

College Sutherland Amsterdam

**Evaluatie
inleidend osteopathisch
integratief onderzoek**

afstudeeropdracht voorgedragen met het oog op het behalen van de titel Diploma in de Osteopathie

Auteurs: Christophe Verghote & Carl Coussement

Promotor: de heer Dirk Coolman D.O.

Januari 2011

INHOUDSOPGAVE

<u>VOORWOORD</u>	5
<u>SAMENVATTING</u>	6
<u>1. INLEIDING</u>	7
1.1 Uitgangspunt van de thesis	7
1.2 Verantwoording van de thesis	7
1.3 Vraagstelling bij het aangeleerd onderzoeksprotocol	8
1.4 Werkschema	8
1.4.1 Inleiding	8
1.4.2 Verduidelijking bij het opvragen van een inleidend onderzoeksprotocol	10
1.4.3 Leidraad doorheen de info-verzameling	11
1.4.4 Visie van Dr. A.T. Still op een osteopathisch onderzoek	12
1.4.5 Informatieverzameling bij osteopathische opleidingen (erkend door het EFO)	12
1.4.5.1 European Federation of Osteopaths (E.F.O.)	12
1.4.5.2 Aangesproken osteopathische opleidingen	14
1.4.5.2.1 European School of Osteopathy	14
1.4.5.2.2 Collège Ostéopathique Sutherland	15
1.4.5.2.3 College Sutherland Wiesbaden – Berlijn – Hamburg – Ulm of GCOM	15
1.4.5.2.4 Flanders International College of Osteopathy	16
1.4.5.2.5 Collège Belge d’ Ostéopathie	16
1.4.5.2.6 Sutherland College of Osteopathic Medicine	17
1.4.5.2.7 College Sutherland Amsterdam	18
1.4.6 Informatieverzameling bij vijfdejaars studenten osteopathie	19
1.4.7 Informatieverzameling bij erkende osteopaten (door BVO)	20
1.4.8 Informatieverzameling uit de literatuur	21
1.4.9 Uitwerking van de antwoorden	21
1.5 Doelstelling	22

2. VERWERKING VAN DE INGEZAMELDE INFORMATIE

2.1 Osteopathy: research and practice, (A.T. Still)	23
2.1.1 Algemeen	23
2.1.2 Osteopathisch onderzoek naar A.T. Still	24
2.2 Osteopathische opleidingen (erkend door het EFO)	29
2.2.1 Protocol 1	29
2.2.2 Protocol 2	41
2.2.3 Protocol 3	46
2.2.4 Protocol 4	49
2.2.5 Protocol 5	51
2.2.6 Protocol 6	52
2.2.7 Protocol 7	55
2.3 Vijfdejaars studenten osteopathie	56
2.4 Erkende osteopaten	61
2.4.1 Erkende Osteopaat 1	61
2.4.2 Erkende Osteopaat 2	62
2.4.3 Erkende Osteopaat 3	63
2.4.4 Erkende Osteopaat 4	65
2.4.5 Erkende Osteopaat 5	66
2.4.6 Erkende Osteopaat 6	68
2.4.7 Gesprek met Jean Delaunois D.O.	70
2.5 Literatuurstudie	75
2.5.1 Boeken	75
2.5.2 Artikels	100

3. BESLUITEN

3.1 Doelstelling	108
3.2 Problemen bij het uitvoeren van deze studie	108
3.3 Besluiten verzamelde informatie osteopathische opleidingen	109
3.4 Besluiten verzamelde informatie vijfdejaars studenten	110
3.5 Besluiten verzamelde informatie erkende osteopaten	112
3.6 Besluiten verzamelde informatie vanuit de literatuur	113

<u>4. VOORSTEL INTEGRATIEF</u>	
<u>OSTEOPATHISCH ONDERZOEKSPROTOCOL</u>	115
4.1 Anamnese	115
4.2 Visuele inspectie	117
4.3 Palpatie, statiek- en functietesten	119
4.4 Controle na behandeling	122
4.5 Integratie	122
4.6 Gebruik van fiche	123
4.7 Gebruik van schema	123
4.8 Medische beeldvorming	130
4.9 Literatuur en bronnen	130
<u>5. EINDCONCLUSIE</u>	131
5.1 Algemeen	131
5.2 Voorstel tot verder onderzoek	132
<u>6. LITERATUURLIJST</u>	134
<u>7. BIJLAGEN</u>	137

VOORWOORD

...het leven leef je in drie componenten...

...je probeert in de mate van het mogelijke **structuur** in je dagelijkse dag te brengen.

Deze structuur is belangrijk om de inhoud (het **visceraal** pakket) goed te laten functioneren.

Deze samenwerking is immers essentieel om een optimaal vermogen te creëren op het niveau van het steeds terugkerende levensritme (het **cranieel** functioneren)...

Het is dankzij die structuur die wij samen opgebouwd en gehandhaafd hebben met de mensen die in onze nabijheid leven, dat we erin geslaagd zijn om ons inhoudelijk (visceraal) pakket zinvol in te kleuren. Daardoor zijn we er tevens in geslaagd niettegenstaande enkele disfuncties (...die we wisten te corrigeren...) om op een enthousiaste en integratieve manier onze levenskwaliteit (PRM) op een bijzonder niveau te houden...

Osteopaat word je samen...

Dankjewel
aan ieder
die deze weg met ons heeft gegaan.

Januari 2011

SAMENVATTING

Evaluatie inleidend osteopathisch integratief onderzoek

Christophe Verghote en Carl Coussement
College Sutherland Amsterdam, 2011

Doel:

Het in beeld brengen van de verscheidene accenten, naar voor gebracht in inleidende osteopathische integratieve onderzoeksmethoden:

- door enkele Europese osteopathieopleidingen (erkend door EFO),
- door voorgestelde onderzoeksmethoden bij vijfdejaars studenten,
- door ervaren osteopaten
- in de literatuur.

Een werk opmaken voor osteopathiestudenten dat als informatiebron kan dienen bij hun groei naar het toepassen van een persoonlijk inleidend osteopathisch integratief onderzoeksprotocol.

Design:

Inbrengen van de ontvangen informatie aangaande inleidende osteopathische onderzoeksmethoden met als leidraad:

Anamnese / Visuele inspectie / Palpatie, statiek- en functietesten / Controle na behandeling / Integratie / Gebruik van fiche / Gebruik van schema / Medische beeldvorming

Bronnen:

Contacten en mee volgen van clinics in voorgestelde osteopathische opleidingen.

Via jaarlijkse identieke bevraging bij vijfdejaars studenten osteopathie.

Erkende osteopaten (BVO) brengen directe informatie in osteopathische sessie.

Via internationale Databanken verzamelen van 12 boeken en 15 artikels omtrent osteopathisch integratieve onderzoeksmethoden.

Resultaten:

Beperkte inzameling van informatie, zowel bij de opleidingen, als in de literatuur.

De vijfdejaars studenten bevestigen dat aangeleerde technieken bepalend zijn om een persoonlijk osteopathisch onderzoeksprotocol op te bouwen en zeker hun osteopathisch redeneren beïnvloeden.

Dit werk biedt een richtinggevend overzicht van mogelijke osteopathische onderzoeksmethoden.

Conclusie:

Er is te weinig evalueerbare informatie voor handen om:

- een eenduidig inleidend osteopathisch onderzoek op te maken
- integratieve informatie te bekomen om structurele, viscerale en craniële gegevens te evalueren in hun wederzijdse beïnvloeding

Dit werk betekent een oproep om aan de hand van meetbare structurele, viscerale en craniële technieken een onderzoeksbatterij op te maken waarbij de informatie integratief kan gelezen worden. Inhibitie-technieken en provocatietesten zijn daar een mogelijke tool toe. Ook inhibitie- & provocatietechnieken dienen vastgelegd te worden aan de hand van vaste afspraken.

1. INLEIDING

1.1 Uitgangspunt van de thesis

Als studenten van het College Sutherland België stelden wij ons in de laatste 2 jaar van onze opleiding nogal wat vragen. Dit waren vooral vragen in verband met de osteopathische onderzoeksmethoden bij een eerste contact met de patiënt. Ons werd immers een bepaald onderzoeksprotocol aangeleerd dat bij iedere patiënt initieel werd uitgevoerd.

Het ons aangeleerde onderzoek kwam vooral tot stand in samenspraak en na overleg met enkele docenten van het College Sutherland België. Hun praktische ervaring en de informatie die hen werd overgeleverd, werd gebundeld tot een gestructureerd onderzoeksprotocol dat als rode draad doorheen de opleiding College Sutherland loopt.

De intentie was de studenten een onderzoeksmethode aan te bieden, die als basis (kader, kapstok) kan dienen bij een eerste consult met de patiënt. Dit inleidend onderzoek geeft volgend opzet:

- een regio begrenzen die beïnvloed wordt door dirigerende disfuncties, zowel op parietaal, visceraal, cranio-sacraal vlak
- na het bepalen van een regio een meer specifiek analytisch onderzoek in de gevonden regio te kunnen uitvoeren
- uitgaande van het globale en regionale onderzoek een correcte diagnose te stellen en zodoende een mogelijke efficiënte behandeling te kunnen opstarten..

Dit protocol bestaat uit verschillende testen. Testen die ons zowel structureel, visceraal als cranieel informatie bezorgen. In de eerste plaats informatie over de mogelijke regio of structuur, die in eerste instantie in aanmerking komt voor verder gespecificeerd osteopathisch onderzoek. In de tweede plaats voor een eerste behandelingsaanpak.

De confrontatie met dit onderzoeksprotocol binnen de osteopathie plaatste ons voor de uitdaging om meer informatie te verzamelen om aldus een bredere kijk op te bouwen op het vlak van osteopathische diagnostiek.

1.2 Verantwoording van de thesis

Als eerste kwamen wij en onze medestudenten tot de volgende bevinding: het begingebruik van het onderzoeksprotocol vereiste een vrij ruime tijdsinvestering.

Dit bleek evenwel nodig, daar dit essentieel is om volgende belangrijke doelstellingen te realiseren:

- Het ontwikkelen van de palpatiegevoeligheid bij de osteopaat.
- Het uitvoeren van meerdere testen (als controle) om zekerheid te bekomen over de gevonden resultaten bij de patiënt.
- De noodzaak om de verschillende testen aan te passen, daar niet iedere patiënt in om het even welke positie kan getest worden.

Ten tweede constateerden we tevens dat onze groep, die nog maar een tweetal jaar met dit aangeleerd onderzoeksprotocol geconfronteerd werd, verschillende informatie verzamelde uit identieke testen bij dezelfde patiënten.

Vanuit deze vaststellingen vonden we het dus verantwoord ons eindwerk toe te spitsen op het verzamelen van informatie omtrent gehanteerde onderzoeksprotocollen zowel in osteopathische opleidingen (aanbod school en praktijk bij studenten) als bij ervaren osteopaten, als in de literatuur.

1.3 Vraagstelling bij het aangeleerd onderzoeksprotocol

Wij stelden ons de volgende vragen bij het onderzoeksprotocol dat ons werd aangeboden:

- Vanuit welk onderzoeksprotocol startte Dr. A.T. Still
- Bestaan er verschillende onderzoeksprotocollen?
 - o Welke onderzoeksprotocollen worden onderwezen in verschillende opleidingen?
 - o Welke onderzoeksprotocollen vinden we terug in de literatuur?
- Welk onderzoeksprotocol gebruikt de laatstejaarsstudent osteopathie?
- Hoe bouwen ervaren osteopaten hun osteopathisch onderzoek op?

1.4 Werkschema

1.4.1 Inleiding

Binnen het werkveld van de osteopathie zijn we van mening dat de osteopathische diagnose:

1. van primordiaal belang is voor de verdere behandeling
2. zich niet houdt aan een vast patroon in methodiek tussen verschillende praktiserende osteopaten

Door deze vaststellingen groeide onze motivatie om het osteopathisch terrein naar de gebruikte onderzoeksmethoden te verkennen.

De verdere aanzet om dit werk op te vatten, werd positief gemotiveerd op het '8. Internationaler Kongress des Verbandes der Osteopathen Deutschland e.V.' in Schlangenbad van 29 september '05 tot en met 2 oktober '05. We voerden er gesprekken met verschillende osteopaten D.O., waaronder Enzo Molinari (GB), Larisa Lasovetskaya (USSR), Florian Schwerla (D), Rene McGovern (USA), Jane Stark (Canada),...

Ook met de osteopaten D.O., Rik Hoste, Luc Fieuw, Etienne Cloet, Patrick Van Dun, Rob Muts, Bert Janssens voerden we gesprekken omtrent onderzoeksmethoden.

Met de heer J. Delaunois hebben we een constructief gesprek gevoerd, zie 2.4.7.

Zij allen maakten duidelijk dat er weinig informatie te bekomen is omtrent integratieve osteopathische onderzoeksprotocols. Indien er dan wel iets te vinden is over deze onderzoeksmethoden, dan is dit voornamelijk gebaseerd op empirische bevindingen. Een werkstuk die een zicht probeert te werpen op dit onderwerp, kan een stap zijn tot verdere onderbouw van osteopathische onderzoeksmethoden in het algemeen.

Het motiveerde ons een werkstuk te creëren voor osteopathie-studenten omtrent inleidende osteopathische integratieve onderzoeksprotocols, waarmee ze kunnen groeien naar een persoonlijke onderzoeksmethode.

Vandaar vroegen wij ons af:

- Op welke manier maakte Dr. A.T. Still gebruik van een onderzoeksprotocol ?
- Hoe wordt een onderzoek aan osteopathiestudenten aangeleerd? Wij veronderstellen dat deze aangeleerde methodes heel belangrijk zijn voor de verdere uitbouw van een eigengemaakte onderzoeksmethode, specifiek per osteopaat.
- Welk onderzoeksprotocol wordt door vijfdejaarsstudenten gebruikt?
- Welk onderzoeksprotocol wordt door ervaren osteopaten gebruikt?
- Welke informatie kunnen we terug vinden in de literatuur betreffende een integratief osteopathisch onderzoeksprotocol?

1.4.2 Verduidelijking bij het opvragen van een inleidend onderzoeksprotocol

Vanuit de visie van de osteopathie in het algemeen ‘het lichaam is één’ kijken we voornamelijk uit naar een inleidend osteopathisch integratief onderzoek. Dit betekent dat het een osteopathische onderzoeksmethode betreft waarbij het parietaal, visceraal en cranieel domein met elkaar in relatie gebracht worden.

Werkwijze:

- Wij vroegen de medewerking aan verschillende beroepsverenigingen die we gecontacteerd hebben in de volgende landen: België, Duitsland, Frankrijk, Griekenland, Groot-Brittannië, Italië, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk, Portugal, Spanje, Zwitserland.

Aan de voorgestelde scholen in deze landen hebben wij hun inleidende osteopathische onderzoeksmethode opgevraagd. Tevens vroegen wij naar de verantwoordelijke binnen hun opleiding met wie wij contact konden opnemen.

Deze keuzeverwerking wordt uitgelegd in hoofdstuk 1.4.5.

- 5^{de} jaarstudenten van het College Sutherland Amsterdam worden bevroegd naar hun persoonlijk voorstel van een inleidend osteopathisch integratief onderzoek. Dit werd ieder jaar opgevraagd vanaf 2007.

Zie 1.4.6.

- Bij ervaren osteopaten (6) wordt een osteopathie-sessie gevolgd met de bedoeling directe informatie op te tekenen inzake een inleidend osteopathisch integratief onderzoek.

Daarnaast werd een constructief gesprek gevoerd met de heer J. Delaunois, die een eigen onderzoeksmethode heeft opgesteld.

- Informatie wordt verzameld uit de literatuur inzake osteopathische integratieve onderzoeksmethoden.

De bedoeling van dit informeren is:

- het in beeld brengen van de diverse accenten binnen de verschillende osteopathische onderzoeksmethoden.
- een werk op te maken voor de osteopathiestudenten waarin ze een overzicht kunnen raadplegen hoe een inleidend osteopathisch integratief onderzoeksprotocol mogelijk kan worden opgebouwd. Op deze wijze kunnen ze met deze informatie groeien naar een persoonlijk osteopathische onderzoeksmethode.

Wij proberen vanuit de gegevens van de scholen, de studenten, de ervaren osteopaten, alsook vanuit de literatuur objectieve informatie naar voor te brengen.

Wanneer wij erin slagen om vanuit deze vier informatiebronnen inleidende osteopathische onderzoeksmethoden in beeld te brengen, creëren wij een beperkt maar objectief overzicht omtrent dit facet binnen de osteopathie.

Deze osteopathische bijdrage:

- maakt geen evaluatie van palpatievaardigheden
- motiveert niet waarom een test wel en een test niet gebruikt wordt in een bepaald onderzoeksprotocol
- brengt geen evaluatie inzake de efficiëntie van de beschreven osteopathische onderzoeksmethodes.

1.4.3 Leidraad doorheen de info-verzameling

Volgende items worden vooropgesteld bij onze info-verzameling omtrent een inleidend osteopathisch integratief onderzoek:

1. Anamnese
2. Visuele inspectie
3. Palpatie, statiek- en functietesten
4. Controle na behandeling
5. Integratie
6. Gebruik van fiche
7. Gebruik van schema
8. Medische beeldvorming

Deze items worden zowel bij de onderzoeksprotocollen in de scholen, bij de vijfdejaarsstudenten, bij de ervaren osteopaten als in de literatuur toegepast. Het is onze bedoeling een duidelijk zicht te krijgen op de verschillende methodes, maar tevens bij vergelijkingen identieke parameters voor handen te hebben.

1.4.4 Visie van Dr. A.T. Still op het osteopathisch onderzoek

Wij gebruiken volgende boeken van Dr. A.T. Still:

- “Osteopathy, research & practice” (23)
- “The Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy” (24)

Vooreerst brengen we algemene gegevens uit het boek omtrent het osteopathisch onderzoek.

Vervolgens plaatsen we zijn onderzoeksgegevens bij de verschillende items die wij standaard bespreken in ieder onderzoeksprotocol.

1.4.5 Informatieverzameling bij osteopathische opleidingen (erkend door EFO)

1.4.5.1 European Federation of Osteopaths (E.F.O.)

The Charter of the E.F.O

“The EFO shall coordinate all efforts by professional associations of D.O. to gain legal recognition of osteopathy in each EU member country.

It will propose draft criteria for professional practice, a professional code of ethics and minimal training standards for all EU countries.

It will stimulate consultation among all EU countries in order to promote the creation of a European Academy of Osteopathy, which would be autonomous and independent of the EFO .

It will act as spokesperson for European osteopaths D.O. with the Commission of the European Communities and the European Parliament.

It will avoid undue interference into national policies concerning the profession.

*The **European Federation of Osteopaths** also wishes to see other osteopathic organizations support their actions and participate in their efforts to be recognized and to have the freedom to practice their art. “*

(uit www.feo.eu/charter)

De European Federation of Osteopaths (EFO) is een overkoepelend orgaan dat verschillende beroepsverenigingen onder haar bevoegdheid heeft. Zij verdedigt in het algemeen de belangen van de osteopathie in Europa.

Volgende effectief aangesloten beroepsverenigingen per land worden alfabetisch vermeld:

- *Association et Registre des Ostéopathes de Portugal (AROP)
- *Association Luxembourgeoise des Ostéopathes (ALDO)
- *Associazione Diffusione Osteopatica (ADO) Italia
- *British Osteopatic Association (BOA)
- *Consejo General Espanol de Osteopatia (CGEO)
- *Fédération Suisse des Ostéopathes (FSO)
- *Greek Osteopathic Association
- *Groepering, Nationaal en Representatief voor de Professionele Osteopaten (GNRPO) België
- *Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO)
- *Österreichische Gesellschaft für Osteopathie (ÖGO)
- *Union Fédérale des Ostéopathes de France (UFOF)
- *Verband der Osteopathen Deutschland (VOD)

Bij deze beroepsverenigingen werd gevraagd welke landen toonaangevend zijn binnen de verdere ontwikkeling van de osteopathie in Europa.
(zie opgestelde brief in bijlage 1)

Er wordt een lijst opgesteld waarbij de landen gerangschikt worden volgens het aantal vermeldingen in de antwoorden van deze beroepsverenigingen.
We houden rekening in onze verder info-verzameling met de eerste vijf landen:

1. Groot-Brittannië
2. Frankrijk
3. België
4. Duitsland
5. Nederland

(zie bijlage 2)

Vervolgens wordt in samenspraak met de heer Claude Rousseau D.O, secretaris generaal van het E.F.O., 7 scholen uitgekozen. Bij deze scholen wordt geïnformeerd naar een inleidend osteopathisch integratief onderzoeksprotocol.
(zie bijlage 3)

1.4.5.2 Aangesproken osteopathische opleidingen

Volgende opleidingen werden in samenspraak met de heer Claude Rousseau D.O. aangesproken:

België:

- Collège Belge d' Ostéopathie (CBO)
- Flanders International College of Osteopathy (FICO)
- Sutherland College of Osteopathic Medicine (SCOM)

Duitsland: College Sutherland Wiesbaden-Berlijn-Hamburg-Ulm of GCOM

Frankrijk: Collège Ostéopathique Sutherland (COS)

Groot-Brittannië: European school of Osteopathy (ESO)

Nederland: College Sutherland Amsterdam

Bij deze scholen werd dan ook een inleidend osteopathische integratief onderzoeksprotocol opgevraagd.

(zie bijlage 4)

1.4.5.2.1 European School of Osteopathy (ESO)



Directeur: de heer John Barkworth D.O.

Contact persoon: de heer Bob Thomas D.O., stage-verantwoordelijke

Adres: Boxley House, The Street, Boxley, Maidstone, Kent ME14 3DZ

4-jarige fulltime opleiding met eigen clinic voor stage

1.4.5.2.2 Collège Ostéopathique Sutherland (COS)



Directeur: de heer Jacques Weischenck D.O.

Contactpersoon: de heer Jean-Pierre Benoit D.O.

Adres: 6 Allée des Pierres Mayettes, 92.230 Gennevilliers (Parijs)

3 + 2 formule: eerste 3 jaar basisopleiding (2660 uren) en cyclus van 2 jaar (visceraal en cranieel). Na 5 jaar mogelijkheid om een 6^{de} jaar af te werken tot Master in de Osteopathie.

1.4.5.2.3 College Sutherland Wiesbaden, Berlijn, Hamburg, Ulm of GCOM (German College of osteopathic Medicine)



Directeur: de heer Etienne Cloet D.O.

Contactpersoon: de heer Dirk Coolman D.O.

Adres: Rheingauer Strasse 13, D-65388 Schlangenbad

Voltijds: 5 jaar (25 lesweken per halfjaar)

Deeltijds: 4 jaar (7 seminars van 5 dagen)

1.4.5.2.4 Flanders International College of Osteopathy (FICO)



Directeur : de heren Tim Daelemans D.O. en Joeri Pauwels D.O.

Contactpersoon : de heren Dirk Van Heestert, D.O. en Eric Van Goeys D.O.

