ervan; een voorbeeld moge dit verduidelijken. Het is algemeen geweten dat HVLA-technieken zowel in de chiropraxie als in de osteopathie met de allergrootste precisie worden aangeleerd en aangewend. Toch zijn er in het algemeen belangrijke verschillen wat betreft de uitvoering van deze technieken. De meeste HVLA-technieken in het arsenaal van de osteopaat zullen voornamelijk uitgevoerd worden met grote hefboomen waardoor er minder kracht hoeft aangewend te worden op de betreffende anatomische structuur. De chiropractor daarentegen werkt voor deze technieken zeer vaak met korte hefboomen.<sup>35, 36</sup> Ondanks het feit dat het hier gaat om een techniek van dezelfde familie heeft de wijze van uitvoering, zowel voor de behandelaar als voor de patiënt, zijn consequenties.

Een tweede kanttekening betreft de historische ontwikkeling van de manuele technieken. Tengevolge van een steeds voortschrijdende interprofessionele uitwisseling is het maar logisch dat men, in de zoektocht naar een efficiëntere manuele therapeutische aanpak, die technieken weerhoudt die klinisch de beste resultaten opleveren. Dit technisch darwinisme heeft er in verloop van tijd voor gezorgd dat heel wat technieken een transfer van geneeswijze hebben gekend. Wanneer we dit fenomeen even historisch<sup>37</sup> bekijken en ook rekening houden met het beroep van de grondlegger van een bepaalde techniek, moeten we toegeven dat er op deze wijze heel wat technieken werden ontleend van de osteopathie.

Het is in deze technische uitstap uitermate belangrijk dat we ons bewust zijn dat het arsenaal van de gebruikte osteopathische technieken geenszins de osteopathie in se definiëert. Ze maken enkel deel uit van de globale uitoefening van de osteopathische geneeskunde. Het onderliggende concept, veel meer nog dan de technische uitvoering, onderscheidt de verschillende manuele geneeswijzen van elkaar.

## Indicaties en contra-indicaties binnen een osteopathische praktijk<sup>38</sup>

### Inleiding

Wanneer uitgevoerd door getrainde en onderlegde personen kan de osteopathische gezondheidszorg van toepassing zijn in de meeste klinische omstandigheden.

Als eerstelijnszorgverstrekkers hebben osteopaten de verantwoordelijkheid een diagnostiek te stellen die hen moet toelaten een onderscheid te maken wat al dan niet binnen de bevoegdheid valt van de osteopathische geneeskunde.

In dit opzicht erkennen de osteopaten dat specifieke handelingen en technieken geïndiceerd of gecontra-indiceerd kunnen zijn binnen specifieke omstandigheden

Het is echter belangrijk te begrijpen dat een contra-indicatie bij een manipulatieve tussenkomst van een bepaald lichaamsdeel geen osteopathische benadering uitsluit in een andere regio. In hetzelfde opzicht is een contra-indicatie voor een specifieke handeling geen uitsluitel voor een andere en meer aangepaste techniek bij diezelfde klinische situatie. Een voorbeeld moge dit verduidelijken: bij een patiënt met een acuut ligamenteair trauma van de enkel waarbij een repositie van de talus geïndiceerd is,

<sup>35</sup> Bergmann T. Short lever, specific contact articular chiropractor technique. *J.Manipulative Physiol.Ther.* 1992; 15(9): 591-5.

<sup>36</sup> Vickers A., Zollman C. ABC of complementary medicine: The manipulative therapies: osteopathy and chiropractic. *BMJ* 1999; 319: 1176-9.

<sup>37</sup> Gevitz N. *The DO's, osteopathic medicine in America.* 2004, 2<sup>nd</sup> edition, The John Hopkins University Press, Baltimore & London

<sup>38</sup> Gebaseerd op de WOHO Draft: Guidelines on safety and practice of osteopathy and osteopathic medicine



is het misschien niet wenselijk om dit met een HVLA-techniek te bewerkstelligen, alleen al wegens het acute karakter van het trauma en/of de pijngrens van de patiënt. Het is voor de patiënt misschien veel meer aangewezen en men heeft hetzelfde resultaat bereikt wanneer men in deze situatie een MET-techniek gebruikt. Een osteopaat kiest een techniek in functie van de veiligheid van zijn patiënt en zal daarbij ook rekening houden met het optimale resultaat dat in die specifieke omstandigheden mogelijk is.

Absolute en relatieve contra-indicaties binnen de osteopathische geneeskunde refereren meestal naar de uitgevoerde techniek.

Technieken kunnen worden gedefinieerd als direct, indirect en gecombineerd. Directe technieken zoals MET-technieken, manipulaties (HVLA-technieken) en articulaire mobilisaties hebben andere veiligheidscriteria dan indirecte technieken zoals bepaalde fluïda- en op reflexboog gebaseerde technieken (Sutherland, Hoover en Jones-technieken).