Adres : Napelstraat 51, 2000 Antwerpen

Deeltijdse 6-jarige opleiding in modules: structurele (3), viscerale (1), craniale (1) en coördinatiejaar (1): 9 weekends van 3 dagen per academiejaar, het laatste coördinatiejaar bestaat uit 6 weekends van 3 dagen

1.4.5.2.5 Collège Belge d' Ostéopathie (CBO)



Directeur : de heren Jean Burnotte, D.O., Pierre Duby D.O., Michel Renier D.O.,
Baudouin Chatelle D.O., et Franz Buset D.O.

Contactpersoon: mail werd doorgestuurd naar algemeen contactadres:
info@c-b-o.org

Adres : La Haute Ecole P.H. Spaak, située dans le Domaine de Calevoet, chaussée
d'Alsemberg 1091 à 1180 Bruxelles.

Voltijdse of deeltijdse 5-jarige opleiding: 2052 uren (stage inbegrepen)

1.4.5.2.6 Sutherland College of Osteopathic Medicine



Directeur : de heer Jean-Jacques Debroux D.O.

Contactpersoon : Yves Lepers, D.O.

Adres : Abbaye Saint-Gérard de Brogne, Place de Brogne 3, 5640 Saint-Gérard
Mettet

Deeltijdse 5-jarige opleiding : 10 weekends van 3 dagen

30 uur stage in Portugal

20 uur stage in Brussel, Instituut Antoine Depage

1.4.5.2.7 College Sutherland Amsterdam



Directeur : de heer Rob Muts D.O.

Contactpersoon : Rob Muts D.O.

Adres : Hugo de Grootkade 30 – 38, 1052 LT Amsterdam

Voltijds: eventueel één voorbereidend jaar propedeuse, 5-jarige opleiding : 7 weekends van 4 dagen, daarna nog één jaar stage, + werkgroepen gedurende de opleiding

Deeltijdse 5-jarige opleiding : 7 weekends van 4 dagen

Daarna nog één jaar stage

1.4.6 Informatieverzameling bij vijfdejaars studenten osteopathie

Vanaf 2007 werd telkens in het vijfde jaar van het College Sutherland Amsterdam een afsluitende opdracht meegegeven met als onderwerp 'hoe ga je als laatste jaar osteopathiestudent je inleidend osteopathisch integratief onderzoeksprotocol opbouwen bij het eerste consult bij een patiënt?'

Hieronder zie je het document met de vraagstelling:

TENTAMEN 5^{de} jaar

Naam:

Inleidend osteopathisch integratief onderzoek



COLLEGE SUTHERLAND

GELIEVE UW ANTWOORD DOOR TE MAILEN TEGEN (datum tentamen) OP VOLGENDE MAILADRES: carl.coussement@skynet.be

In het 5^{de} jaar hebben Jullie reeds een beginnende praktische en theoretische ervaring naar het onderzoek van Uw patiënten. Binnen alle praktijkvakken hebben jullie langzaam een mogelijk inleidend osteopathisch integratief onderzoeksmethode leren kennen. Ook in het vak 'onderzoek en behandelen' werden jullie onderzoekstechnieken aangeleerd.

Graag verneem ik hoe jullie dit onderzoeksprotocol in jullie thuispraktijk naar voor brengen.

Schrijf dus een **PERSOONLIJK** onderzoeksprotocol bij het eerste consult van een patiënt.

Zorg dat Uw onderzoek volledig is.

Je kan de onderstaande leidraad daartoe gebruiken:

1. Anamnese
2. Visuele inspectie
3. Palpatie, statiek- en functietesten
4. Controle na behandeling
5. **Integratie: op welke wijze zorg je voor integratie binnen jullie testbatterij?**
6. Gebruik van fiche
7. Gebruik van schema
8. Medische beeldvorming

Ik hoop dat ik per student een **eigen persoonlijk onderzoeksprotocol** krijg. Gebruik Uw theoretische en praktische bagage en Uw gezond verstand bij de opbouw van Uw onderzoek.

Alle succes!

1.4.7 Informatieverzameling bij erkende osteopaten (door BVO)

Als derde invalshoek bij het verzamelen van informatie omtrent een inleidend osteopathisch onderzoek, richten we ons op de osteopaat in het werkveld.

We wensen te weten hoe een osteopathisch onderzoek opgebouwd wordt bij een eerste consult bij een nieuwe patiënt.

Daartoe besloten we 'zelf' als patiënt een consult aan te vragen bij een osteopaat D.O..

Op volgende wijze werd de keuze opgebouwd om een zo neutraal mogelijk beeld te kunnen creëren:

- de osteopaten zijn lid van de Belgische Vereniging voor Osteopathie (BVO) (1), die op haar beurt erkend is door het GNRPO (2).

*(1) Belgische Vereniging voor Osteopathie (SBO-BVO): (bron: website GNRPO)
"Beroepsvereniging van Belgische osteopaten, erkend door de Raad van State (Belgisch Staatsblad van op datum van 2 februari 1994)*

In haar streven naar de hoogst mogelijke kwaliteit voor een osteopathische opleiding erkent de BVO die opleidingen die voldoen aan de criteria die werden opgesteld door de Belgische Academie voor Osteopathie vzw. De osteopaten die aan deze opleidingen promoveren en zich uitsluitend profileren als osteopaat worden aanvaard als effectief lid. Zij hebben het recht om de titel "osteopaat D.O." te voeren."

(2) GNRPO (bron: website GNRPO)

"Het GNRPO is een groepering van de Belgische beroepsverenigingen die door de Raad van State en door het ministerie van Volksgezondheid zijn erkend. De naam staat voor "Groepering, Nationaal en Representatief voor de Professionele Osteopaten". Deze beroepsverenigingen hebben 4 gemeenschappelijke doelen:

- *het bepalen en aan collega's opleggen van de academische criteria,*
- *het bepalen van de toelatingsvoorwaarden voor hun leden,*
- *een ethische commissie op te richten,*
- *een deontologische code te laten eerbiedigen door hun leden.*

De beroepsverenigingen werden in hun opdracht bekrachtigd door het Koninklijk Besluit van 10 februari 2003 gezien:

- *de wet Colla daterend van 29 april 1999, artikel 2, &1e, 3°,*
- *het Koninklijk Besluit van 4 juli 2001,*
- *de wet van 22 augustus 2002,*
- *het Ministerieel Besluit van 30 september 2002."*

- de osteopaten zijn om praktische redenen werkzaam in West-Vlaanderen
- wij zijn niet bekend met deze osteopaten
- er worden 6 namen geselecteerd uit de lijst van ‘Professionele Osteopaten’, opgesteld door het BVO (*zie website GNRPO*)
- elk van ons maakt een afspraak als patiënt bij drie van deze osteopaten met de bedoeling een osteopathisch onderzoek zelf te ondergaan

Na het volgen van deze osteopathie-sessies wordt de verzamelde informatie neergeschreven volgens de vooropgestelde leidraad: zie 1.4.3.

1.4.8 Informatieverzameling uit de literatuur

In de literatuurstudie werd informatie als volgt verzameld :

- via de inbreng van de ondervraagde scholen
- door zoekwerk omtrent integratieve diagnostiek :
 - op internet: via internationale databanken, o.a. Medline,...
 - na bevraging van enkele osteopaten D.O.: Bert Jansens, Rik Hoste, Dirk Coolman, Luc Fieuw, Patrick Van Dun, Jo Beukens en Rob Muts.

De literatuurlijst wordt besproken in 2.5.

1.4.9 Uitwerking van de antwoorden

De ontvangen informatie wordt genoteerd volgens de voorgestelde leidraad: anamnese, visuele inspectie, palpatie, statiek- en functietesten, controle na behandeling, integratie, gebruik van fiche, gebruik van schema, medische beeldvorming, literatuur en bronnen (opgevraagd bij de scholen).

Dit gebeurt zowel voor de inleidende osteopathische integratieve onderzoeksmethoden van de:

- osteopathische opleidingen
- vijfdejaars studenten
- ervaren osteopaten
- literatuur

Tevens wordt na de besluiten van de 4 invalshoeken een algemeen besluit opgemaakt voor wat betreft deze informatie-inzameling omtrent inleidende osteopathische integratieve onderzoeksmethoden.

Na deze besluiten stellen wij een persoonlijk protocol voor. Dit inleidend osteopathisch integratief onderzoek is gegroeid uit de ingezamelde informatie en onze persoonlijke ervaringen.

1.5 Doelstelling

Wij willen als doelstelling van ons eindwerk het volgende voorop stellen :

Het in beeld brengen van de verscheidene accenten in inleidende osteopathische integratieve onderzoeksmethoden voorgesteld:

- door enkele Europese osteopathieopleidingen (erkend door EFO),
- door voorgestelde onderzoeksmethoden bij vijfdejaars studenten,
- door ervaren osteopaten
- in de literatuur.

Een werk opmaken voor osteopathiestudenten dat als informatiebron kan dienen bij hun groei naar het toepassen van een persoonlijk inleidend osteopathisch integratief onderzoeksprotocol.

2. VERWERKING VAN DE INGEZAMELDE INFORMATIE

2.1 Osteopathy: Research and Practice, Still A.T. (24)

The Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy, Still A.T. (23).

Deze literatuur wordt grondig weergegeven om de lezer een idee te geven wat de oorspronkelijke fundamenteën zijn waarop osteopathie gegroeid is.

2.1.1 Algemeen

In zijn inleiding spreekt Dr. Still over de filosoof en de mechaniker binnen de osteopaat.

Hij eist een accurate diagnose waarbij hij op zoek ging of arteriële, veneuze, neurogene, lymfatische en cerebrospinale kanalen vrij zijn en normaal functioneren.

Hij zag zichzelf als behandelaar van oorzaken, niet van effecten. Een ‘ziekte’ was voor hem een ‘effect’.

Dr. Still twijfelde bij aanvang of osteopathie wel kon onderwezen worden: hij realiseerde zich dat verschillende mensen zaken anders zagen dan hij deed. Er werden geen technieken aangeleerd. Iedere student diende zelf verbanden te leggen in wat hem aangeleerd werd.

Osteopathie is gebaseerd op de perfectie van het werk van de natuur! Wanneer alle delen van het lichaam in lijn zijn, hebben we te maken met gezondheid.”

Met zijn werk hoopt hij de lezer aan te zetten tot studie en praktijk van de osteopathische filosofie die hij voorstelt in zijn boek. Vorm jezelf in connectie met de aangeboden stof en neem zelf conclusies die gebaseerd zijn op de dagelijkse vooruitgang van de wetenschap.

Anatomie: vergelijk het functioneren van een normaal lichaam met dat van een abnormaal lichaam.

Noodzaak: kennis van anatomie, functie van zijn organen en oorzaak van de frictie die zijn ‘disease’ heeft veroorzaakt. Vervolgens hef je de frictie op.

Doel van het boek:

De student moet een denker worden die handelt op een osteopathisch succesvolle manier.

Dr. A.T. Still hecht veel belang aan vascularisatie, (24, p. 12):

“The system of producing blood must be so perfect that all parts can run without obstruction.”

“Nature as an architect” , (24,p. 13)

De fundamentele steen waarop osteopathie reeds 35 jaar (in 1874 ontdekte hij dat hij door palpatoire technieken de fysiologie van de patiënt kon veranderen) steunt, is dat men zich houdt aan en werkt volgens de wetten en specificaties van de Architect (= God), lees Natuur.

De osteopaat moet dus in staat zijn na te denken. Op deze manier dienen geen details onderwezen te worden hoe je praktisch moet behandelen. Door de anatomie en fysiologie van het lichaam te kennen, moet je zelf kunnen in het lichaam van de patiënt wandelen van ‘effect’ naar de ‘oorzaak’ en je behandeling praktisch opbouwen.

2.1.2 Osteopathisch onderzoek naar A.T. Still

In zijn boek bouwt hij zijn onderzoek op vertrekkend vanuit de ziekte. Vanuit dit gegeven geeft hij de verschillende onderzoeksfacetten mee.

- Rode draad in zijn onderzoek: welke structuren zijn nefast voor de bloedsomloop (arterieel en veneus), lymfdrainage en zenuwstelsel.

2.1.2.1 Anamnese

- vraag naar vroegere operaties ivm littekens
- geen tumoren aanwezig
- anamnestiche vragen zijn zeer belangrijk tot het vinden van wat verder dient onderzocht te worden tot correctere behandeling, (24, p. 70, rubriek 229) en (24, p. 135)
 - systeemanalyse van het lichaam naar correcte functie toe: een deskundige kennis van anatomie en fysiologie is vereist voor een correcte systeemanamnese.
 - hoe lang bestaat de klacht?
 - Kracht?
 - Bewegelijkheid?
 - De 5 zintuigen: zicht, reuk, gevoel, gehoor en smaak bevragen + de bezenuwing van beweeglijkheid, voeding, sensibiliteit, emotie en mentale toestand. (24, p. 137)
- hij veronderstelt dan ook dat de osteopaat een zeer sterke anatomische en fysiologische kennis heeft.
- vraag naar beroep: vb. verpleegster in longafdeling: besmettelijk + zorg voor eigen weerstand (24, p. 77)
- vraag naar dagelijkse activiteit van patiënt (24, p. 163)

- de wijze waarop het trauma gebeurd is en wat het verloop van de klacht is in de tijd (24, p. 201-202)
- bij longproblematiek; de zure geur van de huid, (24, p. 90)
- luisteren naar hartslag, (24, p. 97)
- vragen naar problemen met de spijsvertering, (24, p. 107), vb. blijft voedsel op maag liggen, winderigheid,...
- gevoeligheid van regio rond plexus solaris: steeds aanwezig bij verteringsstoornissen, (24, p. 107)
- vraag naar gevolgde diëten, eten van vergiftigd voedsel in kwaliteit en hoeveelheid, (24, p. 114)
- omstandigheden van woon- en werkklimaat: bvb. verontreinigde bodem, lucht,... (24, p. 115)

2.1.2.2. Visuele inspectie

Geen relevante informatie.

2.1.2.3. Palpatie, statiek- en functietesten

Relatie tussen botten en ziektes (24, p. 22)

Het bot kan door een bepaalde houding en/of vormverandering, spanning in het lichaam veroorzaken waarbij op afstand klachten (effects) ontstaan. Zij beïnvloeden de bloedcirculatie en het optimaal functioneren van de bezenuwing.

Het geluid dat gewrichten vaak maken bij het corrigeren ervan betekent niet steeds dat het bot terug staat in zijn perfecte positie. (24, p. 24)

Het gaat niet om het imiteren van deze of een andere techniek van een (succesvol) osteopaat; het gaat om het weefsel te brengen van abnormaal naar normaal:

- Uitgaan van wat NORMAAL is, zowel qua functie, qua positie; je kan dan beter oordelen wat afwijkt van het normale (24, p. 169)
- “I find obstruction caused by both bone and muscle preventing the normal return of fluids and resulting in enlarged glands.”
In het onderzoek wordt aandacht besteed aan het opsporen van articulaire disfuncties en musculaire spanning met als gevolg opgezette klieren (lymfatisch) en stase in de bloedvaten. (24, p. 133 rubriek 417)
- Alle technieken doen de patiënt geen pijn
- Still onderzoekt steeds bilateraal: dus niet enkel dysfunctiezijde
- volgende articulaire regio's naar onderzoek komen steeds terug:
 - atlas en axis
 - inferior maxilla = mandibula
 - C7 en T1

- Claviculae
- Hyoid
- Sternum
- Ribben
- L5
- Sacrum
- Coccyx
- Bekken en heup vraagt altijd onderzoek. Te grote invloed op de rest van het lichaam.

Dr. A.T. Still werkt vanuit 5 lichaamszones: (23, p. 72-76)

- hoofd en nek
- thorax
- diafragma abdominalis
- abdomen
- pelvis

HOOFD en NEK, regio waar structuren met grootste neurogene invloed op het lichaam zijn opgeslagen.

- palpatie van de positie van de atlas en axis en de spanningstesten van de fasciale structuren tot diafragma-niveau, ook positioneel de claviculae en de ribben (bovenste thorax)
- ribben, sternum en claviculae in relatie met bloedcirculatie
- palpatie van de consistentie van spieren en fasciae thv nek en hals bij de schedelbasis, alsook thv sternum, alsook de intercostale ligamenten en spieren die de bovenste ribben bedekken in relatie met hun specifieke wervel: fluidische beperkte circulatie in veneus systeem omwille van spieren en weefselcontracturen. (24, p. 231)
- cervico-thorakale overgang evalueren (24, p. 141)
- palpatoir onderzoek naar verdikking van en verlenging van membranen, fasciae
- controle spanning nekspieren, ligamentum nuchae
- spanning op kaakspieren nakijken (24, p. 144)
- vnl de claviculae en eerste 2 ribben dienen nagekeken met betrekking tot hun articulaire relatie tov sternum en wervels
- onderzoek van hyoid: zwelling + passieve beweeglijkheid en controle ligamentair in relatie met schildklier
- onderzoek van onderkaak: positie en mobiliteit in het gewricht en controle ligamentair en myofasciaal
- ook rib 11 en 12 met de lumbale vertebrae tot het sacrum: belangrijk voor vrijheid van de nieren
- spanning pubaal controleren, alsook urethra en nieren
- aandacht voor vrijheid scapulae
- doorbloeding op de aa. Carotis

THORAKALE REGIO

- de long is een zeer belangrijk orgaan voor Dr. Still
 - o aandacht voor correcte positie van ribben, wervels, claviculae en sternum
 - o vrijheid van de 8 bovenste ribben tov elkaar: fasciale spanning onderling nagaan, (24, p. 80)
 - o luisteren naar het hoesten, (24, p. 79)
 - o palpatie van de huid ivm temperatuur, (24, p. 79)
- het hart: controle van de vrijheid van de bezenuwing en doorbloeding vanaf het cranium tot de 10^{de} wervel, (24, p. 83)
- 'Keep the Gates of life all open' (24, p. 84): hoofd, nek, thorax
- Pols controle, ademhalingscontrole, bvb dyspnee
- Andere formulering: Verhoogde druk op de wervelgewrichten wordt in relatie gebracht met een contractuur van de mm. Quadrati lumborum met reciproke invloed op de nieren. (24, p. 89)
- Na plaatselijk onderzoek, heeft hij ook aandacht voor atlas, axis en de bovenste ribben.

ABDOMINALE en BEKKENREGIO

- ieder orgaan staat in verbinding met de plexus solaris: aandacht voor de bezenuwing en bloedcirculatie vanuit deze plexus: controle van het ruggenmerg (Th 5 tot 9 + ribben V, VI, VII en VIII) van waaruit de nn splanchnici vertrekken en passeren via diafragma tot de plexus solaris (24, p. 107 + p. 157)
Dr. Still gaat via het orgaan terug naar de start van bezenuwing en circulatie van dit orgaan en komt dus meestal eerst bij de wervelkolom terecht.
- aandacht voor mobiliteit sacrum en lumbale wervels (24, p. 108)
- aandacht voor druk van maag en darmen op plexus solaris (24, p. 108)
- abdomen palperen met zachte vlakke hand: met de vingers palperen kan enkel maar beschadiging berokkenen aan de verschillende organen (24, p. 114)
- opzoeken van spanning in abdomen met vlakke hand: vb bij appendicitis: 'I gently draw or press the entire contents of the lower abdomen up and out of the impacted condition they were in the pelvis.' (24, p. 120)
- spanning op onderbuik, bekkenspiieren en –ligamenten, symphysis pubica, vaginaal (24, p. 161)

PERIFERE GEWRICHTEN

- Heupen, controle van beweeglijkheid: bvb bij ischialgie, (24, p. 202)
- scapulae
- acromio-claviculair
- spanning op enkel en voetgewrichten, (24, p. 163 + 164)
- knie en fibula, (24, p. 164)

Controle na behandeling

Dit komt steeds terug in zijn schrijven: Wanneer de arteriële, veneuze en lymfatische circulatie vrij is, daalt de druk op de innervatie van de spieren en de organen, waardoor het lichaam optimaler kan functioneren.

Integratie

Vb van integratie: (24, p. 147): bij obesitas: invloed van structureel systeem op sympathische ganglia en zowel long- als spiijverteringsbezuening, vervolgens ontstaat een ongezond acteren van longen, hart, arteriën, venen en zenuwen die instaan voor een goede spiijvertering.

Een fundamentele anatomische kennis vormt de leidraad bij het onderzoek en de behandeling. (24, p. 157-158)

Gebruik van fiche

“The mechanic has a square, a plumb and and a level.” De osteopaat voert een mechanisch onderzoek uit en schrijft dit neer. (24, p. 23)

Gebruik van schema

Geen relevante informatie.

Medische beeldvorming en Labo-onderzoek

Medische beeldvorming:

Deze gegevens zijn voor Dr. Still wel belangrijk maar hij beschouwt deze als ‘effects’ = gevolgen van een ‘disease’ = aandoening; Ze vertellen hem niks over de ‘cause’ = de oorzaak. Hij zoekt een verklaring van de afwijkende medische beeldvorming bij zijn patiënt. Enkel de oorzaak interesseert hem, niks meer, niks minder! (24, p. 159).

Labo-onderzoek:

Bloedonderzoek, urine-onderzoek (kleur (24, p. 267) en samenstelling), faeces, puncties,...

Het vertelt hem wat er in het lichaam aanwezig is en hoe het lichaam op een bepaalde manier functioneert, maar dit betekent niet dat we reeds de oorzaak kennen. (24, p. 228).

2.2 Osteopathische opleidingen (erkend door het EFO)

De inleidende osteopathische integratieve onderzoeksmethoden staan niet in de volgorde zoals ze werden voorgesteld. Het is immers niet onze bedoeling de opleidingen te evalueren.

Wij stellen enkele mogelijke onderzoeksmethodes voor zoals ze in de gescreende osteopathische opleidingen worden aangeboden.

2.2.1 Protocol 1

Dit eerste onderzoek dient uitgevoerd te worden in een tijdspanne van maximum 15 minuten. De bedoeling daarvan is snel een idee te vormen hoe de patiënt zich presenteert en met deze gegevens een specifiek onderzoek verder te zetten naar de mogelijke oorza(a)k(en) van zijn problematiek.

1. Anamnese

Dit wordt bewust kort gehouden, daar meer gerichte vragen kunnen gesteld worden aan de hand van de resultaten tijdens het onderzoek.

- coördinaten van patiënt
- reden van consultatie
- precedenten (trauma, ziektes, eerdere therapieën,...)
- medicatiegebruik
- medische beeldvorming
- erfelijke informatie

2. Visuele inspectie

In Stand : (O. = osteopaat, P. = patiënt)

Bepalen typologie : O.. inspecteert P.. visueel van lateraal.

- anterieur type : P. heeft neiging om de voorvoeten te belasten.
- posterieur type : P. heeft neiging om de hielen te belasten.
- neutraal type : P. staat neutraal.

Ook hebben we oog voor de meest opmerkelijke morfologische (structuur) aanpassingen bij de patiënt.

Bvb: positie hoofd t.o.v. romp, schouderpositie, abdominale lijn, rotaties OL en BL, voetposities, myogene spanningen cervicaal-thoracaal-lumbaal,...

3. Palpatie, statiek- en functietesten

3.1 Stand

3.1.1 Globale fasciale test

- longitudinale benadering
- antero-posterieure benadering

3.1.2 Test van de 4 diafragma's

De diafragma's worden getest in hun spanning (tonus), dynamiek (expansie-retractie), bewegingsvrijheid in antero-posterieure (sagittale), horizontale (=torsie) en frontale zin. Er wordt nagegaan of er een 3-dimensionele weefselvrijheid (lemniscate) is in de membraanuze transversale structuren.

- Cranieel diafragma
- Bovenste thoraxopening
- Diafragma abdominalis
- Diafragma pelvis

3.1.3 Positie – en functie bepaling van de 4 cilinders

Het begrip “cilinder” staat voor het omhulsel, dat anatomisch opgebouwd is uit de ossaire structuren en myofasciale structuren rondom de verschillende lichaamsholten. Het bekken, de inferieure thorax, de schoudergordel en het cranium worden beoordeeld in hun densiteit en mobiliteit, waarbij de palpatie op ossair niveau gefocust is.

We noteren enerzijds de 3 dimensionale *functionele beweging* en anderzijds ook de *positie* van de 4 cilinders. (1*)

- Bekkencilinder

Positie: SIAS, SIPS, cristae iliacae : anterieur, posterieur, inferieur, superieur?

Functie: welke is de preferentiële 3 - dimensionale beweging (=luistertest)?
Is er een tendens van ante- of retroversie?

(1*): De dynamische bevindingen zijn prioritair qua interpretatie in vergelijking met de positionele bevindingen.

De positietesten zijn initieel opgesteld door Pierre Delaunois D.O.. Deze osteopaat lag aan de grondslag van het onderzoeksprotocol dat in deze school verder uitgewerkt werd. Het onderzoekssysteem werd meer dynamisch uitgebouwd.

- Inferieure thoraxcilinder

Positie: inspiratie – of expiratie stand? Angulus xyphoideus open of gesloten. Bilateraal of unilateraal?

Functie: elasticiteitstest (reboundtest) van het ribbenrooster (unilateraal) voor het einde van de expiratie:

- rigied of ribbenrand komt snel terug (= positieve rebound inspiratoir): diafragma functioneert in inspiratie

- ribbenrand komt niet terug (= positieve rebound expiratoir): diafragma functioneert in expiratie

Let wel deze test geeft niet enkel info over diafragmafunctionaliteit maar ook over ribfunctionaliteit en orgaanpositie, viscerale mobiliteit en consistentie.

Bvb: Een congestieve lever kan een positieve rebound inspiratoir geven.

Verder wordt de 3-D bewegingsvrijheid van de cilinder getest b.m.v. een luistertest.

Het uitvoeren van een passieve beweging van de totale inferieure thorax in de tegenovergestelde richting van de meest gefaciliteerde bewegingsrichting, geeft een beeld van de motorische eindgrens. Deze bevinding kan richtinggevend zijn om verder onderzoek te doen op pariëtaal of viscero-fasciaal niveau.

- Schoudercilinder

Positie: Acromion:anterior, posterior, inferior, superior?

Scapula: Angulus inferior scapulae: superior, inferior

Clavicula: anteriore, posteriore rotatie?

Functie: Evalueren van de clavicula rotatie tijdens de ademhaling. Geeft beeld van de claviculaire vrijheid. De clavicula is de kapstok van het myofasciaal systeem anterior, alsook van de interne fasciale ophangingssystemen.

Vervolgens terug luistertest om de 3-D bewegingsvrijheid van de totale schoudercilinder te testen.

Evalueren van de scapulavrijheid door een fasciale luistertest. De scapula is de referentiestructuur voor het myofasciaal posterior systeem.

- Craniumcilinder

Positie: beoordeling van de meatus acusticus externus lijn, de suboccipitale lijn: superior, inferior, anterior, posterior.

Functie: evalueert de preferentiële 3 – dimensionale beweging b.m.v. een luistertest. Een eventuele fasciale trek van de totale craniumcilinder naar inferior kan mogelijks vastgesteld worden. Daarom vragen we eveneens een actieve abdominale ademhaling en evalueren de spanningsverandering die aankomt op de craniële cilinder.

3.1.4 F.T.S. = Flexie Test Stand

Deze test geeft een globaal beeld van de myofasciale spanningsverdeling links – rechts t.h.v. de romp en de onderste ledematen. Hij wordt niet enkel en alleen uitgevoerd in functie van een ilium-bewegingsvrijheid.

3.1.5 Axiale extensie en regressie

Patiënt voert een axiale extensie uit waarbij hij de krommingen van de wervelkolom afvlakt.

Bij de regressietest versterkt hij deze krommingen.

Beoordeling van de dynamiek van de wervelkolom.

Beoordeling van de vrijheid van het PAAP systeem.

3.1.6 Abdominale ademhalingstest

O. plaatst één hand supra- en één hand infra-umbilikaal en evalueert de verhouding van de druktoestand in de abdominale regio.

Vervolgens vraagt hij de P. een actieve ademhaling en gaat na of de viscerale massa voelbaar aankomt supra-pubisch en zich symmetrisch naar lateraal uitbreidt. Dit is een test voor de bewegingsvrijheid van de viscerale massa enerzijds en de tonus en bewegingsvrijheid van het diafragma anderzijds.

3.2. Zit

3.2.1 Globale fasciale test

Evalueer zoals in stand zowel longitudinaal als antero-posterieur en vergelijk.

3.2.2 Test van de 4 diafragma's

Wat gebeurt er met de 4 diafragma's? Evalueer deze zoals in stand en vergelijk hun spanning, dynamiek (expansie-retractie) in antero-posterieure (sagittale), horizontale (=torsie) en frontale zin.

3.2.3 Test van de 4 cilinders

Positie – en functie bepaling van de 4 cilinders: evalueer zoals in stand en vergelijk.

3.2.4 F.T.Z. = Flexie Test Zit

Deze test geeft een globaal beeld van de myofasciale spanningsverdeling links – rechts t.h.v. de romp en de onderste ledematen. Hij wordt niet enkel en alleen uitgevoerd in functie van een ilium- en sacrumbewegingsvrijheid. We vergelijken met de bevindingen van de FTS test in stand.

3.2.5 Axiale extensie en regressie

Evalueer zoals in stand en vergelijk.

3.2.6 Rotatie wervelkolom

Deze test geeft ons een beeld hoe de rotatievrijheid van het lichaam is. Is deze symmetrisch of asymmetrisch beperkt. Welke richting is dan beperkt? Dit kan een belangrijke parameter zijn om na de behandeling te revalueren. We evalueren tevens het eindgevoel van de rotatie, alsook de vormverandering van de wervelkolom (sinusoïdale kromming: pivot punt) op het einde van de rotatie.

3.3 Ruglig

3.3.1 Test van de 4 diafragma's

Wat gebeurt er met de 4 diafragma's? Evalueer deze zoals in stand en zit; vergelijk hun spanning, dynamiek (expansie-retractie) in antero-posterieure (sagittale), horizontale (=torsie) en frontale zin.

3.3.2 Test van de 4 cilinders

Positie – en functie bepaling van de 4 cilinders : evalueer zoals in stand en vergelijk.

3.3.3 Fasciale longitudinale testen

3.3.3.1. Bilaterale fasciale luistertest via de onderste ledematen

O. staat aan het voeteinde en neemt contact met beide voeten van de patiënt. Hij ondersteunt zacht de beide hielen.

Er wordt een luistertest uitgevoerd, waarbij de beide benen minimaal van de tafel geheven worden (is niet noodzakelijk) en de invloed van de globale fasciale spanning, georganiseerd in het lichaam, geëvalueerd wordt.

Dit kan ons leiden naar een fasciaal knooppunt, waar diverse spanningen convergeren. Dit brengt ons naar de regio waar verder specifiek onderzoek zal verricht worden.

3.3.3.2. Unilaterale fasciale test via onderste lidmaat

Bij de unilaterale test voert de O. een actieve tractie op het onderste lidmaat uit om eventueel een disfunctie in de gewrichtsketting van voet, knie, heup, SIG, lumbaal ... te ontdekken. Hierbij speelt het eindgevoel een rol, harde blok of elastisch eindgevoel.

3.3.3.3. Fasciale luistertest vanuit het sacrum

O. zit naast de patiënt en plaatst zijn dominante hand onder het sacrum.

O. beoordeelt:

- sacrumdynamiek (primair respiratoir): flexie, extensie, torsie...
- de fasciale spanning waarbij het sacrum in een bepaalde richting getrokken wordt.
- densiteit versus malleabiliteit van het sacrum.

In eerste instantie voert de O. geen actieve tractie uit. Vervolgens kan via een actief gradueel uitgevoerde caudale tractie een grens opgespoord worden, waarbij het eindgevoel terug geëvalueerd wordt. Een eventuele vertebrale blokkade kan hierbij gelocaliseerd worden.

3.3.3.4. Tractietest op de bovenste ledematen

O. staat naast p. en neemt het bovenste lidmaat vast in neutrale positie en voert een lichte tractie uit en evalueert de spanning en elasticiteit.

Eveneens wordt het eindgevoel geëvalueerd, alsook het niveau waar de fasciale rek ten einde loopt (elleboog of cranium).

Daarnaast kan ook de rotatietendens naar IR of ER beoordeeld worden bij een luistertest van het totale bovenste lidmaat.

3.3.3.5. Fasciale luistertest vanuit het occiput

De O. neemt plaats aan het hoofdeinde van de P.

Beide handen hebben schaalvormig occipitaal contact en de O. evalueert de dynamiek van het occiput, fasciale spanning, die op het occiput aankomt. Een centrale spanning kan duiden op een dirigerende spanning vanuit het centraal fasciaal systeem (de centrale pees (*1)) of een durale spanning. Een meerdere laterale spanning kan duiden op een myofasciale spanning vanuit het omhulsel.

3.3.3.6. Axiale tractietest vanuit het occiput

De O. voert actief gradueel een tractie op het occiput uit. Hierbij wordt de grens opgespoord, waarbij het eindgevoel terug geëvalueerd wordt.

3.3.4 Abdominale ademhalingstest

O. plaatst beide handen op de infra-umbilicale regio.

Vervolgens vraagt hij de P. een actieve ademhaling en gaat na of de viscerale massa voelbaar aankomt supra-pubisch en zich symmetrisch naar lateraal uitbreidt. Dit is een test voor de bewegingsvrijheid van de viscerale massa enerzijds en de tonus en bewegingsvrijheid van het diafragma anderzijds.

3.3.5 Abdominale tonus test

Tonus testen van de abdominale wand (=spanning van het omhulsel) met gestrekte benen.

O. palpeert buikmusculatuur van de P.. Hij evalueert daarbij de tonus (=spanning van omhulsel) van de buikspierwand (het actief heffen van het hoofd wordt enkel gevraagd wanneer we een hypotonie vermoeden. Als dan de tonus niet opgebouwd wordt, is er een werkelijke hypotonie).

- normotoon: de tonus is egaal over de totale buikwand en voelt globaal elastisch aan zonder gespannen zones.

“Helsmoortel describes the normo-tone of the body wall as resulting from a stretch stimulus from outside. Apart from the reaction of the muscular cover, also the response of the bony structures (spine and pelvis) should be taken into account. In the case of a normo-tone, muscle tissue and bone tissue felt elastic and would give the impulse of a sudden, but not too strong resistance.”(30)

(*1) : De centrale pees = centrale aponeurotische fasciale as.

Deze fasciale as vertrekt van het foramen magnum, loopt naar caudaal in de diepere fasciale lagen naar het mediastinum tot op het diafragma abdominalis. (21, p. 96)

- hypertoon: de tonus is globaal of regionaal verhoogd

“Helsmoortel evaluates hypertonia in terms of its reaction to a rebound.

The muscular portion of the body wall is tested with a rebound (short-term stretching impulse in transverse direction of the muscle) and / or a stretching impulse in longitudinal direction.” (30)

- hypotoon: de tonus is globaal verlaagd

“Helsmoortel characterizes the body wall hypotonia analogous to

hypertonia in its response pattern to a rebound test. According to Helsmoortel, a hypotonic muscular body wall shows an inadequate response to a rebound test, with scarcely a reaction to the stretching impulse.” (30)

3.3.6 Abdominale tensie test

Normotensie:

“Weischenck characterizes the standard tension of the abdomen as a consistent, homogeneous and shape-preserving mass in which no specific organ contours can be identified.” (30)

Hypertensie:

“According to Helsmoortel, tissue responds to a compressive stimulus with resistance, meaning that the tissue cannot absorb the impulse and rejects it.” (30)

Hypotensie:

“Helsmoortel describes hypotension as a deficit of the internal antigravitational forces leading to a possible sinking of an organ’s position. Furthermore, a loss of the tissue’s elasticity is described. In addition, the impulse directed towards the tissue receives no direct answer, but is transferred to the depth of the tissue.” (30)

Tensie (= spanning van inhoud) testen van de abdominale inhoud in ruglig met geplooiden benen.

- Supra- en infra-umbilikaal
- 4- kwadranten test
- Bladen van Glenard

Wanneer een thoraxcilinder en/of een bekkencilinder zich nog moeilijk kunnen aanpassen, kan er ofwel een belangrijke myofasciale component ofwel een viscerale component (verlies van mobiliteit, tensieverstoring...) verantwoordelijk zijn voor dit adaptatieverlies (= mogelijkheid van een bepaald niveau om tijdens de testprocedure zijn bewegingsvrijheid te behouden in de 3 verschillende uitgangshoudingen).

Belangrijke criteria daartoe zijn:

- geen bewegingswijziging van de beschreven cilinders in elk van de uitgangshoudingen
- steeds terugkerend identiek bewegingsdeficit van eenzelfde structuur/orgaan in elk van de uitgangshoudingen

Bij vermoeden van viscerale problematiek kan een inhibitietest (= test waarbij ofwel een andere handgreep, ofwel een andere uitgangshouding de voorafgaande bevindingen laten afnemen of verdwijnen) dit confirmeren.

Bij een myofasciale dirigerende factor, kan men vaststellen dat door de uitgangshouding van de patiënt te wijzigen (vb.: knieën opgetrokken) de functie van de betreffende cilinder zich duidelijk verbetert.

3.4. Besluit

Men gaat na bij dit onderzoek op welk niveau (cilinder) er nog adaptatiemogelijkheid is.

Hoe meer componenten zich wijzigen, hoe meer aanpassingsmogelijkheid er is.

Mogelijke componenten:

- IR en ER
- bewegingsvrijheid van de osseuse structuren
- spanningswijziging van de myofasciale weefsels
- amplitudo en kwaliteit ademhaling (secundair)
- PRM

Indien:

- geen bewegingswijziging van de beschreven cilinders in elk van de uitgangshoudingen
- steeds terugkerend identiek bewegingsdeficit van eenzelfde structuur/orgaan in elk van de uitgangshoudingen

dan wordt deze verder analytisch getest op parietaal, visceraal en cranio-sacraal vlak.

Dit brengt ons naar definieerbare disfuncties, die bij de behandeling onze eerste aandacht krijgen.

Het verdere analytische onderzoek wordt in dit eindwerk niet uitgewerkt.

De onderzoeksmethode die we hier besproken hebben, wordt bij iedere patiënt volledig doorlopen, ongeacht zijn consultatiemotief.

Een verder analytisch onderzoek is zeer specifiek afhankelijk van de eindbevindingen van het basisonderzoek.

Daarbij hoort een integratie van de verschillende disfuncties (visceraal, pariëtaal, cranio-sacraal) waarbij de viscerofasciale verbindingen, de neuro-vegetatieve innervatie, de vasculaire structuren, de neuro-endocriene regulatie... een leidraad vormen.

4. Controle na de behandeling

Controle van bepaalde parameters, die bij het onderzoek duidelijk indicatief waren voor een verstoring van de fasciale dynamiek bij de patiënt, worden na de behandeling opnieuw getest.

Wanneer de behandeling effectief was, verwachten we een minder positief antwoord op deze test.

5. Integratie

De integratie bestaat erin een bepaalde rigide zone te vinden t.h.v. het lichaam aan de hand van structurele, viscerale en craniële testen.

Na het specifiek onderzoek in deze regio kunnen in deze zone bepaalde disfuncties (parietaal, visceraal, cranio-sacraal) gedefinieerd worden.

Dan pas start een mogelijke integratie, waarbij we de invloed van de verschillende disfuncties onder elkaar kunnen toetsen (bvb. door inhibitietesten, testen van fasciaal ophangingsysteem van een orgaan ...). Dit laat ons toe om mogelijk een idee te hebben op welke structuur we onze eerste behandelingsact zullen richten.

Vb. FTS + rechts: structureel
 Verhoogde spanning en gevoeligheid caecaal regio: visceraal
 Verminderde dynamiek sacro-craniaal.

Verder specifiek onderzoek zal uitwijzen op welk niveau de behandeling gestart wordt.

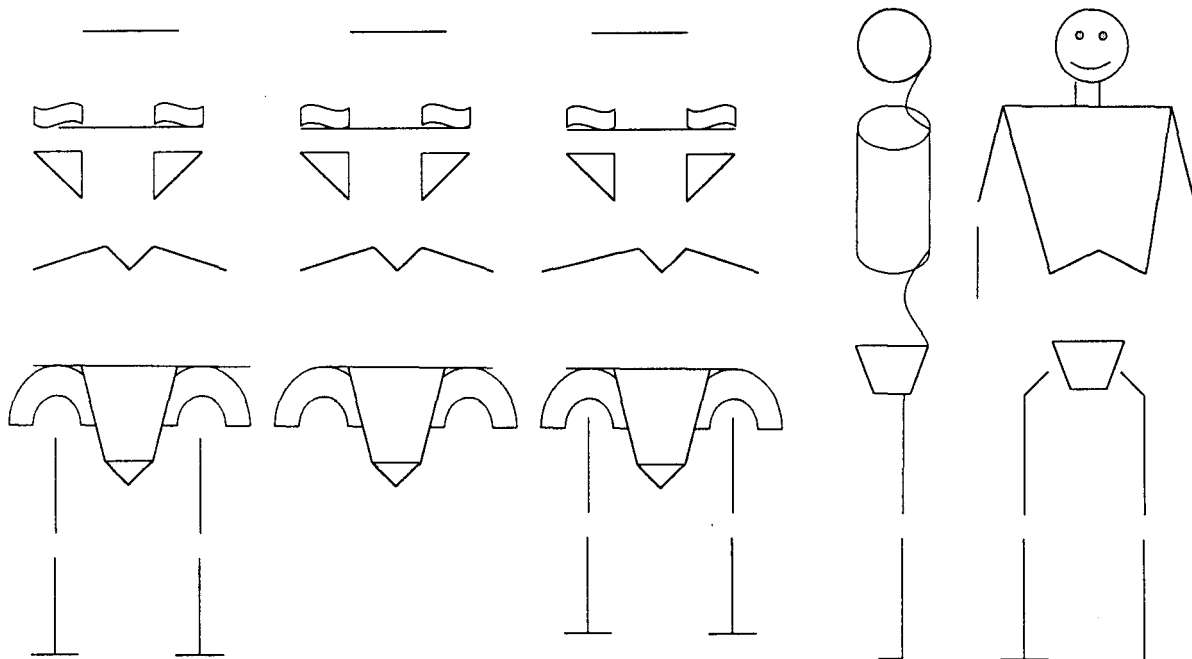
6. Gebruik van fiche

Een fiche wordt gebruikt om de nodige gegevens van de anamnese en het onderzoek te noteren

Hier wordt geen specifieke fiche voorgesteld.

7. Gebruik van schema

Onderstaand schema wordt gebruikt om de informatie uit de uitgevoerde testen te noteren.



STAND

ZIT

RUGLIG

PROFIEL

FACE

De eerste drie tekeningen zijn allen gezien van op rugzijde van de patiënt. De bedoeling daarvan is dat men dan duidelijker de informatie, die verzameld is in de 3 posities, kan vergelijken

De vierde tekening verzamelt de informatie in profiel.

De laatste tekening verzamelt de viscerale informatie.

Legende:

Positie wordt aangeduid met een rode letter:

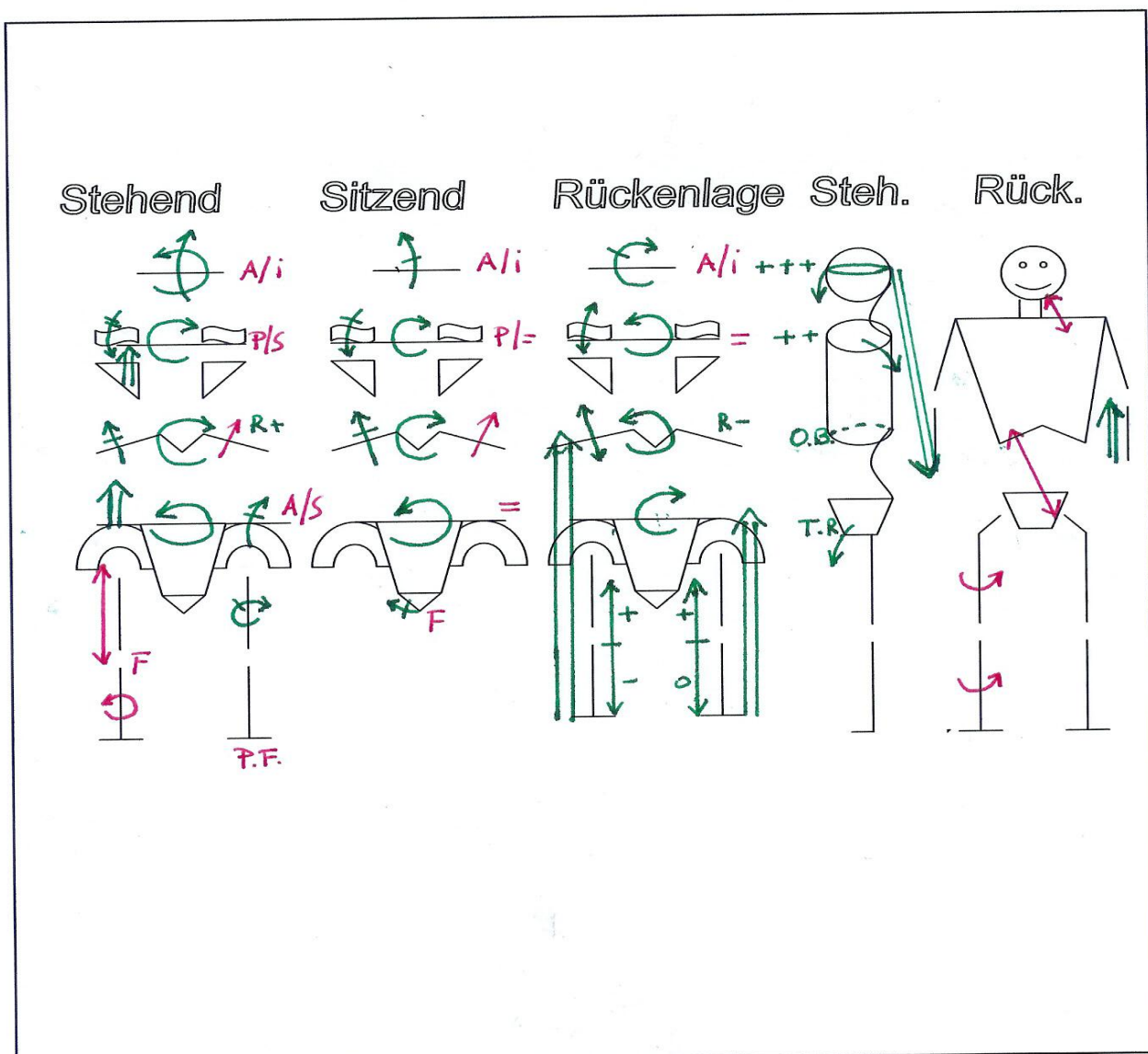
vb.: Schouder anterior: **A** naast schouderlijn,

vb.: Diafragma abdominalis met **rode pijl**.