Het is belangrijk op te merken dat de indicaties voor de osteopathische geneeskunde te vinden zijn binnen de diagnostiek van de somatische disfunctie.

## **Contra-indicaties**

### *Directe technieken*

Directe technieken kunnen toegepast worden op een specifiek gewricht of meer algemeen op een lichaamsdeel.

Als directe technieken kan men manipulaties (HVLA), impulsen, spiercontracties, fasciale mobilisaties, passieve mobilisatie etc.. gebruiken om weefselaanpassingen te verkrijgen.

De weigering van een patient ten opzichte van bepaalde technieken is een absolute contra-indicatie.

Verder kan een gebied dat niet behandeld mag worden met een directe techniek in alle veiligheid en met voldoende efficiëntie via een indirecte, fluïdische of reflexboogtechniek genormaliseerd worden. Er zijn echter ook contra-indicaties voor deze indirecte technieken.

### *Contra-indicaties voor alle directe technieken:*

- Ongecontroleerde of vermoede bloedingsproblematiek
- Coagulatieproblematiek
- Behandeling met anti-coagulantia zonder recente labogegevens
- Congenitale of verworven bindweefselpathologie
- Omschreven bot, pees, ligamentaire of gewrichtsinstabiliteit die voorkomt uit metabole pathologie, metastasen, rheumatische aandoeningen, bottuberculosis, etc.

### *Contra-indicaties voor elke techniek toegepast op een lokale structuur*

- abdominaal aorta aneurysma
- acute hydrocephalus
- hydrocephalus van onbekende oorsprong
- acute CVA
- arterieel-veneuze malformatie
- cerebrale aneurysma
- acute cholecystitis met vermoeden van lekkage of ruptuur
- acute appendicitis



- neoplasma

*Contra-indicaties voor directe technieken, in het bijzonder HVLA of impulsen toegepast op een lokale structuur:*

- Specifieke technieken ter hoogte van intern fixatiemateriaal (bv.: osteosynthesemateriaal).
- Omschreven bot, pees, ligamentaire of gewrichtsinstabiliteit die voorkomen uit metabole pathologie, metastasen, rheumatische aandoeningen, bottuberculosis, suppuratieve artritis, septische artritis, osteomyelitis etc...
- Acute fractures
- Bot of intramusculaire hematomen.
- Acute discushernia met progressieve neurologische evolutie
- Acut cauda equina syndroom
- Lens implantaat (vroeg post-operatieve periode)
- Ongecontroleerd glaucoom
- Evidentie van vasculair lijden
  - carotis ruis
  - aorta aneurysma

*Indirecte technieken*

De relatieve contra-indicaties, eigen aan indirecte technieken, gaan samen met de graad van het acuut zijn van het probleem. Bijvoorbeeld, technieken t.h.v. het cranium moeten vermeden worden bij gesloten hoofdtraumatologie tot de mogelijkheid van intracranieële bloedingen uitgesloten is.

### **Ongevallen en gerapporteerde complicaties**

- Een literatuurstudie<sup>39</sup> heeft geen documenten opgeleverd over ongewenste effecten bij de behandeling van kinderen.
- Een publicatie<sup>36</sup> rapporteert een 5% incidentie betreffende ongewenste reacties bij gesloten hoofdtraumata binnen een volwassen populatie bij osteopathische technieken t.h.v. het cranium.
- Verschillende reviews<sup>36</sup> suggereren dat de incidentie van complicaties na manipulatie thv de cervicale wervels ondergerapporteerd zijn. Daarentegen kwamen twee reviews, die een overzicht boden van de bestaande literatuur dienaangaande, tot de conclusie dat HVLA-manipulaties, wannneer ze correct toegepast worden, effectief en veilig zijn bij nekpijn. Deze bevindingen werden recent bevestigd in een onderzoek van Gibbons en Tehan<sup>40</sup>.
- Bij navraag aan de verzekeraar van de BVO-SBO is in de periode 2001 tot heden geen enkele schadeclaim ingediend naar aanleiding van fysische schade veroorzaakt door een osteopathische akte. De verzekeraar heeft dan ook besloten een (klein) deel van de premie terug te storten. De jaarpremie is de laagste in de eerstelijns geneeskunde.

<sup>39</sup> Gebaseerd op de WHO Draft: Guidelines on safety and practice of osteopathy and osteopathic medicine

<sup>40</sup> Gibbons P., Tehan P. HVLA thrust techniques: What are the risks? *IJOM* 2006; 9: 4-12



---

## Besluit

Na ongeveer 30 jaar osteopathie in België stellen we vast dat de groeiende groep erkende osteopaten wordt geconsulteerd door een steeds groter aantal patiënten, die op een beperkte tussenkomst van de mutualiteiten kunnen rekenen.