Functie wordt aangeduid met een groene kleur:

- bewegingsrichting: **enkele pijl**
- bewegingsbeperking: **enkele pijl met één of twee streepjes erdoor afhankelijk van graad van beperking,**
- fasciale trekrichting: **dubbele pijl**

Voorbeeld van schema waarbij de symboliek gebruikt werd:



8. Medische beeldvorming

De medische beeldvorming wordt aangevraagd indien na de anamnese en het onderzoek blijkt dat dergelijke informatie wenselijk is om een bepaalde uitsluitingdiagnostiek mogelijk te maken.

Indien de patiënt zijn medische beeldvorming met zich meebrengt, wordt deze doorgenomen.

9. Literatuur

Deze school vermeldde volgend literatuur als bron:

Delanois Pierre D.O.

Busquet Leopold : Les Chaînes musculaires

Struyf – Denis : Les Chaines musculaires

Paoletti Sergio: Les fascias

Sutherland William Garner / Magoun H.I.

2.2.2 Protocol 2

1. Anamnese

Indien mogelijk wordt een fiche meegegeven met de patiënt. De patiënt mag deze thuis invullen.

Bij het eerste consult wordt dit besproken met patiënt.

Zie bijlage 5, 5 bis, 5 tres, 5 quater.

2. Visuele inspectie

Aandacht voor meest opvallende morfolische afwijkingen.

Typologie-bepaling.

3. Palpatie, statiek- en functietesten

Algemeen:

Ongeacht welke de klacht is van de patiënt en ongeacht wat je uit de anamnese en de inspectie haalt doe je steeds een aantal sneltesten.

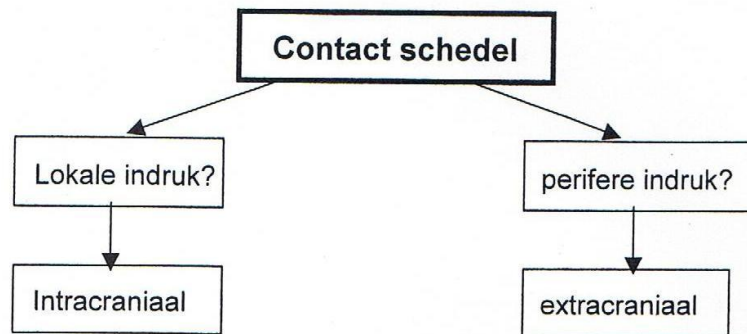
appreciatie longtop: positie, functie bovenste ribben / fasciale spanning
3 kwadranten ribben
sternum
OTO (onderste thorax opening):
mobiliteit diafragma (pars costalis)
rebound ribben

Mobiliteit visceraal: - zuivere passieve mobiliteitstest (ER/IR) van alle organen: zij evalueren de mobiliteit van elk orgaan: lever, maag, milt, caecum, sigmoid, dunne darm, nier, pancreas, duodenum, colon (solitaire bewegingsvrijheid van de organen op zich).
- PPI: vrijheid; evalueren van dynamiek o.a. van kleine bekken: voornamelijk informatie over aanwezigheid van eventuele spanning.

Cranium: - SSB
- RTM (reciproke tensie membraan): hier kan je om het even waar contact nemen met het lichaam; dus niet noodzakelijk t.h.v. cranium. De falx cerebri en het tentorium cerebelli staan in verbinding met de durale zak van het ruggemerg die aanhecht op S2. Zo vormt dit de relatie cranium – sacrum. Aangezien de dura verder de spinale zenuwen omgeeft, geeft deze relatie je de mogelijkheid om eender waar op het lichaam met de handen contact te nemen en te voelen.
- Fluidiek: Diagonaal test thv schedel: handen diagonaal tegenover elkaar. Beoordelen van IR/ER.

De 3 items staan in relatie met de dynamiek van het sacrum.

‘Craniaal protocol’ als leidraad om snel tot verder efficiënt onderzoek te komen:



Je omvat hoofd van de patiënt met bvb Vaulthold handgreep en evalueert PRM en fasciale informatie: komt informatie uit schedel, komt informatie vanuit de periferie

- lokale indruk: verhoogde spanning thv bepaald bot, bvb re Occipito-Mastoid duidelijk meer compressief dan li Occipito-Mastoid
- perifere indruk: vanuit occiput een fasciale trek naar diafragma abdominalis links bvb

Extremititeiten: circumductie BL
circumductie OL

Deze testen kunnen uitgevoerd worden met een General Osteopatic Treatment beweging. Er wordt een combinatie uitgevoerd van een G.O.T. thv enkel, knie en heup.

4. Controle na behandeling

Herhalen van meest significante tests

5. Integratie

Aan de hand van inhibitietesten: R. Muts schrijft: “zij bepalen in welke mate disfuncties dirigerend zijn... Bij een inhibitietest wordt één structuur ofwel in de corrigerende, dan wel in de disfunctierichting bewogen, en wordt de reactie thv een andere disfunctie beoordeeld. Een test waarbij inhibitie optreedt wordt gecombineerd met een provocatie. Pas als beiden een positieve-negatieve invloed uitoefenen op de andere disfunctie wordt gesproken over een dirigerende invloed.” (19)

Helsmoortel schrijft dat bij een inhibitietest de invloed van de zwaartekracht wordt uitgeschakeld, waarbij de hypotensieve zone mechanisch ondersteund wordt en tegelijkertijd de tensieverandering in de hypertensieve zone geëvalueerd wordt. Indien er een functionele relatie bestaat tussen deze hypotensie en hypertensie dan normaliseert zich bij deze techniek de hypertensieve zone. Wanneer de inhibitie terug wordt opgeheven, stelt de oorspronkelijke situatie zich terug in, d.w.z. dat de compensatoire tensie opnieuw voelbaar wordt. Zo kan je besluiten de hypertensieve zone niet als dirigerend te beschouwen. De hypertensie die bij de inhibitietest verdwijnt, dient dus niet behandeld te worden. Zij is compensatoir en zal verdwijnen bij de behandeling van de hypotensieve zones. (13, p. 39)

Aan de hand van provokatietesten: Helsmoortel: bij een provokatietest wordt de disfunctie versterkt. Het orgaan in hypotensie wordt verder in ptose gebracht. Indien er een spanningsrelatie bestaat met een orgaan in hypertensie die nog reserve heeft om te reageren, dan treedt deze relatie door de hogervermelde provokatietest nog meer naar voor. (13).

6. Gebruik van fiche

Zie bijlage 5, 5 bis, 5 tres en 5 quater

7. Gebruik van schema

Zie bijlage 6, 6 bis en 6 tres

8. Medische beeldvorming

Indien dit noodzakelijk is of wordt binnen onderzoek wordt dit opgevraagd.

9. Literatuur

Geen info

2.2.3 Protocol 3

1. Anamnese

Er wordt een heel grondige anamnese afgenomen, gestructureerd volgens een vast schema:

- naam, adres, geboortedatum, beroep
- huidige klacht
- specifieke geschiedenis van het huidige probleem
- voorafgaande behandelingen
- algemene medische voorgeschiedenis
- familiale anamnese
- medicatiegebruik
- sociale anamnese / sport
- algemene gezondheid :
 - subjectieve opinie over gezondheidstoestand
 - energieniveau
 - gewichtsverandering
 - eetlust
 - dieet
 - slaapgewoonte
 - roken
 - alcoholgebruik
 - andere substanties

 - allergieën
 - verder commentaar

- systeemanamnese : wordt routinematig en volledig afgenomen
- differentiaal diagnose: wordt samen met de leidende docent doorgenomen en besproken en dit vooraleer men met het onderzoek, in functie van de anamnese, verdergaat.

2. Visuele inspectie

Patiënt wordt dorso-ventraal en lateraal geïnspecteerd in stand.

3. Palpatie, statiek- en functietesten

Osteopathisch klinisch onderzoek: er worden aantekeningen gemaakt op een schema.

Er wordt eerst en voornamelijk structureel onderzocht om daarna verder specifiek te gaan onderzoeken.

3.1. Stand :

Standaard wordt parietaal controle uitgevoerd:

- palpatie bekken, lumbale wervelzuil
- dynamische tests wervelkolom

Er wordt vooreerst onderzocht in functie van de gegevens vanuit de anamnese.

Vb.: Lumbalgie :

- palpatie van het SI - gewricht en bekkenkam, palpatie lendenwervelzuil.
- FTS

3.2. Zit :

Er wordt enkel getest in zit wanneer dat voor de behandelde casus noodzakelijk geacht wordt, het wordt niet routinematig uitgevoerd.

Wanneer bvb schouder dient onderzocht te worden, dan wordt deze in zit uitgevoerd.

3.3. Ruglig :

- altijd bloeddrukmeting
- parietaal: controle in zijlig op monosegmentaire disfuncties + palpatie & dynamiek bekken
- neurologisch : reflextesten van eventueel betrokken ledematen worden routinematig uitgevoerd, evenals muscle testing van de eventueel betrokken musculatuur.
- visceraal : een globale abdominale drukpalpatie wordt uitgevoerd: welke regio is pijnlijk?

Na de eerste testen en palpatie wordt het volgende overwogen :

- contra-indicaties / voorzorgen : vooraleer de behandeling gestart wordt, worden eventuele contra-indicaties en/of voorzorgsmaatregelen besproken en in acht genomen.
- aetiologische factoren: is er een mogelijke bekende oorzaak van de klacht (af te leiden uit de anamnese)?

4. Controle na de behandeling

Na de behandeling wordt de patiënt routinematig hertest met de meest significante testbevinding van het initieel onderzoek .

Tevens wordt telkens het volgende genoteerd:

- prognose : na de eerste behandeling bespreekt de therapeut het volgende:
 - + mate waarin de patiënt verondersteld wordt te reageren op osteopathische behandelingen (goed, middelmatig, slecht)
 - + aantal geplande behandelingen
 - + veronderstelde duur van behandeling
- toekomst visie :
 - + op korte termijn: raadgevingen aan de patiënt omtrent de verwachte evolutie
 - + op lange termijn: idem

5. Integratie

Na het testen en palpatoir onderzoek wordt samen met de docent besproken welke disfuncties gecorrigeerd worden. Er wordt voornamelijk vanuit pariëtale disfuncties verder gewerkt. De inbreng van viscerale en craniële informatie is beperkter. Integratie is hier minimaal.

Vb.: bekken in ilium anterior: basis sacrum past zich aan: onder meer aandacht voor lumbo-sacrale overgang: toestand L5-S1 en L4-L5 wordt gecontroleerd en/of bij disfuncties in relatie gebracht.

6. Gebruik van fiche

Er wordt van een standaard fiche gebruik gemaakt. Zie bijlage 7.

7. Gebruik van schema

Er wordt van een standaard schema gebruik gemaakt, zie bijlage 8.

8. Medische beeldvorming

Indien het klinisch noodzakelijk is, wordt verdere medische beeldvorming aangeraden.

Er wordt rekening gehouden met medische beeldvorming die voorhanden is.

9. Literatuur

Geen info.

2.2.4 Protocol 4

1. Anamnese

De anamnese is zeer belangrijk. Er wordt dan ook bewust veel tijd in gestopt.

Deze anamnese kan tot 20 minuten uitlopen.

Men maakt daarbij gebruik van een fiche 'Consultation Clinique' (zie verder bij fiche).

De bedoeling van deze informatie-inzameling is:

- vertrouwen winnen van de patiënt
- motief van de consultatie
- trauma's
- antecedenten opvragen (operaties, ziektes,...)
- systeemanalyse:
 - vasculair
 - digestief
 - pulmonair
 - neurologisch
 - urologisch
 - gynaecologisch
- vroegere therapieën
- medische beeldvorming
- medicatie
- erfelijke info
- slaapgewoonten
- angsten

De anamnese dirigeert het onderzoek!

2. Visuele inspectie

Er wordt nota genomen van wat opvallendst is bij de patiënt.

3. Palpatie, statiek- en functietesten

Er bestaat geen specifiek protocol.

De studenten hebben een doos van technieken geleerd in zowel de parietale, viscerale als craniële benadering van de patiënt met zijn problematiek. Men gebruikt als student wat men nodig acht om tot een afdoende diagnose te komen. Met de onderzoeksbevindingen wordt uiteindelijk het behandelingsschema opgesteld.

Er werd geen vast protocol voorgesteld om een onderzoeksmethode af te werken.

4. Controle na behandeling

Er wordt nagetest na de behandeling. Men herhaalt dan de test die in het onderzoek het meest significant was om de klacht van de patiënt te verantwoorden.

5. Integratie

Bij een gevonden disfunctie op één systeem wordt deze gelinkt met de twee andere systemen.

Vb.: parietale diagnostiek, wordt gecheckt naar de anatomische relatie en/of invloed op het craniële en viscerale luik.

Deze integratie is theoretisch: bvb een ilium anterior rechts (parietaal) werd gelinkt met een gevonden caecumdisfunctie.

6. Gebruik van fiche

Hierbij maakt men gebruik van een 'Consultation Clinique' en een 'Fiche de consultation', bijlage 9 en 9 bis.

7. Gebruik van schema

Zij gebruiken niet direct een schema, maar wel een 'Fiche de consultation', waarbij aantekeningen worden gemaakt op figuren, zie bijlage 9.

8. Medische beeldvorming

Deze informatie wordt steeds opgevraagd in de anamnese indien reeds medische beeldvorming vastgelegd werd.

Indien het onderzoek aangeeft dat medische beeldvorming belangrijk is in functie van de verdere behandeling wordt deze opgevraagd tegen de volgende behandeling.

9. Literatuur en bronnen

Geen boeken vermeld: geen literatuur met specifiek onderzoek wordt opgetekend.

2.2.5 Protocol 5

Er is geen gestructureerd protocol aanwezig waarmee een inleidende osteopathische integratieve onderzoeksmethode wordt opgebouwd.

Zij zijn overtuigd dat dit een zeer belangrijke meerwaarde zou betekenen voor de osteopathie in het algemeen en voor de opleiding in het bijzonder.

Zij wensen een osteopathisch onderzoek op te bouwen waarbij MEETBARE testen uit te voeren zijn en die:

- opbouwende informatie geven tussen de 3 peilers: structureel, visceraal en cranieel
- controleerbaarheid verzekert tussen deze 3 peilers via bvb inhibitietesten.

Ze beseffen dat dit een grote inspanning vereist en dient opgebouwd te worden door osteopaten die intensief met deze drie peilers werken.

2.2.6 Protocol 6

1. Anamnese

Bij dit onderzoeksprotocol wordt er zeer veel belang gehecht aan de anamnese van de patiënt. Zowel zijn huidige klacht als alle antecedenten worden in kaart gebracht.

2. Visuele inspectie

Geen relevante informatie.

3. Palpatie, statiek- en functietesten

De testen en palpatietechnieken van dit onderzoeksprotocol worden getoetst aan de anamnesebevindingen. Indien in de anamnese bvb een schouderklacht naar voor komt, dan gaat men vooreerst deze lokaal onderzoeken.

Zij starten vanuit een structureel onderzoekssysteem waarbij zij eerst de specifieke regio, waar zich de hoofdklacht van de patiënt lokaliseert, onderzoeken. Deze informatie komt rechtstreeks uit de anamnese. Indien er weinig informatie bekomen wordt uit de specifieke regio wordt er globaal verder getest.

Bvb. Schouderklachten :

Vooreerst wordt bij deze patiënt een specifiek structureel onderzoek uitgevoerd van zijn schouder :

- actieve bewegingen van de schouder
- bewegingen tegen weerstand
- passieve bewegingen van de schouder

Ook wordt de cervicale regio structureel onderzocht :

- actieve bewegingen cervicaal
- bewegingen tegen weerstand
- passieve bewegingen cervicaal

Indien weinig informatie, gaat men verder met een globaal onderzoek.

3.1. Stand

De globale bewegingen van de wervelkolom worden actief getest :

- FTS : aandacht voor myogene spanning, afvlakkingen wervelkolom.
- Lateroflexie : aandacht voor curve wervelkolom, amplitudo, myogene spanning.
- Rotaties : aandacht voor amplitudo, myogene spanning.

Visceraal :

Evalueren van de tensie abdominaal.

3.2. Zit

De globale bewegingen van de wervelkolom worden getest :

Actief :

- FTZ : aandacht voor myogene spanning, afvlakkingen wervelkolom.
- Lateroflexie : aandacht voor curve wervelkolom, amplitudo, myogene spanning.
- Rotaties : aandacht voor amplitudo, myogene spanning.
- Cervicale mobiliteit.

Passief :

- Lateroflexie
- Rotatie
- Cervicale mobiliteit

3.3. Zijlig

Structureel :

Onderzoek van occiput tot lumbosacrale overgang van de beweeglijkheid van de verschillende wervels.

O. plaatst handen bilateraal van wervelkolom en palpeert de positie en dynamische vrijheid van de wervels één voor één.

3.4 Ruglig

Visceraal :

Evalueren van de tensie abdominaal.

Globaal regionaal onderzoek : palpatie naar verhoogde spanningsvelden (= spanningsregio's, vb sub-umbilicaal) in het abdomen.

3.5 Bemerking :

Naar de behandeling toe : men corrigeert direct wat men vindt. Men werkt vooral op structureel niveau.

4. Controle na de behandeling

Na onderzoek en behandeling wordt de bewegingsvrijheid van de specifieke regio geëvalueerd.

In ons voorbeeld wordt de schouderbeweging van de patiënt geëvalueerd.

5. Integratie

Er worden geen verbanden gelegd naar integratie toe.

6. Gebruik van fiche

Geen relevante informatie.

7. Gebruik van schema

Geen schema.

8. Medische beeldvorming

De medische beeldvorming wordt opgevraagd indien de situatie van de patiënt daartoe vraagt.

Indien de patiënt zijn medische beeldvorming met zich meebrengt, wordt deze vanzelfsprekend doorgenomen.

9. Literatuur

Geen informatie.

2.2.7 Protocol 7

De osteopathie-opleiding stuurde volgend antwoord :

' *Cher Monsieur*

Nous avons bien reçu votre mail et en avons discuté au sein du Conseil d'Administration.

Il semble que vous désirez faire une compilation des différentes approches ostéopathiques du patient en fonction des divers enseignements. Ce travail ne nous paraît pas correspondre à la philosophie que nous avons de la médecine ostéopathique. En effet, il peut y avoir autant d'approches que de thérapeutes et les démarches diagnostiques et thérapeutiques reposent sur les multiples connaissances et expériences du praticien. Il ne nous paraît donc pas raisonnable de vouloir circonscrire ces multiples données dans un quelconque canevas, aussi large = soit-il !

En conséquence de ce que nous vous avons explicité ci-dessus, il ne nous est pas possible de donner suite à votre demande.

Nous vous souhaitons cependant bonne chance dans l'établissement de votre mémoire.

Pour le C.A. du /////////////// '

Vertaling :

Geachte Heer,

Wij hebben uw mail goed ontvangen en hebben erover gesproken met de Raad van Bestuur.

U wil blijkbaar een samenvatting maken over de verschillende mogelijkheden om een patiënt osteopathisch te benaderen, zoals gezien vanuit verschillende opleidingen.

Naar onze mening strookt dit werk niet met onze filosofie over de osteopatische geneeskunde.

Er kunnen zelfs evenveel mogelijkheden zijn als dat er therapeuten zijn en de diagnostiek en therapie zijn gebaseerd op de kennis en de ervaring van de beoefenaar.

Het lijkt ons bijgevolg onredelijk om al deze gegevens in één werk te omschrijven, wat enorm zou zijn.

Naar aanleiding van wat we hierboven vermeld hebben, is het voor ons niet mogelijk om te reageren op uw verzoek.

Niettemin wensen wij u veel geluk met het verwerken van uw eindwerk.

2.3 Vijfdejaars studenten osteopathie

Vet gedrukt zijn de testen die door de studenten het frequentst worden aangegeven.

Deze antwoorden werden verwerkt vanuit 67 ingediende protocollen. Alle gegevens worden opgetekend in één protocol.

2.3.1 Anamnese

Klacht + uitlokkingsfactor

Voorgeschiedenis: evolutie klacht, andere klachten, operaties, vroegere behandelingen

Voeding / vertering / stoelgang

Werk / hobby's

Start vanuit de wachtkamer

Medicijngebruik

Doorvragen op opvallende zaken

Vooraf belangrijk naar differentiaal diagnostiek toe

2.3.2 Visuele inspectie

- wervelkolom krommingen en/of morfologische asymmetrie in frontaal, lateraal en dorsaal zicht

- typologie bepalen patiënt: meer belasting op anterieure of posterieure ketting

- myofasciale kettingen aanwezig?

- oedemen

- kleur

- littekens

- positionering navel

2.3.3 Palpatie, statiek- en functietesten

Eén student merkt op: Situatie wordt niet steeds duidelijker bij teveel testen

Op onderstaande tabel kun je een mogelijke samenvatting lezen van algemene testen opgemaakt door vijfdejaars student.