De door de Raad van State erkende beroepsverenigingen zijn de laatste jaren tot een consensus gekomen qua opleidingscriteria, opgesteld door de Belgische Academie voor Osteopathie, en hebben een analoog deontologisch, ethisch en huishoudelijk reglement. Ook voor de verplichte permanente vorming werd een gemeenschappelijk reglement opgesteld terwijl de eerste stappen genomen zijn voor het oprichten van een Orde der Osteopaten.

Gezien zijn eerstelijnspositie heeft de osteopaat een grote verantwoordelijkheid ten opzichte van zijn patiënt wat impliceert dat naast een doorgedreven osteopathische praktijkkennis, er een grondige medische basiskennis wordt voorzien, die de veiligheid van de patiënt garandeert. Vanuit dit oogpunt is een reguliere opleiding van academisch niveau de enige, sluitende garantie.

Inherent aan de academische vorming is het fundamentele onderzoek die een mogelijke dogmatische opstelling uitsluit en de osteopathie zal toelaten zijn hypothesen te toetsen aan de bevindingen van de fundamentele wetenschappen.

De recente socioprofessionele en academische ontwikkelingen laten ons toe te besluiten dat de indeling van de osteopathie binnen de “alternatieve geneeswijzen” in vraag kan gesteld worden en men kan overwegen om haar in de toekomst als een reguliere geneeswijze te betrachten.



---

## BIJLAGE

### Recente socio-professionele evolutie

#### *België*

- 22.09.1986: oprichting van Belgische Academie voor Osteopathie.
- 22.12.1986: oprichting van de Belgische Vereniging voor Osteopathie (BVO-SBO).
- 14.01.1987: de BVO-SBO start met osteopathisch onderwijs op de campus van de Vrije Universiteit Brussel (VUB).
- 23.12.1987: neerlegging van de titel DO.
- 28.05.1993: de BVO-SBO wordt als eerste beroepsvereniging erkend door de Raad van State.
- 1994: De osteopaten staan geboekt bij het Ministerie van de Middenstand onder het nummer 030672
- 1995: De BVO-SBO is vertegenwoordigd in de Hoge Raad voor de Zelfstandigen en de KMO.
- 12.03.1999: goedkeuring van de wet Colla: erkenning van vier niet-conventionele geneeswijzen waaronder osteopathie. Het betreft een kaderwet die de oprichting van een paritaire commissie en vier kamers, een per discipline, bepaalt. Het gaat hier om een expliciete en wettelijke erkenning
- 2000: oprichting van de Groepering Nationaal en Representatief voor de Professionele Osteopaten (GNRPO), een overkoepelende organisatie van de door de Raad van State erkende beroepsverenigingen.
- 2000: akkoord tussen de grootste Mutualiteiten (SM&CM) en de GNRPO betreffende de erkende osteopaten en de tussenkomst van de mutualiteiten in het honorarium.
- 2002: Officiële erkenning van de GNRPO door de Raad van State.
- 2003: Officiële erkenning van de vijf beroepsverenigingen binnen het GNRPO bij Koninklijk Besluit
- 2007: Uniforme lijst van “erkende” osteopaten gerespecteerd door alle ziekenfondsen en in voege treden van een officieel uniform terugbetalingattest.
- 2008: oprichting van een Forum voor Osteopathie: officieel overlegorgaan tussen de mutualiteiten en alle door de Raad van State erkende beroepsverenigingen met een gezamenlijke betrachting naar officialiseren van het beroep (oprichting Orde, erkenning door Ministerie van Volksgezondheid, uitvoering van de Wet Colla).



---

*Europa*

- 1987: officiële erkenning van het EFO (European Federation of Osteopaths) als International Association binnen de Europese gemeenschap. De EFO groepeerd momenteel meer dan 5000 osteopaten.
- 1997: erkenning van de osteopathie binnen de niet-conventionele geneeswijzen door het Europese Parlement, gevolgd door een aanbeveling aan de lidstaten de osteopathie zo snel mogelijk te legitimeren binnen het omschreven kader.
- 2002: officiële erkenning van het EFO door de Europese Raad voor vrije, intellectuele en wetenschappelijke beroepen (CEPLIS). Deze raad zelf maakt deel uit van de Economische en Sociale Raad van Europa.

*Op wereldvlak*

- 2001: erkenning door de WHO van de Osteopathie als onafhankelijk, volwaardig beroep binnen de eerstelijns geneeskunde.
- 2004: oprichting van de WOHO, World Osteopathic Health Organisation, met 22 landen waaronder de USA, Europese lidstaten, Rusland, Australië, Japan, etc.