Tentamen 5^o jaar

Sem 4, januari 2010

Inleiding

Naar aanleiding van deze opdracht heb ik eerst een inventarisatie gemaakt van alle algemene- en/of sneltesten van de verschillende praktijkvakken tot nu toe. Deze heb ik kort weergegeven in onderstaande tabel

Wervelkolom	Stand	Zit	Ruglig	Buiklig
	Inspectie wk	Inspectie wk	Rebound bekken	Inspectie wk
	FTS	FTZ	Ondulaties	Rebound sacrum
	Lateroflexietest	WK 3 D	CWK globale test	Rebound LWK/TWK
		Rotatie ribben	Posterioriteit CWK	Ondulaties wk
		Evt. test posterioriteiten	Evt. flexie/ext. OAA	
			Provocatietesten	

Visceraal	Inspectie		Inspectie	
	Druk A→P:		Percussie	
	- hoog thor. (hart, long)		(Palpatie (specifiek))	
	- mid thor. (hart, lever)		Abdominale singel	
	- laag thor. (maag, lever)			
	- lumbaal (darmen)			
	Abdominale singel			

Cranium	Inspectie naar vorm		Inspectie naar vorm	
			Calvaria handgreep:	
			-test naar positie&vorm	
			- palpatie nr beweging	
			- impulstest	
			- positietest	

Thorax	Inspectie ademhaling		Inspectie ademhaling	Inspectie ademhaling
	Palpatoir resp.oz :		Palpatoir resp.oz :	Palpatoir resp.oz
	- gewone ah		- gewone ah	- hengsel ond.kwadrant
	- diepe ah		- diepe ah	
	- pomp		- pomp	
	- hengsel		- hengsel	

Myofasciaal	Inspectie	Fasciale test scapulae	4 diafragma's	Midline
	Algehele fasciale test	4 diafragma's	Perifere fascien:	Paramediaan lumbaal
	4 diafragma's		- voeten	Scapulae
	Fasciale test scapulae		- sacrum	
			- occiput	
			Fasciale testen :	
			- abdomen	
			- paramediaan r/s	
			- sternum	
			- scapulae	

Dynamische testen	Axiale extensie/regress	FTZ	Claviculae	
	FTS	Claviculae	Singel test	
	Claviculae	Ribben rebound	Ribben rebound	
	Singeltest	4 cilinders	4 cilinders	
	Ribben rebound	Axiale ext/regressie		
	4 cilinders			

Stand:

- **axiale extensie en regressie**
- **mobiliteitsvoorkeur 4 cilinders**
- **tensie abdomen**
- **FTS**
- **crista hoogte evalueren**

- singeltest
- rebound ribben
- claviculae : spanning (*1), positie en beweging met ademhaling
- scapulae : spanning (*1) lokaal en richting van spanning (= fasciale trek (*2))

Zit:

- **verandering basislijnen (voornamelijk bekken, schouderlijn) tov stand**
- **mobiliteitsvoorkeur 4 cilinders**
- **FTZ**

- sneltesten wervelkolom
- hyoid: convergentiepunt myofasciale spanningen
- scapulae: convergentiepunt : beoordeling spanningen
- claviculae: convergentiepunt : beoordeling spanning lokaal, positie en beweging met ademhaling
- rebound ribben
- coccyx
- lever/gal in kyfose-houding met ademhaling

Ruglig:

- **verandering basislijnen (voornamelijk bekken, schouderlijn) tov stand**
- **mobiliteitsvoorkeur 4 cilinders**
- **luistertesten B.L. en O.L.**
- **luistertesten sacrum en occiput**
- **extremiteiten: circumductie**
- **tensie bladen van Glenard**
- **cranium: SSB, ook sacrum**

*1: Het begrip spanning kan men zeer verscheiden interpreteren. Op ossair niveau kan je spreken van densiteit versus malleabiliteit.

*2: Een fasciale trek is een palpatorisch waarneembare spanning in het fasciaal weefsel, die geïnduceerd is door een structuur op afstand, die disfunctionerend is.

- mediastinum: spanning, impressie omtrent dynamiek en spanning in de oppervlakkige fasciale structuren van deze regio. Vervolgens indruk van dieper gelegen spanning in thorax. Het mediastinum is een dieper gelegen regio opgedeeld in een mediastinum anterius, medius en posterius. De interpretatie van de dynamiek van de oppervlakkige structuren behoort niet direct tot de interpretatie van de intra-thorakale dynamiek. Het oppervlakkig fasciaal systeem is het omhulsel (Hülle) met name ribben, sternum met zijn myofasciale externe bekleding.

De luistertest sternaal brengt de onderzoeker via de waarneming van een fasciale trek naar het niveau van de disfunctie.

- spanning bovenste thorax apertura, diafragma abdominalis, bekken
- endo/exo test O.L en B.L. : expansie (ER)– retractie (IR) en myofasciale spanning (longitudinaal : dit laatste is een ander palpatieniveau).
- mobiliteit viscerae van alle organen afzonderlijk.
- percussie viscerae
- luistertest sternum
- rebound ribben
- sacrum: mobiliteit, densiteit,
- hyoïed
- claviculae
- scapulae

Buiklig:

- **Midline-test: denkbeeldige lijn tussen occiput-sacrum**

Klassieke testen

- bloeddrukmeting
- neurologische testen

2.3.4 Controle na behandeling

Herhalen van meest significante test(en) vanuit onderzoek.

Vb: scapula rechts vast naar lateraal: evalueren in hoever beweeglijkheid verbeterd is na behandeling

2.3.5 Integratie

Aan de hand van **inhibitietesten** verband zoeken tussen bekomen informatie.
Vb: lift lever, nakijken mobiliteit clavicula rechts

Informatie vergelijken in stand, zit en ruglig: op zoek naar meest rigiede regio = regio die zich het minst aanpast in de verschillende posities

2.3.6 Gebruik van fiche

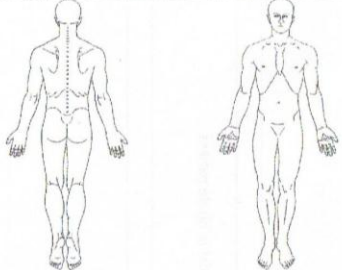
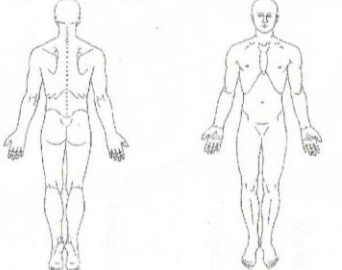
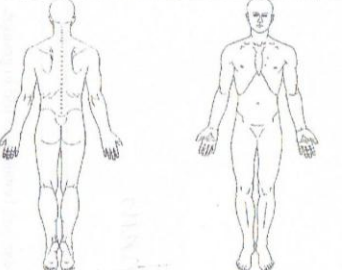
Sommigen werken aan de hand van een vragenlijst die patiënt voor het consult dient te beantwoorden

Een iemand gebruikt fiche waarop testen bij eerste onderzoek zijn opgesteld om alle gevonden info te noteren: *1.

2.3.7 Gebruik van schema

Enkele studenten melden info op figuren te noteren.

*1: Onderstaand zie je door student opgemaakt schema waarop je bevindingen kan noteren:

Stand			Zit			Ruglig		
								
Diafragmas	Tent		Diafragmas	Tent		Diafragmas	Tent	
	BTA			BTA			BTA	
	Δ			Δ			Δ	
	Bekken			Bekken			Bekken	
Cilinders	Hoofd		Cilinders	Hoofd		Cilinders	Hoofd	
	Schouders			Schouders			Schouders	
	Δ			Δ			Δ	
	Bekken			Bekken			Bekken	
FTS			FTZ			Fasc. trac.		
Inspectie			WK					
			OAA					
Typologie								
Visceraal	Tensie		Visceraal	Tensie		Visceraal	Tensie	
	Tonus			Tonus			Tonus	
	Bladen v Glenard			Bladen v Glenard			Bladen v Glenard	
						Cranium	Sacrum	
							SSB	
							kwadranten	

2.3.8 Medische beeldvorming

Indien onderzoek (differentiaal diagnostiek) dit noodzakelijk vindt, worden ze opgevraagd of aangevraagd.

2.4 Erkende osteopaten (door BVO)

Als derde invalshoek bij het verzamelen van informatie omtrent een inleidend osteopathisch onderzoek, richten we ons tot de praktiserende osteopaat D.O. De doelstelling is een beeld te hebben hoe een osteopaat D.O. bij de eerste consultatie te werk gaat om uiteindelijk een osteopathische diagnose te stellen.

Verdere uitleg omtrent de gevolgde werkwijze: zie 1.4.7. (p.20-21)

Voor osteopaat 1, 2 en 3 is de klacht van de consultant 1:

Achillespeestendinopathie rechts.

2.4.1 Erkende osteopaat 1

1. Anamnese :

- Naam, voornaam, adres, geboortedatum
- Hoofdklacht : acuut/chronisch
- Nevenklachten
- Operaties
- Medicatie

2. Visuele inspectie :

- visuele inspectie van dorsaal in stand

3. Palpatie-, statiek – en funktietesten :

- stand : FTS, romp rotatie links en rechts, lateroflexie romp links en rechts, hoogte cristae iliacae, palpatie sacro ilacale gewrichten.
- zit : FTZ
- ruglig : luistertest OL bilateraal, luistertest bekken, onderzoek enkelgewricht en kniegewricht bilateraal, onderzoek heupgewrichten bilateraal, evaluatie colon ascendens, duodenum, maag, milt (palpatie i.c.m. ademhaling).
- buiklig : evaluatie LWK d.m.v. palpatie van de processi transversi, enkel passieve palpatie.

4. Controle na behandeling : ja, controle mobiliteit enkel, knie, heup
5. Integratie : ja : rechter enkel > rechter knie > rechter ilium > colon ascendens > lever > diafragma > maag > duodenum > milt : verantwoordt de integratie op basis van een doorbloedingprobleem.
6. Gebruik van fiche : nee
7. Gebruik van schema : ja, duidt frontaal op lichaamstekening de relationele weg aan van enkel tot milt.
8. Medische beeldvorming : niet gevraagd

2.4.2 Erkende osteopaat 2

1. Anamnese :

- Naam, voornaam, adres, geboortedatum
- Hoofdklacht : acuut/chronisch
- Nevenklachten
- Operaties
- Medicatie
- Beroep
- Hobby's
- Gekende systeemaandoeningen ?

2. Visuele inspectie :

- visuele inspectie van dorsaal in stand

3. Palpatie-, statiek – en funktietesten :

- stand : positie + functie van craniale cilinder, schoudergordel en bekkengordel, FTS, hip drop bilateraal, passieve benadrukking knie extensie bilateraal, evaluatie sulcus sacralis SIG bilateraal, Rücklaufstest.
- zit : FTZ, passieve rotatie romp bilateraal, mobiliteits test alle processi spinosi

- ruglig : luistertest OL bilateraal, mobiliteitstest OL endo – en exorotatie bilateraal, mobiliteits test enkel-, knie-, en heupgewricht aangedane zijde. Kinesiologische test (*1) wervelkolom + OL bilateraal.
 - buiklig : evaluatie positie alle processi transversari, evaluatie mobiliteit LWK, craniosacrale mobiliteit
4. Controle na behandeling : ja, evaluatie kinesiologische test OL, voorwaartse uitvaltest, FTZ, FTS.
 5. Integratie : wel in anamnese, door vraagstelling naar eventuele viscerale problematieken en in onderzoek tijdens craniosacrale evaluatie, geen verder visceraal onderzoek.
 6. Gebruik van fiche : ja
 7. Gebruik van schema : nee
 8. Medische beeldvorming : niet gevraagd

2.4.3 Erkende osteopaat 3

1. Anamnese :

- Naam, voornaam, adres, geboortedatum
- Hoofdklacht : acuut/chronisch
- Nevenklachten
- Beroep
- Sport

 (*1) Toegepaste Kinesiologie is een *pseudowetenschappelijke alternatieve geneeswijze*. De naam bevat het woord *kinesiologie* (beter bekend als "bewegingsleer"), de studie van de bewegingen van het menselijk lichaam.

Kinesiologie is echter *wetenschappelijk* onderbouwd, terwijl toegepaste kinesiologie geen gebruik maakt van de *wetenschappelijke methode*. (Wikipedia)

2. Visuele inspectie :

- visuele inspectie van dorsaal in stand

3. Palpatie-, statiek – en funktietesten :

- stand : FTS, hip drop bilateraal, lateroflexie bilateraal, palpatie SIG bilateraal.
- zit : FTZ, palpatie SIG bilateraal.
- buiklig : rebound LWK, globale palpatie ganse WK, palpatie tuber ischiadica, passieve endo- en exorotatie heupen bilateraal bilateraal, palpatie glutei, hamstrings, triceps surae, achillespezen bilateraal, palpatie achillespees rechts.

4. Controle na behandeling : ja, evaluatie FTS, laterale shift bekken links en rechts geïnduceerd vanuit de knieën.

5. Integratie : nee.

6. Gebruik van fiche : ja

7. Gebruik van schema : ja

8. Medische beeldvorming : niet gevraagd

Voor osteopaat 4, 5 en 6 is de klacht:

- verzuring in beide kuiten bij en na het lopen + bij lang zitten opgezet gevoel linker epigastrium

2.4.4 Erkende osteopaat 4

1. Anamnese

Osteopaat schrijft volgende zaken op nieuw A4 blad:

- naam
- adres + telefoon + mailadres
- reden consult + wanneer last
- vroegere trauma's
- operaties
- viscerale klachten / eetgewoonte / welke voeding
- vroegere behandelingen

2. Visuele inspectie

In stand

- pes planus / cavus
- ook controle van slijtage schoenzolen
- X of O knieën

3. Palpatie, statiek- en functietesten

In stand

- FTS
- actieve lateroflexie romp links en rechts

In ruglig

Osteopaat neutraliseert bekken vooraleer met onderzoek te beginnen. Hij doet dit tussenin nog enkele keren.

- passieve exo- en endorotatie
- passieve circumductie O.L.
- controle vrijheid bekken: 2 handen lateraal en circumductie uitvoeren
- Downingtesten: ilium anterior links
- stretch op gastrocnemii bilateraal en solei bilateraal

- palpatie abdomen:
 - tensie aanvoelen in 4 kwadranten van abdomen
 - test van de ruimte van Traube en sigmoid
 - palpatie naar mobiliteit van sigmoid en caecum
 - colon descendens en sigmoid: controle naar verhoogde spanning in regio lateralis sinistra en inguinalis sinistra

In buiklig

- mobiliteitstesten op sacrum
- spanning van quadratus lumborum bilateraal

4. Controle na behandeling

- Downing O.L.
- controle spanning sigmoid regio

5. Integratie

Osteopaat spreekt:

“Er is een verband tussen verhoogde spanning in de sigmoïdale regio en het ilium anterior. Ik veronderstel dat rigiditeit van viscerale zone oorzaak kan zijn van bewegingsverlies thv li heup (ilium anterior links). Het kan ook andersom zijn dat het structureel probleem het viscerale functioneren thv sigmoid laat disfunctioneren. Maar ik geef voorkeur aan de eerste weg. De verzuring in de kuiten zal te maken hebben met de disbalans in het bekken, dat op zijn beurt beïnvloed wordt door het visceraal functioneren.”

(Osteopaat geeft zowel stretchoefeningen (bekken en kuiten) mee als huiswerk, als aandacht voor voeding: zuurdesembrood en geen melkprodukten)

6. Gebruik van fiche

Osteopaat vult enkel neutraal blad in. Coördinaten van patiënt en op einde van behandeling enkele aanmerkingen (niet kunnen lezen)

7. Gebruik van schema

Zeker niet opgemerkt.

8. Medische beeldvorming

Niet naar gevraagd.

2.4.5 Erkende osteopaat 5

1. Anamnese

Osteopaat noteert mijn coördinaten op PC.

- naam
- adres + telefoon
- reden consult
- vroegere trauma's
- viscerale klachten / eetgewoonte / welke voeding

2. Visuele inspectie

Niet opgemerkt in onderzoek.

3. Palpatie, statiek- en functietesten

In stand

- FTS
- FTS met handen in de nek
- Rücklauf test
- Rotatie voorkeur van bekken

In zit

- FTZ met handen in nek
- Controle werveldisfuncties van cervicaal tot lumbaal: dit werd aangestipt:
 - 3 niveaus thv thoracale wervelkolom: zone T6-T9
 - 1 niveau thv midlumbale regio: zone L3
 - 1 niveau thv lumbosacrale overgang: L5

In ruglig

- passieve exo- en endorotatie O.L.
- Laségue bilateraal
- Bewegingsvrijheid inferieure thoraxcilinder en bekkencilinder
- Passieve mobiliteit voet-, knie- en heupbewegingen
- Stretchingtest van gastrocnemii (niet van solei)

- Visceraal onderzoek enkel met gestrekte O.L.
 - tensie van regio craniaal en caudaal van umbilicus
 - test waarbij abdominale massa naar mediaal wordt geduwd thv sigmoïdale en caecale regio: deze test is mij niet bekend. Na navraag wat bedoeling van deze test is: spanning opsporen van m. iliacus en tot deze regio behorende viscerale structuren.

4. Controle na behandeling

Geen controle na behandeling.

5. Integratie

Osteopaat spreekt:

“Wervelkolom is op een aantal plaatsen geblokkeerd. Deze bloccages heb ik vrijgemaakt zodat lichaam soepeler kan bewegen. Dit zal ten goede komen aan de doorbloeding van de O.L.. Door deze vertebrale bloccages is het rechter regio inguinalis dextra onder verhoogde spanning.”

(Osteopaat geeft stretchoefeningen mee voor de kuitspieren)

6. Gebruik van fiche

Zeker niet opgemerkt.

7. Gebruik van schema
Zeker niet opgemerkt.
8. Medische beeldvorming
Niet naar gevraagd.

2.4.6 Erkende osteopaat 6

1. Anamnese

Osteopaat noteert mijn coördinaten op PC.

- naam
- adres + telefoon
- reden consult
- vroegere trauma's
- operaties
- informatie inzake slaap, vermoeidheid
- viscerale klachten / eetgewoonte / welke voeding / wanneer komen klachten op / opboeren?

2. Visuele inspectie

Niet uitgevoerd.

3. Palpatie, statiek- en functietesten

Patiënt dient zich niet volledig uit te kleden. Enkel lange broek. Kousen en hemd mag patiënt aanhouden.

In ruglig

Osteopaat voert tal van kinesiologicalische tests (*1, pag. 63) uit met ampullen via O.L..

Na kinesiologicalische tests:

- visceraal onderzoek: palpatie in diepte thv sigmoid en colon descendens en vergelijkt met rechter zijde

Na visceraal onderzoek:

- oogtest: kijken van op bepaalde afstand naar kaarten waarop verschillende cirkeltjes staan opgevuld met lijntjes in bepaalde richtingen. Het is de opdracht om deze richtingen uit te spreken. De moeilijkheidsgraad stijgt per dalend niveau op de kaart. Er wordt vergeleken met de andere zijde.

4. Controle na behandeling

Osteopaat controleert eveneens kinesiologicalisch.

5. Integratie

Osteopaat spreekt:

“Het colon descendens en sigmoid functioneert in ontsteking. Daardoor wordt er veel lactaat gevormd. Bij inspanning bekom je dus meer melkzuurneerslag in de belaste spieren, vb de kuiten. Je spierprobleem is een fysiologisch probleem.”

(als huiswerk: voedingsaanpassing: tijdelijk geen melkproducten meer)

6. Gebruik van fiche

Zeker niet opgemerkt. Geen zicht op PC-scherm. Enkel op einde van sessie typte osteopaat kort nog wat informatie in.

7. Gebruik van schema

Zeker niet opgemerkt. Geen zicht op PC-scherm.

8. Medische beeldvorming

Niet naar gevraagd.

2.4.7 Gesprek met Jean Delaunois D.O.

Deze vragenlijst werd samengesteld in overleg met Rik Hoste D.O., Patrick Van Dun D.O. in het College Sutherland Wiesbaden.

1. Brengt u uw diagnostische bevindingen op parietaal – visceraal – craniaal vlak met elkaar in relatie? Op welke wijze: mechanisch – fasciaal – vasculair – neuro-vegetatief - hormonaal?

Ja, vertrekkend vanuit het structureel gegeven. Dit is de basis. Vertrekkend vanuit positie/functie van de patiënt (ogen zoeken steeds horizontale).

Positie wordt eerst geëvalueerd waarbij hij vooreerst ADI waarneemt (attitude dynamique individuelle, individuele dynamische houding). Een waarneming van de potentiële energie van de patiënt.

Vervolgens brengt hij patiënt in beweging door algemene bewegingstesten. De restrictie in deze bewegingen worden gezien als disfuncties of mogelijke pivotpunten voor plaats in te nemen in ruimte.

Alles wat verandert is adaptatie. Wanneer deze adaptatie wisselend is: geen probleem. Indien constante in adaptatie wordt verder onderzocht.

Cranio-sacraal: bij aanvang luisteren naar de expansie-retractie mogelijkheid van het lichaam. Vooreerst occiput en sacrum evalueren inzake motiliteit. Tevens evaluatie van OAA, daar hij meent dat deze het cranium domineren.

Visceraal: opzoeken naar beperkte mobiliteit en verhoogde densiteit op een zachte palpatoire wijze (cfr Dr. A.T. Still). Vooreerst tensie testen en in verder onderzoek de glijdingen onderling onderzoeken.

Na anamnese: visuele inspectie

- ondervraging patiënt

- zicht op positionele anomalieën

- temperatuur

- kwaliteit van weefseltextuur

Exterieur is de spiegel van interieur.

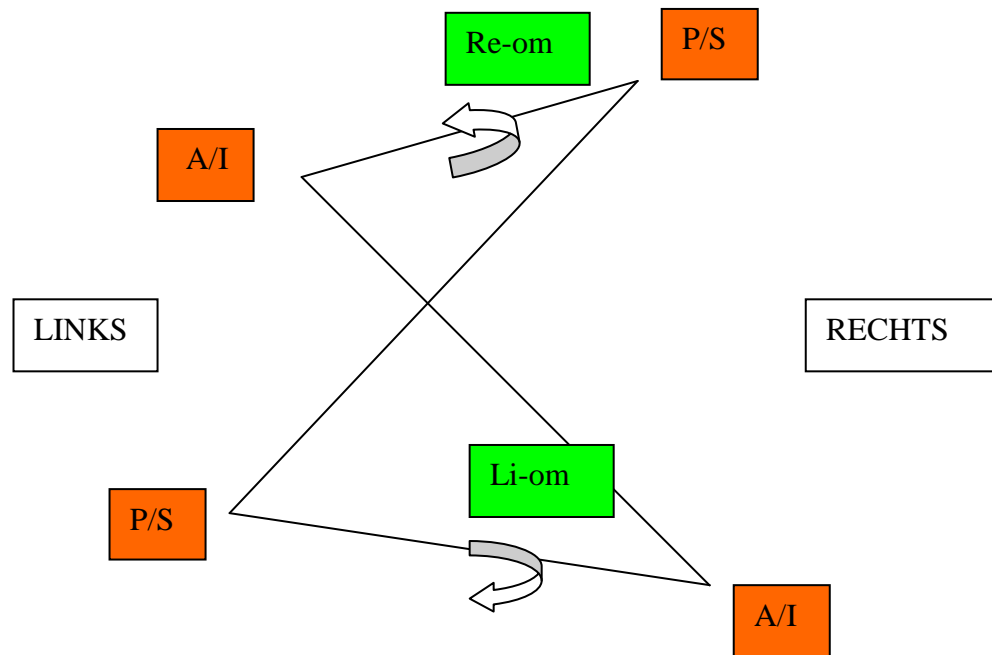
Alles te zien en te voelen (spanning, temperatuur, oedeem,...) op huid: ectoderm is belangrijk.

2. Indien ja, hoe bouwt u dit onderzoek op?

- werkt u met een fiche of schema(tekening) waarin u de onderzoeksresultaten noteert?

Ja, waarbij de positie en de bewegingsfunctie van occiputlijn, schouderlijn en bekkenlijn genoteerd wordt; zie voorbeeld:

Deze figuur bekijk je van dorsaal uit en je bekijkt dit wanneer een stap naar rechts voor wordt geplaatst.



Het is een holistische visie waarbij je de ruimtelijke organisatie van het individu driedimensioneel dient te bekijken. Een archaisch schema van de mens gezien als een harmonie van verschillende segmenten.

*Eveneens aandacht voor loodlijn vanuit porus accusticus, door acromio-claviculair gewricht, vervolgens trochanter maior, om te eindigen in metatarsaal V. Hierbij wordt eveneens de spanning op scaleni en iliopsoas (PAAP ketting (*1)) geëvalueerd.*

*1: PAAP : De **P**ostero-**A**nterieur – **A**ntero-**P**osterieure ketting vormt de dynamische ketting bij het individu. We vinden de uitdrukking van de PAAP terug in de AM en PM-ketting.

Het PA-deel bevat de axiale extensiemusculatuur:

Het AP-deel bevat respiratorische en drukmusculatuur en de musculatuur nodig voor het in evenwicht brengen van de verschillende cilinders.

Is er een probleem dan wordt vooreerst het structurele gegeven als basis gebruikt. Vervolgens de voeding (biochemie) en tenslotte de psychologische toestand van de patiënt. (hij evalueert dit kinesiologicalisch).

- maakt u een onderzoek in belaste positie (stand en zit) en onbelaste positie (lig), waarbij u uw onderzoeksresultaten met elkaar linkt? Indien niet, waarom?

Ja, het onderzoek bestaat erin zowel in stand, zit als ruglig de posities voornamelijk van schouderlijn en bekkenlijn (in mindere mate de occiputlijn) met elkaar te vergelijken:

- *positioneel moet er een tegengestelde positie zijn van de beide lijnen (schouderlijn ten opzichte van bekkenlijn):*

- + *zowel in rotatie*
- + *als in lateroflexie*
- + *als in flexie/extensie*

- *positioneel wordt tevens rekening gehouden als de positie van de lijnen zich wijzigen wanneer er van uitganghouding veranderd wordt.*

- *functioneel dienen bewegingen t.h.v. schouderlijn en bekkenlijn tegengesteld te zijn in het driedimensionele plan*

- *functioneel worden de bewegingen tevens uitgevoerd op de drie lijnen en daarbij wordt tevens bepaald in hoever:*

- + *een beweging een voorkeur geeft aan een bepaalde richting*
- + *een beweging wijzigt in richting in de andere posities (stand, zit en ruglig)*

- neemt u een bepaalde volgorde in acht bij onderzoek parietaal, visceraal en craniaal?

Eerst structureel.

- wat is de motivatie om een bepaalde volgorde in acht te nemen?

Eigen voorkeur.

3. Op welke bronnen baseert u zich?

- *litteratuur? Eventuele bronvermelding?*

- *klinische ervaring?*

Vanuit mijn praktijk.

4. In hoever is de anamnese belangrijk bij het uitvoeren van uw onderzoek?
Bepaalt de informatie van de anamnese de opbouw, de richting van het onderzoek of beschouwt u dit als randinformatie die uw verder onderzoek niet beïnvloedt?
Welke plaats neemt anamnese in: alle vragen bij aanvang, of tijdens onderzoek, of na het onderzoek?

Belangrijk.

Patiënt laten praten en vragen wat je nodig vindt.

Vooreerst proberen vertrouwen van patiënt te winnen.

- levensstijl

- erfelijkheid: psychisch en fysisch

- levensgeschiedenis chronologisch

Ethiologie:

- elimineren van ernstige pathologieën

- levensstijl

- vaccinaties

- chemische invloeden

- voeding

5. Welke plaats neemt de medische beeldvorming en labo-onderzoeken in binnen jullie onderzoek?

Niet dirigerend indien oorzaak binnen eerste onderzoek vrij duidelijk is. Dus enkel indien men dit nodig acht.

6. Indien u een integratief onderzoek toepast, hoe benoemt u eventueel dit onderzoek?

Niet speciaal.

Indien u geen integratief onderzoek toepast, welke onderzoeksmethoden gebruikt u dan om tot een osteopathische diagnose-stelling te komen?

Geen

7. Is het de bedoeling in het door u verrichte onderzoek om tot een besluit te komen waarbij u een specifieke regio dirigerend vindt?

Ja

Is dit dan een gevonden regio waar u verder uw onderzoek op toespitst?

Ja

8. Welke technieken gebruikt u bij uw onderzoek tot osteopathische diagnostiek?

- zijn deze specifiek voor ieder domein (parietaal, visceraal en craniaal)?

Technieken afhankelijk van het domein.

- worden deze technieken hoe dan ook doorlopen bij ieder onderzoek of wordt er binnen uw onderzoekspakket geselecteerd volgens

symptomatologie, of volgens bevindingen met voorgaande technieken?

Selectie van nodige technieken.

- maakt u gebruik van inhibitie-technieken om uit te maken of een dysfunctie in een bepaalde regio eventueel secundair is ten gevolge van een dysfunctie in een andere regio van het lichaam? Vb: dysfunctie 1^{ste} rib in relatie met leverptose: bij lift lever komt 1^{ste} rib terug vrij?

Nee

- Indien ja, welke zijn de basisprincipes die u in acht neemt bij het uitvoeren van een inhibitie-techniek? *Niet van toepassing*

9. Is er een bepaalde methode om een evaluatie te maken van het behandelingseffect?

- *herbekijken van meest significante test na behandeling*

- *normaal een 3-tal weken later volgende behandeling en eerste restrictie opnieuw evalueren, meest significante test uit eerste consult.*

2.5 Literatuurstudie

2.5.1 Boeken

2.5.1.1. Osteopathische Diagnose und Behandlung, (Buekens J.), p.11 – 68. (5)

Vast protocol helpt osteopaat om tussen alle bomen het bos te blijven zien!
(5, p. 42)

Anamnese

Informatie bij eerste contact (wachtzaal): handdruk (vochtig?, ruw?,...), sigarettengeur?, mondgeur?, oogcontact?, zelfbewust?, manier van bewegen?,...

Voorgeschiedenis van patiënt.

Eveneens belangrijk naar differentiaal diagnostiek toe is de uitsluitingdiagnose.

Visuele inspectie

Geen relevante informatie

Palpatie, statiek- en functietesten

Alle testen gebeuren in zit, tenzij anders vermeld.

Rotatietesten van de basislijnen (P. Delaunois):

- bekkenlijn gelinkt met heupgewricht: relatie met O.L.
- schouderlijn gelinkt met schoudergewricht : relatie met B.L.
- hoofdlijn gelinkt met kaakgewricht : relatie met cranium

Buekens schrijft: “De bewegingscomponent die tijdens de testen worden opgenomen, zijn van groter belang in dit voorgestelde onderzoeksprotocol. Het positionele of statische aspect van deze lijnen (oorspronkelijk door J. Delaunois beschreven) zijn hier van minder belang. Binnen de osteopathie wordt immers met beweging gewerkt. Vandaar is het logisch dat het voorgestelde onderzoek deze visie ondersteunt.” (5, pag. 45)

Bij de testen gaat men op zoek naar de fasciale bewegingsvoorkeur d.m.v. een impuls. (5, pag.46)

Schouderlijn en bekkenlijn behoren tot in dit boek voorgesteld compensatiemodel waarbij men uitgaat dat het lichaam compenseert naar lateraal toe. Dit betekent dat de centrale en mediaal gelegen structuren (mediastinum, uterus of SSB) niet direct in het compensatieschema meegetrokken worden. Daardoor kunnen vitale

organen (thalamus, epifyse, hart, voortplantingsorganen,...)
ongestoord verder functioneren (5, p.44).

Het temporo-mandibulair gewricht (TMG) kan compensatoir functioneren bij disfuncties in hals- en craniële regio.

De voorgestelde lijnen worden vooral op hun functioneren geëvalueerd (niet positioneel zoals J. Delaunois voorstelt), daar binnen de osteopathie met beweging wordt gewerkt.

Bij deze rotatietesten heeft men vooral aandacht voor KARR = kracht, amplitudo, richting en ritme. Buekens citeert : ‘Um die verschiedenen Kompensationsstadien wiederzuerkennen, sollte man sich an genau beschriebene Bewegungskriterien halten. Diese Bewegungskriterien sind in vier Bewegungsparametern zusammengefasst: KARR.

KARR steht für BewegungsKraft, BewegungsAmplitude, BewegungsRichtung und BewegungsRhythmus.’ (5, p.11)

Jo Buekens beoordeelt de bewegingsvrijheid van de verschillende cilinders met een luistertest, waarbij voor hem de ‘flash’ beweging indicatief is. De richting van deze flashbeweging geeft aan hoe de cilinder preferentieel beweegt.

Buekens zoekt daarna Inversions-(Rotations)Punkte (locatie thv cervicale, thoracale of lumbale wervelniveau waar zich een functionele wissel bevindt in de rotatiecomponenten van de wervelzuil). Aan de hand van de KARR-parameters wordt de beweging van het gezamenlijk fasciaal pakket geëvalueerd. De nadruk ligt hier op de rotatie (fasciaal + impuls).

Fasciale tractietesten vanuit de O.L..

Osteopaat neemt beide enkels van patiënt vast en heft deze weinig omhoog.

Test bestaat uit twee delen:

- vooreerst evaluatie van de richting van de globale fasciale tractie van het lichaam. Het niveau of de eventuele topografie van de tractiepunten worden opgezocht
- vervolgens wordt een matige caudale tractie thv enkels uitgevoerd. Men evalueert: is deze weerstand hard of zacht, elastisch of star? Kan men deze info snel aanvoelen of niet? Is er een duidelijke bewegingsrichting?... (5, pag. 50)

Sneltest bekken: indruk algemene functionaliteit. ‘Dann übt er einen leichten, bogenförmigen Druck... aus.’ (5, pag. 51)

- anteriorisatie

- posteriorisatie
- torsie ossa iliae: torsie van het bekken met één ilium anterior en het andere posterior

- Exorotatie-test ossa iliae: myofasciale spanning bekken (ruglig):
Osteopaat kruist armen en plaatst handen thv mediale zijde SIAS bij patiënt. Osteopaat drukt beide ilii uit elkaar en evalueert:
 1. mobiliteit beide ilii naar abductie of exorotatie
 2. myofasciale spanning
- Endorotatie-test ossa iliae: idem (ruglig)
Osteopaat plaatst handen lateraal van beide SIAS bij patiënt. Osteopaat drukt met beide handen naar mediaal en evalueert:
 1. mobiliteit beide ilii naar adductie of endorotatie
 2. myofasciale spanning

Sneltest diafragma: patiënt in ruglig met gebogen knieën

- beide handen omvatten lateraal inferieur ribrooster en evalueren met duimen fasciale spanning van m. diafragma (kan gecombineerd worden met ademhaling)
- torsie test: beide handen lateraal op inferieur ribrooster van patiënt: evaluatie van torsiemogelijkheid van ribbenrooster, vb. ribbenrooster naar links = linker torsie.

Sneltest apertura thoracis superior: (ruglig)

- antero-posterieure spanningstest
- latero-laterale spanningstest

Met spanningstest is hier bedoeld het testen van de vrijheid van de ATS in antero-posteriore richting en in latero-laterale richting. (5, pag. 54 + 55): opsomming van structuren die hetzij in een antero-posteriore als een latero-laterale benadering kunnen geëvalueerd worden.

Vb. Antero-posterieur: manubrium, ribben, mediastinum, fascia cervicalis superficialis, trachea, oesophagus, thymus – dura, ribben, ganglion stellatum, wervels.

Craniumtesten (Sutherland en Magoun) (ruglig)

- evaluatie kracht, ritme en amplitude van CRI
- SSB
- durale tractietest vanuit OAA-complex

Visceraal (gebaseerd op principe van Eifeltoren (5, p. 31)) Ons lichaam en tevens verscheidene structuren zijn driedimensioneel opgebouwd. Op deze wijze beïnvloeden verschillende krachtlijnen binnen ons lichaam elkaar. Het

gevolg is dat een inwerkende kracht noch lokaal, noch globaal de functionaliteit van een gezamenlijke structuur kan verstoren. Pas wanneer meerdere krachtlijnen overbelast raken, kan deze functionaliteit benadeeld worden.

Tensie en tonus testen thv abdomen onder / boven umbilicus

Controle na behandeling

Geen relevante informatie

Integratie

Alle puzzelstukken dienen samen gelegd te worden om een zo precies mogelijke diagnose te kunnen opmaken, maar geen praktische uitwerking daaromtrent.

Gebruik van fiche

Geen relevante informatie

Gebruik van schema

Geen relevante informatie

Medische beeldvorming

Geen relevante informatie

Anamnese vermeldt dat differentiaal diagnostiek belangrijk is. Indien nodig zullen daartoe de nodige keuzes worden vastgelegd.

2.5.1.2 Les chaînes musculaires, La chaîne viscérale, Tome VI, (Busquet-Vanderheyden M.), 88-129. (6)

Anamnese:

Methodiek is noodzakelijk: simpele en duidelijke vragen

Twee categorieën:

- traumatische problematiek
- chronische problematiek

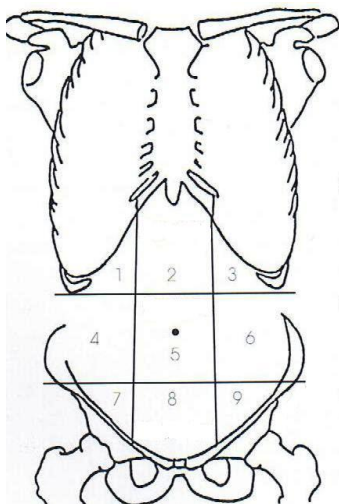
Vragenlijst:

- Pijn? Wanneer begonnen?
- met welke symptomen zijn de symptomen verbonden?
- hoofd- / nekpijnen in relatie met?
- het probleem is het gevolg van...?
- het probleem wordt beïnvloed door slaap, opstaan, rust, beweging, bij eten, stoelgang, emotie,...
- algemene toestand van patiënt? Gewicht, voeding, werk,...
- voorgeschiedenis?

Visuele inspectie:

Typologie bepaling: viscerale problematiek beïnvloedt myofasciale ketting of eventueel omgekeerd.

Buik ingedeeld in 9 segmenten, waarvan ieder kwadrant correspondeert met een projectie van organen.



Schematische indeling van de verschillende abdominale segmenten:

1. hypochondrium rechts
2. epigastrium
3. hypochondrium links
4. rechter flank
5. mesogastrium
6. linker flank
7. fossa iliaca rechts
8. hypogastrium
9. fossa iliaca links

Afhankelijk van de soort ketting men visualiseert:

vb. 1. van rechts boven naar links onder.

2. een flexieketting

3. van links boven naar rechts onder,

zal men één of meerdere segmenten die door deze kettingopbouw aangesproken worden, verder onderzoeken.

Vb. in vb. 1: segment 1, 5 en 9

In vb. 2: segment 2, 5 en 8

In vb. 3: segment 3, 5 en 7

Palpatie, statiek- en functietesten:

Tensie abdomen:

patiënt in ruglig met gebogen OL: palpatie supra- en infra-umbilicaal; men evalueert de tensie in deze beide regio's:

- normotensie: homogeen aanvoelen
- hypertensie: gevoel van weerstand
- hypotensie: gevoel van abdominale leegte

Percussie visceraal: verschillende organen

Palpatie epigastrium, hypochondrium bilateraal, fossae inguinales, sigmoïdaal, caecaal en structureel de verschillende organen.

Controle na behandeling

Geen relevante informatie

Integratie

Link tussen de organisatie van de myofasciale kettingen (assen) en het visceraal functioneren van de patiënt. Wederzijdse beïnvloeding wordt geëvalueerd. Er worden geen specifieke technieken voorgesteld om deze evaluatie uit te voeren.

Vb. sluiten van anterieure ketting kan bvb. mobiliteit van organen in epigastrium beperken en omgekeerd (testen dienen daar vanzelfsprekend uitsluitel van geven).

Gebruik van fiche

Alle bevindingen worden op een onderzoeksfiche genoteerd (6, p. 95).

Gebruik van schema

Geen relevante informatie

Medische beeldvorming

Geen relevante informatie

2.5.1.3 La complexité du diagnostic ostéopathique (Françoise Etienne Colson) (7).

Algemeen:

« Les syndromes pour lesquels nos patients viennent nous consulter ne sont que des phénomènes de surfaces en relation avec des problèmes plus profonds, plus complexes dans tous les tissus viscéraux, musculo-squelettiques et autres qui avoisinent physiologiquement et anatomiquement la partie douloureuse ou malade. »
(7,p. 1)

(De syndromen waarmee onze patiënten op consultatie komen, zijn slechts oppervlakkige fenomenen van dieper gelegen problemen, van complexere structuren van alle viscerale weefsels, muskulo-skeletale structuren en andere, die zich zowel fysiologisch als anatomisch in de nabijheid van de zieke regio bevinden.)

Osteopathisch onderzoek:

Anamnese

Algemeen (7, p. 33-35):

- morfologische elementen te vinden in de aanpassingen en compensaties van de patiënt. Er worden enkel voorbeelden gegeven: longiligne, vagotonie, dominantie van musculaire kettingen vb. AM,...
- psychologische elementen in relatie met de typologie en de fysiologische kenmerken. Emotionele toestand van de patiënt die typologie, fysiologie van deze patiënt beïnvloedt.
- mechanische elementen uit evenwicht, gelinkt met de andere morfologische en psychologische elementen. Bv: positie van bv. schouderlijn, afvlakking T2-T4, inclinatie re flank, platvoet links,...
- pijnklacht
- vroegere pijnklachten
- ondervraging algemeen functioneren / systeemanalyse

Extra osteopaat 2:

- (start bij begin van consult met beperking tot aspect: pijnklacht)
De osteopaat beperkt zich in de eerste consultatie bij het afnemen van de anamnese tot de pijnklacht.
- Na het structureel onderzoek gaat de osteopaat verder met de anamnese en bevraagt de patiënt naar mogelijke oorzaken van viscerale problemen en vertebrale fixaties. Ongevallen?, trauma's?, ziektes?
- De osteopaat vindt de anamnese belangrijk voor de psychologie van de patiënt (er wordt naar mij geluisterd). (Voor zichzelf vindt hij de anamnese een mogelijke bron tot fouten maken.) Hij benadrukt dat het afnemen van een anamnese mogelijks een bron kan zijn om foutieve interpretaties te maken van het consultatiemotief.

Extra osteopaat 3:

Minutieuze en lange anamnese (eerste consult 1.30 u).

Extra osteopaat 4:

- De anamnese is zeer belangrijk om zijn behandeling te bepalen maar tevens om te bepalen of hij in staat is om deze patiënt te behandelen, of eerder door te verwijzen naar een homeopaat of acupuncturist bvb.

- Het trauma is zeer belangrijk. Dit blijkt uit de gevraagde informatie. Osteopaat vraagt patiënt uit. Dit is niet specifiek uitgewerkt. Het betreft hier een visceraal probleem: galcrisis.
- Visceraal verhaal leidt hem naar mogelijk onevenwicht en zwakke punten in het lichaam.

Visuele inspectie

Osteopaat 1:

Algemeen morfologisch onderzoek: typologie

Osteopaat 3:

Typologie aan de hand van de (frontale en sagittale spierkettingen) myofasciale organisatie bij de patiënt. Welke kettingen zijn dominant?

Palpatie, statiek- en functietesten

Osteopaat 1:

- Bekkenonderzoek: mobiliteit sacro-iliacaal / ilio-sacraal
- Onderzoek in stand, zit en ruglig:
 - Dynamische tests ter evaluatie van musculair, articulair en ligamenteair aspect
- visceraal onderzoek: mobiliteit (met behulp van dermalgieën)

Osteopaat 2:

- Mitchell-test om de oorzaken van de klacht te preciseren.

Osteopaat 3:

- FTS
- Lateroflexie in stand
- Bewegingstesten in zit van de totale wervelzuil tot aan het occiput.
- Evaluatie van eventuele spiercontracturen
- Dermalgieën in ruglig
- Abdominale palpatie
- Psoas: elasticiteitstest in ruglig
- Endo – en exorotatoren
- In ruglig verder evalueren van cervicale restricties, die werden gevonden in zit.
- Cranieel onderzoek

- In buiklig:
 - Sacrum
 - SIPS
 - Evaluatie van de vertebrale mobiliteit in vergelijking met deze in zit

Hij probeert aan de hand van de sterkste en oudste stoornis (verkorte spieren, gewricht- en/of viscerale restricties, cranio-sacrale problemen) zijn diagnostiek op te bouwen. Bij deze patiënt werd dit door de osteopaat aldus vastgesteld.

Osteopaat 4:

- globaal onderzoek: frontaal en antero-posterieur. Weinig uitleg is bijvermeld. Het betreft zowel de visuele inspectie in beide vlakken, als de diafragmale spanning (4 niveaus).
- analytisch:
 - ritme van het bekken
 - bij deze patiënt : slecht ritme, gelinkt aan hypermobiliteit laag lumbaal, verkorte psoas, diafragma tonus.
 - mobiliteitstesten van alle structuren
 - bij deze patiënt: levermobiliteit? + bewegingsbeperking rechter ribben; de spanning zet zich verder in de fasciale verbindingen (oa scaleni, trapezius antagonist,...)
 - cranieel onderzoek

De osteopaat vindt de relatie tussen de musculaire en viscerale informatie belangrijk om zijn behandeling op te starten.

Osteopaat 5:

- Hij werkt met het schema van Delaunois.
- Verschillende gewrichtstesten in stand en zit.
- Visceraal onderzoek + dermalgieën.

Osteopaat 6:

- Controle polsslag
- Bekken in zit:
 - Ilium mobiliteit
 - Sacrum mobiliteit(nadat eerst ilium werd gecorrigeerd, indien dit in disfunctie was). Dwz het sacrum wordt geëvalueerd indien het ilium vrij is.
- Wervelzuil en thorax in zit:
 - Mobiliteit lumbale, thorakale en cervikale wervels
 - Mobiliteit ribben

- Aan de hand van zijn onderzoek probeert hij een antwoord te vinden op de info uit de anamnese:
 - o bij deze patiënt: nekklachten: trapezius + neuralgie re intercostaal: koude handen en voeten,...
 - o bij deze patiënt: thermo-regulatie problemen ten gevolge van thyroidstoornis en/of neuro-vegetatieve stoornis
 - o bij deze patiënt: 'colites' hypertensie colon = dikke darm probleem
 - o bij deze patiënt: slaperigheid na de maaltijd: digestief probleem
 - o bij deze patiënt: gemakkelijke 'amaigrissement': dunne darm probleem
 - o bij deze patiënt: spierspanning, verbeelding: leverprobleem
- hij verdiept zich verder op een energetische benadering, waarbij hij voornamelijk een benadering maakt vanuit de acupunctuur en zich focaliseert op één werveldisfunctie.

Controle na behandeling

Geen relevante informatie

Integratie

Geen relevante informatie

Gebruik van fiche

Osteopaat 6:

Hij gebruikt fiche om alles te noteren: coördinaten, medische beeldvorming, bloedonderzoek,...

Gebruik van schema

Osteopaat 5:

Hij gebruikt het schema van Delaunois.

Medische beeldvorming

Osteopaat 1:

Gebruikt deze info om zicht te hebben op artrose, vervorming, tumoren.

Bloedonderzoek: ontsteking?, hormonaal?

Osteopaat 6:

Medische beeldvorming, bloedonderzoek: indien noodzakelijk of indien patiënt ze mee gebracht heeft.

2.5.1.4 Croibier A., Diagnostic ostéopathique général (8)

Anamnese

- omschrijving pijn
- klassieke medische informatie: differentiaal diagnostiek
- systeemanalyse op zoek naar belangrijke symptomen als die daar zijn (8, p. 100, 101 en 102)
- voorgeschiedenis
- behandelingen en medicaties
- vraagstelling naar symptomen
- algemeen welbevinden
- slaap
- (over)gewicht

Visuele inspectie

- beoordeling opvallende morfologische afwijkingen in stand (dorsaal) (8, p. 161-175)
- aandacht voor de biotypologie van patiënt
- typologie en evenwicht / houdingscompensaties / steunvlak voeten
- controle op oedemen

Palpatie, statiek- en functietesten

Bepalen van dominant oog om zicht te krijgen op voorkeursfunctioneren van patiënt.

- luistertesten:

- fasciale test in stand:

Osteopaat achter patiënt: één hand op vertex, één hand sacraal.

Patiënt sluit ogen en osteopaat observeert aanwezige spanningen. Het weefsel dirigeert osteopaat naar regio met de grootste mechanische stoornis.

- fasciale test in zit:

Zelfde uitgangshouding osteopaat als uitvoering van de test zoals in stand.

Verschil met stand: exclusie van OL en hun eventueel onevenwicht.

- balans cervico-thoracaal in stand:

Osteopaat achter patiënt: één hand op vertex, één hand cervico-thoracaal.

Balanceren van hoofd lateraal links en rechts. Waarnemen van amplitudo en weerstand.

- mobiliteitsrichting schouderlijn in stand :

Osteopaat achter patiënt: beide handen omvatten breed schouders patiënt.

- observatie van de bewegingen die spontaan gebeuren tijdens de respiratie:
vergelijken van amplitudo en symmetrie in beweging

- uitvoeren van lichte druk naar caudaal, zowel bilateraal als unilateraal:
observatie van de weerstand bij deze beweging. Vervolgens druk loslaten en
evaluatie van rebound.

- fasciale test O.L. in ruglig

Osteopaat omvat enkels van patiënt. Hij voert geleidelijk caudale tractie op
waarbij vrijheid van voeten en enkels wordt geëvalueerd. Wanneer hij op
maximum van fasciale spanning komt, ontspant hij deze plots: evaluatie van
rebound.

- fasciale test B.L. in zit:

Volgens de mogelijkheden van patiënt wordt test uitgevoerd ofwel in zit,
ofwel in ruglig.

- zit: osteopaat voor patiënt, ellebogen 90° gebogen. Osteopaat
voert druk op thv elleboog naar craniaal en terzelfdertijd een
tractie naar anterieur. Evaluatie van restricties
- ruglig: osteopaat aan hoofdeinde van tafel en omvat polsen van
patiënt en houdt armen in elevatie. Evaluatie van
bewegingsrestricties.

Na deze algemene testen, meer specifiekere testen, die simpel en snel zijn uit
te voeren.

Twee mogelijkheden: VRIJ of NIET-VRIJ, maar dat zegt nog niks over de
oorzaak of de invloed op de rest van het lichaam (8, p. 234):

MUSCULOSKELETAAL (alle testen gebeuren in zit, tenzij anders
vermeld):

- + wervelkolom
- + costo-vertebraal
- + sacrum
- + coccyx
- + mobiliteit bekken in stand
- + mobiliteit voet, knie, heup, ilii in ruglig
- + mobiliteit TMG
- + sterno-claviculair gewricht
- + elevatie, circumductie schouders
- + acromio-claviculaire gewrichten
- + antero-posterieure translatie caput humeri

- + decompressie elleboog
- + mobiliteit caput radialis
- + translaties pols

VISCERAAL (alle testen gebeuren in ruglig, tenzij anders vermeld)

- + tensie thorax (vlakke hand op regio)
- + tensie supra-umbilicus
- + tensie infra-umbilicus
- + evaluatie van visco-elasticiteit van inferieure ribroosters, zowel antero-posterieur, transversaal als verticaal
- + evaluatie van visco-elasticiteit van superieure thorax-caviteiten
- + evaluatie van visco-elasticiteit mediastinum
- + evaluatie van visco-elasticiteit van de flanken, fossae iliacae, epigastrium, umbilicale zone, hypogastrium
- + diagonale en unilaterale elasticiteitstesten thorax

CRANIO-SACRAAL (alle testen gebeuren ruglig)

Simpele testen zonder daartoe te luisteren naar het PRM. Het zijn structurele testen waarbij een compressie uitgevoerd wordt en de terugkerende beweging (rebound) te appreciëren.

- + evaluatie as glabella-inion
- + evaluatie as nasion-opisthion
- + evaluatie as maxilla-obelion
- + evaluatie as gnation-obelion

+ circonférentiële elasticiteitstest cranium

- + micro-mobiliteit en vervormbaarheid (malleabiliteit) sacrum
- + tractie suboccipitaal: evaluatie durale spanning

- palpatie naar adenopathieën (lymfklieren)

- vasculaire toestand van patiënt: pols, bloeddruk,...

Controle na behandeling

Geen relevante informatie

Integratie

Belang wordt vermeld (8,p. 21-26) maar niet gedetailleerd uitgewerkt. Er zijn geen technieken aangebracht die deze integratie vorm geven.

“L’ostéopathie est la science des interactions mécaniques dans le corps humain. Pour l’ostéopathe, la mécanique dépend non seulement des pièces squelettiques et de leurs articulations, mais aussi de tout ce qui peut agir sur ces pièces.” (8, p. 22)

Gebruik van fiche
Geen relevante informatie

Gebruik van schema
Geen relevante informatie

Medische beeldvorming
Als osteopaat moet je bewust zijn van de eventuele noodzaak daartoe.
Evenzeer voor biologische onderzoeken. (8, p. 110)

2.5.1.5 Touch of Life (Robert Fulford) (12).

Anamnese

Fulford vraagt altijd naar traumatische precedenten, vnl. tijdens de geboorte. Hij beschrijft een onderzoek uitgevoerd door dokter Truby, die beweert dat hij de persoonlijkheid, de zwakheden en de mate van gezondheid kan bepalen door analyse van de baby’s eerste gehuil. Eveneens kan een psychologisch trauma de gezondheidstoestand schaden, zogenaamde emotionele stress . Voorgeschiedenis, adres, telefoonnummer en geboortedatum wordt genoteerd.
Bij de diagnose is intuïtie volgens Fulford zeer belangrijk.

Visuele inspectie
Geen relevante informatie

Palpatie, statiek,- en funktietesten
Volgens Fulford is **palpatie** levensbelangrijk .Hij beschrijft het lichaam als omgeven door een elektromagnetisch veld (life field). Deze energie bestaat volgens hem ook in het lichaam, die hij de levenskracht noemt (life force). Hij poogt deze levenskracht te palperen in het lichaam en te evalueren of deze geblokkeerd is of niet. Hij palpeert tevens naar vibratie. Iedereen vibreert volgens een bepaalde frequentie. Hoe hoger de frequentie, hoe meer spiritueel de persoon is.

Naar **funktietesten** toe vermeldt hij het volgende :

Ademhaling is heel belangrijk. De persoon is zoals hij ademt, wanneer deze slecht ademt, dan heeft deze een zwakke gezondheid. De beste ademhaling is diafragmale ademhaling omdat dan toxines op de meest efficiënte manier via de bloedstroom en expiratie geëvacueerd worden. Zelfs emoties kunnen onze gezondheid schaden. De constante herhaling van negatieve gedachten gaan zich op termijn weerspiegelen in een aftakeling van de gezondheid van het individu. Fulford onderzoekt de patiënt in ruglig naar bewegingsbeperking in alle gewrichten: voeten, enkels, knieën, heuprotaties, bekken, abdomen (opgezet of niet = tensie), beweging in het diafragma, beweging van het ribbenrooster, cervicale rotatie, beweging van de schedelbotten (door palmair contact).

Controle na behandeling

Bij de **controle na de behandeling** vraagt hij of de bewegingsbeperking verbeterd is en of de patiënt beter kan ademen. Hij geeft desnoeds enkele oefeningen mee om thuis te oefenen.

Integratie

Wat **integratie** betreft vermeldt Fulford dat allopathische geneesheren het lichaam niet behandelen als één geheel.

Gebruik van fiche

Geen relevante informatie

Gebruik van schema

Geen relevante informatie

Medische beeldvorming

Geen relevante informatie

2.5.1.6 Traité de médecine ostéopathique (Alain Abehsera) (1).

Bespreekt de achtergrond van en de ideeën van A.T. Still , zijn ideologische bronnen (iatro – chemie, iatro – mechanica en vitalisme).

Iatro – chemie : de mens is samengesteld uit moleculen, die in constante interactie zijn met elkaar.

Iatro – mechanica : de mens is een mechanisch geheel, gedreven door de hartpomp, die op een ritmische manier het bloed door de bloedvaten stuwt.

Vitalisme : de mens wordt als een geheel beschouwd, een synthese tussen lichaam en geest.

Volgens Abehsera omvat de diagnose van een osteopathische laesie twee elementen:

1. Positioneel element (statisch) : bv. verplaatste wervel.
2. Fluïdisch element (dynamisch) : een positionele verandering brengt automatisch verstoringen teweeg in de bevoeiing van het lichaam, die zich kunnen manifesteren in veranderingen van de huidtextuur, huidtemperatuur, spiertonus en zelfs op termijn viscerale stoornissen kunnen veroorzaken.

Vanuit deze visie vermeldt hij tevens dat er twee parallelle stromingen binnen de osteopathie zich ontwikkeld hebben : enerzijds de structurele osteopathie (ook solidisme genaamd), met nadruk op de biomechanica, en anderzijds de craniële osteopathie, met nadruk op de fluïda (ook “*humorisme*” genoemd).

Voor Still is mobiliteit een eigenschap van lichaamsvloeistoffen en niet van andere structuren. Sutherland breidde dit model uit naar de schedel, hij poogt mechanische blokkages vrij te maken door middel van de kracht zelf van deze fluïda. Abehsera vermeldt dat Still geen structurele osteopaat was, in de huidige betekenis van het woord.

In dit werk is geen onderzoeksschema vermeld.

2.5.1.7 The stillness of life (Rollin E. Becker) (2).

Becker beschouwt zijn behandeling complementair aan alle andere zorgen dat de patiënt krijgt. Hij kan zichzelf complementair beschouwen aan andere zorgenverstrekkers.

Het enige doel is de eigen bronnen van de fysiologie van de patiënt aanwakkeren. Hij legt sterk de nadruk op het zelfhelende aspect van het lichaam, en de poging om de energie en de chemie van het leven op te wekken.

Anamnese

Geen relevante informatie

Visuele inspectie

Geen relevante informatie

Palpatie-, statiek –en funktietesten

Becker benadrukt hij sterk de palpatie, het “palpatoir luisteren”.

Hij werkt hierbij van craniaal naar caudaal : cranium, nek, borst, armen, abdomen, bekken, benen en voeten.

Doe niks, voel alleen. Test niet naar beweging, voel naar beweging.

Belangrijk volgens Dr.Becker is de positie en de mobiliteit van het occiput en het sacrum, maar zolang alles vrij beweegt, is er geen probleem.

Ook de verschillende craniale patronen, die beweging toelaten, zouden geen probleem vormen.

Volgens hem is het bijna een spirituele, esoterische benadering van je patiënt. Hier vermeldt hij dan ook de Stillness, datgene die iedere molecule vertegenwoordigt in het levende lichaam. Dit is de energiebron voor de lichaamsfysiologie. Deze kan niet gepalpeerd worden, het is de lichaamsfysiologie die de expressie is van deze Stilness.

Er vloeit evenveel energie van de Stilness naar de lichaamsfysiologie en omgekeerd : er is een eb en vloed, een volledige interactie.

Dr. Becker maakt contact met de betreffende weefsels en tracht het bewegingspatroon, de richting waar ze naar toe willen, te voelen. Deze richting noemt hij het “strain pattern”. Hierbij is zoals eerder vermeld, de tastzin heel belangrijk, waarbij de weefsels heel zacht gepalpeerd worden, en ook de interpretatie van de tastzin. Het is van belang te weten wat de weefsels doen wat hun functie betreft. Het is leren hoe het lichaam reageert op verscheidene problemen en hoe dit te interpreteren binnen de betreffende weefselfunctie en/of disfunctie.

Deze weefseldisfuncties zijn “gevangen energievelden”.

Concreet noemt Becker deze evaluatie techniek (en tevens behandeltechniek) de “ Rhythmic Balanced Interchange Technique” , volgens hem een dynamische wisselwerking met de lichaamsfysiologie van de patiënt :

- de osteopaat bepaalt een doelzone (gebaseerd op anamnese)
- de osteopaat plaatst zijn handen op of onder de patiënt en voert een gecontroleerde druk uit
- de osteopaat ervaart, palpeert en wordt een deel (= interchange) van de weefselprocessen die zich afspelen in de patiënt
- de osteopaat houdt zijn handen ter plaatse zolang hij het nodig acht, en indien nodig, wordt een andere zone geëvalueerd.

Gecompliceerde problemen vergen drie weken tot een maand alvorens een diagnose kan gesteld worden, aldus Rollin Becker.

Integratie

Dr. Becker vermeldt dat de osteopathie een “denkberoep” is, waarbij tijdens de diagnose rekening moet gehouden worden met alle delen van het somatische systeem : skeletaal, myofasciaal, vasculair, lymfatisch en neurogeen.

Hoe gedraagt de probleemzone zich functioneel, rekening houdende met de fysiologie van spieren en fascia's en met de mechanica van de wervelkolom.

Controle na behandeling

Geen relevante informatie

Gebruik van fiche

Geen relevante informatie

Gebruik van schema

Geen relevante informatie

Medische beeldvorming

Wanneer medische beeldvorming voor handen is, wordt er rekening mee gehouden.

2.5.1.8 Integratie en toegepaste principes in de osteopathie (Luc Peeters) (22)

Anamnese

In het eerste hoofdstuk wordt er op een gestructureerde wijze vermeld hoe een anamnese kan afgenomen worden, en hoe men op een zo efficiënt mogelijke manier de oorzaak kan opsporen door middel van luisteren en specifieke vraagstelling.

Visuele inspectie

De osteopaat observeert de patiënt in stand :

- axiale systeem systeem op weefselveranderingen bv. oedeem naast de spinosi.
- posturologie

Palpatie-, statiek- en functie testen

Het onderzoek wordt opgesplitst in een provocatie – onderzoek en een osteopathisch onderzoek.

Het provocatie onderzoek overloopt op summiere wijze de muskuloskeletale en viscerale elementen met hun respectievelijke bevoeiing en innervatie. Bepaalde signalen kunnen op een bepaalde pathologie wijzen. Bv periostgevoeligheid bij palpatie kan duiden op een ruimte innemend proces in het bot, bv palpatie van vergrote lymfeklieren kan duiden op een ernstig probleem.

Het osteopathisch onderzoek kan volgens L.Peeters op twee manieren gebeuren : enerzijds vanuit de structuur, die vermoedelijk de klachten veroorzaakt, anderzijds via een algemeen osteopathisch onderzoek.

Vanuit het klachten oogpunt gezien worden voornamelijk 4 stressfactoren als oorzaak aangehaald : mechanische-, neurologische-, vasculaire- en metabole

stress, die dan ook nog eens elk op hun beurt een verdere oorzakelijke onderverdeling hebben.

Het algemeen osteopathisch onderzoek heeft als doel somatische disfuncties op te sporen. Daartoe wordt de volgende werkwijze gehanteerd :

1. observatie in stand
2. beoordeling van de posturologie
3. actieve mobiliteitstest
4. onderzoek in zit (oscillatie test : opsporen van periostale gevoeligheid en bewegingsverlies)

Nota bij punt 2 : de posturologie beschrijft de houding van de patiënt en de interpretatie ervan in het horizontaal, frontaal, sagitaal vlak en in axiaal opzicht.

Aansluitend wordt eveneens de anteriorlijn geëvalueerd (lijn tussen processus xyfoïdeus en pubis) om na te gaan of er eventueel sprake is van intestinale congestie of ptose.

Daarna volgt een bespreking van de verschillende mogelijke dysfuncties en hun verdere onderzoeksstrategie, gaande van het sacrum, lumbale wervels, thoracale wervels en cervicale wervels, waarbij bij sommige dysfuncties de mogelijks viscerale en cranosacrale onderzoekscomponenten aan bod komen.

Dit werk is een vrij gestructureerde bespreking van hoe een anamnese en een provocatief onderzoek kunnen uitgevoerd worden.

Integratie

Wat het osteopathisch onderzoek en zijn **integratie** betreft, worden algemeen een zestal factoren in acht genomen en gerelateerd : de klinische bevindingen, de correctie posturologie (dit is het vlak waarin moet gecorrigeerd worden (horizontaal,frontaal,sagitaal)), het bewegingsverlies dat mag verwacht worden, de etiologie van de disfunctie, de viscerale onderzoekscomponent en de cranosacrale onderzoekscomponenten.

Controle na behandeling

Geen relevante informatie

Gebruik van fiche

Geen relevante informatie

Gebruik van schema
Geen relevante informatie

Medische beeldvorming
Geen relevante informatie

2.5.1.9 Paoletti S., 2005, Les fascias, Editions Sully, Vannes, p. 207 – 249.(21)

Anamnese

De osteopathische diagnostiek dient convergent te zijn: zij moet dus beroep doen op meer informatie dan deze fasciale tests alleen. Ook radiografieën, bewegingstesten, klinisch onderzoek, biologische tests,... zijn belangrijk. (21, p. 249).

Daaruit kan besloten worden dat de anamnese daarin zijn plaats heeft, evenals de visuele inspectie als medische beeldvorming,... (*1)

Dit boek draagt bij tot ons werk omwille van de voorgestelde testen, die in onderzoeksprotocollen gebruikt worden (zie onderzoeksmethoden opleidingen hoofdstuk 2.2)

Visuele inspectie
Geen relevante informatie: zie *1.

Palpatie, statiek- en functietesten

“Le but du test fascial est donc de détecter grâce à l’extrême sensibilité de notre main les différents troubles apparus au sein des tissus afin, dans un deuxième temps, de leur apporter une réponse thérapeutique efficace.”

Vertaling:

Het doel van een fasciale test is, om door middel van de enorme gevoeligheid van onze hand, weefselproblemen vast te stellen en om deze vervolgens efficiënt therapeutisch te behandelen. (21, p. 207)

Alle handgrepen gebeuren in ruglig tenzij anders vermeld.

Luistertesten (zonder inductie):

- globale luistertest in stand: aanvoelen voorkeurbeweging bij patiënt

- voet / tibia

- tuberositas tibiae / inferieur femur
- antero-extern tibia / midden quadriceps

- globale luistertest O.L.
- sub-epicondylair / antero-extern humerus
- globale luistertest B.L.
- luistertest abdomen: één hand op umbilicus
- inferieure thorax bilateraal
- superieure thorax bilateraal
- één hand vlak op sternum
- luistertest schoudergordel (bilaterale handgreep)
- luistertest bekken in buiklig (één hand thv sacrum)
- luistertest dorsale fascia bilateraal thoraco-lumbale overgang in buiklig
- craniële luistertest:
 - o intracraniële membranen: d.m.v. Vault-hold handvatting. De fasciale trek is hier naar intern.
 - o exocraniële membranen: d.m.v. Vault-hold handvatting, evaluatie van bvb sterno-cleido-mastoïede aponeurose, aponeurosa superficialis posterieur
 - o luistertest hersenvliezen: d.m.v. suboccipitale handgreep (V-vorm):evaluatie van dura mater tot sacrumniveau
 - o centraal aponeurotische as: d.m.v. suboccipitale handgreep met duimen thv rami mandibulares: worden handen naar caudaal getrokken tijdens inspiratie?
- antero-posterieure luistertest

Mobiliteitstesten fasciaal (met inductie):

- ligamentum plantaris = fascia plantaris
- antero-interne fascia onderbeen
- postero-interne en antero-interne loge onderbeen
- ischialgische fascia boven- en onderbeen (in buiklig)
- gluteale fasciae (in buiklig)
- paravertebrale fasciae (in buiklig)
- luistertest scapulae bilateraal (in buiklig)
- sternumtest
- fascia clavicularis unilateraal
- globale hals test
- hyoïd
- hyoïd-thyroid

Controle na behandeling
Geen relevante informatie

Integratie
Geen relevantie informatie: zie *1, p. 93

Gebruik van fiche
Geen relevante informatie

Gebruik van schema
Geen relevante informatie

Medische beeldvorming
Geen relevante informatie: zie *1, p. 93

2.5.1.10 Berninger A., 2007, Osteopathische Diagnoseverfahren: Ein Vergleich der Methoden von Gordon Zink D.O. und Pierre Delaunois D.O. (4).

In dit werk werden voornamelijk “visuele inspectie” en “palpatie- statiek en funktietesten” uitgewerkt.

Gordon Zinc D.O. heeft in 1979 een diagnosemodel opgesteld. Het concept volgens Zinc is dat normale respiratie en cicculatie pas kunnen gebeuren wanneer de patiënt in ruglig buikademhaling doet (omdat zwaartekracht en spieractiviteit in deze positie beperkt zijn). Het diafragma speelt hierin een sleutelrol. Dan pas is volgens Zinc een optimale venolymfatische terugvloeï gewaarborgd.

Hij maakte onderscheid tussen 3 fasciale patronen :

1. Het “physiologic ideal holographic image” : hier is er geen fasciale voorkeursrichting in rotatie of sidebending.
2. Het “common compensatory pattern” : wordt besproken onder 2.5.2 : visuele inspectie, palpatie - , statiek- en funktietesten : cfr. artikel van Defeo en Hicks (9).
3. “Disparent compensatory findings” : 2 mogelijkheden :
 - a. schedel : - rotatie links
- meatus acusticus rechts superior

bovenste thorax : - rotatie links
- schouder rechts superior

onderste thorax : - rotatie links
- lateroflexie naar links

bekken : - rotatie links
- crista rechts superior

b. schedel : - rotatie rechts
- meatus acusticus rechts inferior

bovenste thorax : - rotatie links
- schouder rechts superior

onderste thorax : - rotatie links
- lateroflexie links

bekken : - rotatie rechts
- crista rechts inferior

Zinc verdeelt het lichaam in 2 caviteiten : Een ventrale caviteit bestaande uit mond, keel, thorax, abdomen en bekken (die verbonden is met het secundair respiratoire mechanisme) en een dorsale caviteit die het centraal zenuwstelsel en het primair respiratoir mechanisme omhelst.

De oorzaken van compensatoire patronen zijn traumata van de lumbale wervelzuil gedurende de groei van het lichaam, die op hun beurt invloed hebben op de beide caviteiten, die dan bijgevolg een dysfunctie veroorzaken in de respiratie en circulatie van het individu.

Ook Jean Pierre Delaunois D.O. heeft een model opgesteld : de posturo – dynamische integratie.

Zijn concept is het volgende : de mens is bipodaal, werkt daarom tegen de zwaartekracht in en dit veroorzaakt zwaartekrachtlijnen in ons lichaam (is dus een parietaal systeem).

De patiënt wordt onderzocht in stand, zit en ruglig. De volgende referentiepunten worden getest :

Schedel : - rotatie : porus acousticus externus (PAE)
- lateroflexie : PAE

Schouder : - rotatie : acromio claviculair gewricht
- lateroflexie : angulus inferior scapulae

Thorax : - rotatie : onderste ribbenrooster
- lateroflexie : onderste ribbenboog

Bekken : - rotatie : spina iliaca anterior (of posterior) superior
- lateroflexie : crista iliaca

Schedel en bekken zijn volgens Delaunois basislijnen en schouder en thorax zijn adaptieve lijnen.

Zijn ideale schema in stand is (cfr. figuur onder 2.4.7 p. 71) :

Schedel : - rotatie rechts
- lateroflexie links

Schouder : - rotatie rechts
- angulus inferior scapulae rechts inferior

Thorax : - rotatie rechts
- lateroflexie rechts

Bekken : - rotatie links
- lateroflexie links

Bij de evaluatie van de lijnen van stand naar ruglig, let hij op het al of niet ruimtelijk (3-D) wijzigen van de verschillende lijnen. Hierbij volgen de verschillende mogelijkheden :

- Geen verandering van bewegingsrichtingen van stand naar lig in alle cilinders : geen dirigerende parietale disfunctie maar craniosacraal en/of visceraal dirigerend probleem.

- Verandering van bewegingsrichtingen in alle cilinders : craniosacraal probleem.

- Onveranderd in één cilinder : disfunctie in deze cilinder.

- Onveranderd in schedel en schouder cilinder : disfunctie in bovenste en/of middenste funktionele driehoek.

- Onveranderd in schouder en bekken cilinder : disfunctie in middenste of onderste funktionele driehoek.

- Onveranderd in schedel en bekken cilinder : disfunctie in middenste funktionele driehoek.

Overzichtstabel relatie cilinderwijzigingen en plaats van disfunctioneren (Delaunois).

	Plaats DF	Parietaal	Cran-sacr	Viscer	betreff.cil	bov / mid Δ	mid / ond Δ	mid Δ
Verandering cilinder								
Geen		+/-	+	+				
Allemaal			+					
1 onveranderd					+			
schedel + schouder =						+		
schouder + bekken =							+	
schedel en bekken =								+

Er dient vermeld te worden dat dit schema niet wetenschappelijk gefundeerd is, maar empirisch opgebouwd is uit de jarenlange praktijkervaring van de heer Delaunois.

De reproduceerbaarheid en precisie van beide diagnosemodellen werd nog niet klinisch onderzocht.

2.5.1.11 Osteopathy in the cranial field (Magoun H.I.) (18)

Volgens Magoun dicteert het cranium het patroon van de wervelkolom. Hij vermeldt dat de diagnose van een craniale pathologie zich op drie feiten baseert : de anamnese, de observatie en de palpatie.

Anamnese

Volgende aspecten zijn belangrijk : erfelijkheid, perinatale feiten, aantal zwangerschappen, geboorteproces, uiterlijk van de pasgeborene, ontwikkeling van het kind, kinderziekten, ziekten als volwassene, trauma's, pijnbeschrijving van de klacht, psychische stress.

Visuele inspectie

Magoun tracht een inschatting te krijgen van het schedeltype (normaal, flexie, extensie,...).

Palpatie- statiek- en funktietesten

De palpatie (en bijhorende funktietesten) zijn het allerbelangrijkste. Er wordt zowel gepalpeerd naar positie als naar functie, met expliciete nadruk op een zeer zachte benadering.

Integratie

Geen relevante informatie

Gebruik van fiche

Geen relevante informatie

Gebruik van schema

Geen relevante informatie

Medische beeldvorming

Magoun vindt deze informatie onontbeerlijk wanneer er sprake is van een ernstig trauma.

2.5.2 Artikels

Per osteopathisch onderzoeksitem wordt de gevonden informatie uit de artikels weergegeven :

Anamnese

Een hoofdstuk die enigszins hiermee relateert, betreft een artikel over het klinisch probleem oplossend vermogen (clinical problem solving) van *Sprafka* (28). Hierbij bespreekt men de verschillende mogelijkheden om de patiëntengegevens te verzamelen en te analyseren en legt men theoretisch de nadruk op integratief denken. Men gebruikt hiervoor vier manieren:

Het **herkennen van een patroon** (pattern matching). Daarmee wordt een bepaalde situatie bedoeld, bijna rechtstreeks uit het handboek. Hiervoor worden enkele duidelijk omschreven patronen in acht genomen:

1. Seizoensgebonden of omgevingsgebonden patronen : zijn er seizoensgebonden infecties (van respiratoire aard) of omgevingsgebonden oorzaken (bijv. meerokende personen) ?
2. Abdominale pijnen

3. “Established” patiënt : zijn patiënten die over de jaren heen al weten wat hun probleem is en welke de behandeling ervoor is. Meestal bij chronische aandoeningen of ouderen met een resem aan aandoeningen.
4. Musculo-skeletale patronen : spannings hoofdpijn, ...
5. Ongewone, duidelijk afgeleide problemen: levensbedreigende, maar zelden voorkomende patronen: bijv. Reye’s syndroom : de zeldzame complicatie door inname van aspirine, meestal door kinderen.

Er wordt tevens vermeld dat men steeds moet opletten bij een patroonherkenning. Er is een gevaar dat men op die manier te vlug tot een diagnosestelling komt, die mogelijks verkeerd kan zijn .

De **hypothetico-deductieve methode** : dit omvat eerst het verzamelen van aanwijzingen (identificeren van de probleemsituatie en haar symptomen) en daarna het overwegen van verschillende hypothesen. Deze hypothesen kunnen algemeen of specifiek zijn, afhankelijk van de zich presenterende symptomen, en zijn tevens afhankelijk van de kennis van de therapeut. Naarmate er meer data over de patiënt bekendraken, kunnen deze aan de hypothesen gerelateerd worden. Dit is de “cue interpretation” (= interpretatie van de aanwijzingen). Deze worden meestal aangeduid als: positief, negatief of niet bijdragend. Daarna krijgt de meest voor de hand liggende hypothese prioriteit.

- Samengevat :
1. verzamelen van gegevens
 2. ontwikkelen van hypothese
 3. interpretatie van gegevens
 4. evaluatie van hypothese

Als nadeel van deze methode vermeldt men dat de therapeut niet aangemoedigd wordt om de patiënt als één geheel te zien als men de verschillende symptomen niet gaat interpreteren als een totaal symptomenbeeld. Deze methode kan soms vrij onpersoonlijk overkomen.

De **probleem georiënteerde benadering** volgens *Weed* (29). Vier factoren worden hierbij in acht genomen, waarvan de eerste twee ons meest aanbelangen :

1. Het aanleggen van een zo compleet mogelijke database van de patiënt. Dit omvat de huidige subjectieve klachtenlijst en medische voorgeschiedenis.

2. Het identificeren van het probleem. Dit is de info uit het fysisch onderzoek, gevonden door de therapeut, alsook labo uitslagen en medische beeldvorming.
3. De patiënt informeren en begeleiden.
4. Het bijhouden van een dossier om de evolutie te volgen.

Het doel van deze methode is te voorkomen dat er te vroeg hypothesen gevormd worden bij het vaststellen van een probleem. Men hoopte hiermee studenten geneeskunde een gestructureerd systeem en gedachtegang aan te leren om een klinisch probleem op te lossen.

Tenslotte is er het **analyseren van klinische besluitvorming**. Dit is het gebruik van diagnostische hypothesen evalueren en verder klinisch testen. (bv. bij 70 % vermoeden van een coronair lijden wordt een cardiale ergometertest uitgevoerd). Deze gegevens worden dan verder getoetst aan een specifieke formule, genaamd de "Baye's" theorie, die dan uiteindelijk een bepaalde procentuele waarschijnlijkheid van diagnose weergeeft.

Visuele inspectie, palpatie, statiek- en functietesten.

Volgens *Sprafka* (28) zijn visuele patronen van belang bij de inspectie :

- is er visueel "ziekte" aanwezig ? Kleur van de patiënten, aanblik van de ogen, veranderd voorkomen van de patiënt, eventuele lethargische toestand.
- hoe is de organisatie van het muskuloskeletaal systeem ? De houding en het bewegingspatroon van de patiënt worden geobserveerd, evenals eventuele asymmetrieën van bilaterale structurele referentie punten : bv. positie scapulae.
- zijn er huidletsels aanwezig ?

Dinnar (10) vermeldt vier osteopathische onderzoeksmethoden :

1. algemene indruk bij inspectie.
2. mobiliteitstesten per regio.
3. oppervlakkige en diepe evaluatie van het weefsel.
4. lokale bewegingskenmerken.

Kappler, Jones en Kuchera (16) beschrijven eveneens 4 criteria die gebruikt worden om tot een osteopathische diagnose te komen :

1. abnormale weefsel textuur (T)
2. asymmetrie in beenderige referentiepunten (A)
3. bewegingsrestrictie (R)
4. gevoeligheid (tenderness) of drukpijn (T)

Deze vormen het acronym TART.

Zowel wat visuele inspectie en palpatie betreft, vermeldt een artikel van Dinnar (11) een beschrijving van 50 diagnostische tests die gebruikt worden bij osteopathische manipulatie.

Hier worden 50 tests beschreven die opgenomen waren op videotape gedurende het diagnostisch onderzoek van 5 osteopaten bij patiënten met een lumbalgie. Alle beschreven testen zijn visueel en palpatoir muskulo-skeletaal. Enkel bij de 28^e test van de borstkas en het abdomen wordt de ademhaling getest d.m.v. het plaatsen van de palmaire zijde van de hand op het abdomen en de thorax. Verder staat er geen enkele viscerale noch cranio-sacrale test beschreven.

Wat palpatoire diagnose (en manipulatieve behandeling) betreft, verwijzen Jones en Kappler (14) naar de historische evolutie van de medische wetenschap sinds A.T. Still in 1892 the American School of Osteopathy stichtte.

De visie van A.T Still werd grotendeels gedomineerd door de anatomie, dit omdat hij het toen geldende standaard medische curriculum niet wilde volgen. Het standaard curriculum was volgens Still weinig bruikbaar voor de therapeut en zelfs gevaarlijk voor de patiënt.

Tot op heden worden gedurende de eerste 2 jaren van de opleiding osteopathie in de USA nog slechts in 10 % van de tijd de filosofie, de principes en de mechanica binnen de osteopathische diagnose en behandeling gedoceerd.

Hieruit blijkt dat in de USA de osteopathie niet meer beoefend wordt zoals we ze hier kennen. Het zijn artsen, die mogelijks nog een aantal technieken van de osteopathie gebruiken. De osteopathische diagnosestelling beperkt zich tot een musculo-skeletale onderzoek, die zeer gelijkend is op een klassiek orthopedisch onderzoek.

Kuchera, Jones, Kappler en Goodridge (16) beschrijven in hun artikel over musculo-skeletaal onderzoek naar somatische disfunctie een uitgebreide methode waarbij in verschillende uitgangshoudingen een eerste scanning uitgevoerd wordt en daarna een secundaire screening (zie bijlage 10, 10 bis & 10 tres).

De bevindingen van dit onderzoek worden dan schematisch (= charting) genoteerd op een fiche, waarvan een voorbeeld in bijlage 11 & 11 bis.

Nelson (20) legt de nadruk op een degelijke structurele diagnose (vooraleer over te gaan naar een manipulatieve behandeling). Daarbij wordt voornamelijk gezocht naar gevoelige zones (tenderness) en zones met bewegingsbeperking. Deze structurele diagnose van het musculo-skeletale systeem moet volgens hem wel gerelateerd worden aan de bijhorende veranderingen op fysiologisch en anatomisch vlak. Nelson spreekt van een “posturale” diagnose ; hij zoekt :

1. veranderingen in beweging in het sagittaal en frontaal vlak,
2. veranderingen in richting t.h.v. wervels die van de ene kant van de middellijn naar de andere kant veranderen en t.h.v. de apices van de convexiteiten. Deze zouden een ernstiger reflex effect kunnen teweegbrengen dan de eerste groep. Bv. Problemen t.h.v. de thoracolumbale overgang zouden reflexmatig viscerale invloeden kunnen hebben (omwille van de aanwezigheid van het ganglion coeliacum).

Nelson ziet 2 groepen :
1. primaire disfuncties van D9 tot sacrum
2. disfuncties boven D9

Daarbij legt hij een viscerale link bij groep één, nl. nier- en blaasproblemen t.g.v. reflex effect van de plexus splanchnicus , terwijl bij groep twee neurasthenische -, cardiale - en problemen van de luchtwegen horen. Op die manier verdeelt hij zijn structurele diagnose onder in de bovenvermelde patronen die gebaseerd zijn op richtingsveranderingen in zowel het sagittale als frontale vlak.

Belangrijk te vermelden is dat volgens Nelson de resultaten die gevonden worden volgens zijn methode, ook moeten gevonden worden bij een standaard diagnostische routine. Hiermee bedoelt hij alle betrouwbare diagnostische middelen.

Wat visuele inspectie en palpatie betreft, beschrijven Defeo en Hicks (9) het “Common Compensatory Pattern”.

Posturale evaluatie is een belangrijk deel van het musculoskeletaal onderzoek. Er werd gezocht naar een goedkope, betrouwbare en reproduceerbare manier om posturale dysbalans in relatie tot somatische dysfunctie waar te nemen.

Bepaalde osteopaten hebben klinisch ondervonden dat een belangrijk percentage van de populatie een voorspelbare posturale aanpassing heeft, t.g.v. de zwaartekracht, gewicht, micro-traumata en andere externe stressfactoren. Deze krachten hebben een belangrijke invloed op de facetgewrichten van de wervelkolom. In de osteopathische literatuur wordt deze posturale adaptatie “the common compensatory pattern” (CCP) genoemd.

De observatie van het CCP tijdens het posturaal onderzoek verloopt als volgt : de patiënt in ruglig, de therapeut staande aan het voeteinde van de patiënt.

1. vergelijking van de beenlengtes, in het CCP lijkt het linker been langer.

2. vergelijking van de hoogte van de cristae iliacae, in het CCP is de linker hoger.
3. vergelijking van de SIAS, bilateraal, in het CCP is de linker relatief superieur.
4. palpatie van de lumbale paravertebrale musculatuur naar gevoeligheid, in het CCP roteert het bekken bij voorkeur naar rechts, en zal de linker paraspinale musculatuur meer gecontraheerd en misschien gevoeliger zijn.
5. volgens het CCP bevindt het sacrum zich in een linker rotatie volgens een linker as (links – links),
6. met als gevolg een dextro-convexe scoliose lumbaal.
7. in het CCP roteert de thorax naar links, en de thoracale wervelkolom buigt naar rechts.
8. palpatie van de parasternale infraclaviculaire ruimte, in het CCP is de linker meer prominent en gevoeliger omdat T1 rechts geroteerd is en de eerste rib naar voor duwt.
9. er wordt bilaterale druk naar inferieur uitgeoefend op de eerste rib, met als gevolg druk op T1, in het CCP biedt de linker zijde meer weerstand.
10. bilaterale rotatie cervicaal wordt uitgevoerd, in het CCP is er een rotatiefacilitatie links t.g.v. een rotatie positie naar links en lateroflexie beter naar rechts t.g.v. een lateroflexie positie naar rechts.
11. de therapeut eleveert de beide armen van de patiënt, volgens het CCP is de rechter arm langer t.g.v. de torsionele stress op het ribbenrooster.
12. om een algemeen idee van de lumbale lordose te krijgen, schuift de therapeut een hand onder de rug van de patiënt om deze te evalueren.

Het gevaar is, ons inziens, dat dit patroon als een ready-made configuratie gaat functioneren en dat de therapeut misschien te snel bepaalde somatische compensaties gaat veronderstellen zonder dat het klinische totaalbeeld nog verder in acht genomen wordt.

Controle na behandeling

Geen relevante informatie te weerhouden uit deze artikels.

Integratie :

Wat een integratief osteopathisch onderzoek betreft, vermeldt *Kuchera* (17) dat bij een osteopathisch onderzoek structuur (anatomie) en functie (fysiologie) nauw met elkaar verbonden zijn, en dat additionele viscerosomatische en somatoviscerale reflexen verdere inzichten kunnen verschaffen voor de diagnose en behandeling.

Daarbij wordt duidelijk de nadruk gelegd om de persoon als een eenheid te beschouwen. Het is de bedoeling om het consultatiemotief in een ruimere context te zien. Niet alleen interne maar ook externe factoren worden in acht genomen. Het parietaal onderzoek vormt de spil van het osteopathisch onderzoek. Daarbij vertrekt men vanuit een musculoskeletaal onderzoek d.m.v. palpatie en bewegingstesten. De gevonden informatie wordt gerelateerd met de voorgeschiedenis van de patiënt. Alle bijkomende informatie wordt in relatie gebracht met het ganse individu.

Gebruik van fiche en schema

Cfr. bijlagen 11, 11 bis, 12, 13, 14, 15

Het gebruik van een schema wordt voorgesteld door Kuchera, Jones, Kappler en Goodridge (16) en werd eerder onder 2.5.2. Artikels : visuele inspectie, palpatie- statiek- en functietesten (p. 103) besproken.

Sleszynski , Glonek en Kuchera hebben tussen oktober 1999 en april 2005 enkele artikels gepubliceerd betreffende een osteopathisch onderzoeksschema.

Hun eerste artikel handelt over het opmaken van een standaard hospitaal verslag voor osteopathisch structureel onderzoek, meer bepaald het vastleggen van musculoskelettale gegevens (verandering in structuur, beweging en weefsel) en diagnose van somatische disfuncties (25). Het doel was om na te gaan in welke mate er een documentatie was van de relatie tussen het noteren van musculoskelettale criteria en de diagnose van een somatische disfunctie in het ziekenhuismilieu. Hierbij werden in 26 ziekenhuizen 719 onderzoeksformulieren ingevuld. Op slechts 14 formulieren waar er een somatische disfunctie gediagnostiseerd werd, hadden er 10 een verandering in structuur, beweging of weefsel). Hieruit werd besloten dat de relatie tussen een verandering in structuur, beweging of weefsel en de diagnose van een somatische disfunctie niet werd opgetekend in osteopathische onderzoeksverslagen in ziekenhuizen. Als gevolg hiervan werd een betrouwbaar en reproduceerbaar document opgesteld om verschillende gegevens te noteren.

Een ander artikel betreft de validatie van een standaard osteopathisch verslag in vergelijking met het verslag van de geneesheer (26). Er werden 300 patiënten onderzocht door artsen met een osteopathieopleiding. Er werden 76 variabelen vergeleken.

Er was een significant verschil : in 80 % van de variabelen bevatte het standaard osteopathisch verslag kwantitatief meer informatie dan het geneeskundig verslag.

Er werd meer informatie over de ernst van de somatische disfunctie en de reactie van de patiënt op de behandeling neergeschreven.

Deze studie toonde aan dat het osteopathisch verslag accurate informatie, die niet in het geneeskundig verslag verwerkt was, bevatte.

Een ander artikel van deze auteurs verscheen in oktober 2004 (27). Hier valideren ze hun standaard osteopathisch onderzoeksschema (SOSMSEF) in vergelijking met het klassiek medisch verslag (PPN, Physician Progress Notes) voor éénzelfde patiënten bezoek. Het doel was de accuraatheid en efficiëntie van een standaard osteopathisch onderzoeksformulier na te gaan en te vergelijken met het klassiek medisch verslag, wat de musculoskeletale informatie betrof, gediagnosticeerd door 14 osteopaten bij 165 patiënten.

SOSMSEF staat voor Single Organ System Musculoskeletal Exam form en is een formulier voor een compleet osteopathisch musculoskeletaal onderzoek. Dit formulier bestaat uit 4 pagina's, waarvan de eerste pagina (bijlage 12) een overzicht geeft van de gezondheidstoestand van de patiënt tot op heden.

De tweede pagina (bijlage 13) wordt gebruikt om de hoofdklacht, alle orgaansystemen, persoonlijke -, familiale-, en sociale antecedenten, alsook objectieve bevindingen te documenteren.

De derde pagina is het osteopathisch SOS musculoskeletaal onderzoeksformulier en bevat een musculoskeletale onderzoekstabel en bijkomende objectieve bevindingen (bijlage 14). Dit formulier werd in deze studie gevalideerd.

De vierde pagina is de osteopathische beoordeling en de planning. De diagnose, het behandelingsplan en reeds gegeven behandeling(en) staan erin vermeld (bijlage 15).

De resultaten werden statistisch onderzocht en de conclusie was dat het standaard osteopathisch onderzoeksschema even accuraat was als de klassiek medische nota's wat de patiënt informatie betreft maar dat het beter was op het vlak van documentatie van specifiek osteopathische gegevens. Het formulier biedt de mogelijkheid om de nodige data te verzamelen in de osteopathische patiëntenzorg. De auteurs menen tevens dat het gebruik van een dergelijk gevalideerd formulier er op grotere schaal kan voor zorgen dat :

1. osteopaten op éénzelfde manier gegevens kunnen verzamelen voor een betere verantwoording op verzekeringstussenkomst.
2. osteopaten in opleiding op een uniforme manier kunnen geschoold worden.
3. de patiëntenresultaten beter kunnen opgevolgd worden.
4. gegevens kunnen verzameld worden voor toekomstig onderzoek.

Medische beeldvorming

Geen relevante informatie weerhouden in deze artikels.

3. BESLUITEN

3.1 Doelstelling

Als doelstelling van ons eindwerk hebben wij voorop gesteld :

Het in beeld brengen van de verscheidene accenten in diverse inleidende osteopathische integratieve onderzoeksmethoden voorgesteld:

- door enkele Europese osteopathieopleidingen (erkend door EFO)
- door vijfdejaars studenten (eigen verwerking van een door de school voorgestelde onderzoeksmethode)
- door ervaren osteopaten
- in de literatuur

Een werk opmaken voor osteopathiestudenten dat als leidraad kan dienen bij hun groei naar het toepassen van een persoonlijk inleidend osteopathisch integratief onderzoeksprotocol.

3.2 Problemen bij het uitvoeren van deze studie

De informatie-verzameling verliep moeizaam. De mogelijk reden daartoe: 'gebrek aan informatie i.v.m. inleidend osteopathisch integratief onderzoek'. Een integratieve betrokkenheid tussen de informatieve gegevens bekomen bij het pariëtaal, visceraal en cranieel onderzoek blijft een uitdaging voor elke praktiserende osteopaat.

Info osteopathische opleidingen:

- Verschillende osteopathische beroepsverenigingen reageerden niet op onze vraag, ook niet na meerdere contacten.
- Bij enkele opleidingen werd de verantwoordelijkheid doorgegeven van docent tot docent. Eveneens dienden we onze vraag naar informatie of bezoek herhaalde keren te stellen.

Info vijfdejaars studenten:

- De studenten dienden overtuigd te worden dat het een **PERSOONLIJK** onderzoeksprotocol betrof. Menigeen hield zich aan een reproductie van het aangeleerd protocol van de school.
- Vanaf 2008 werden de studenten in het voorafgaande seminarie gebriefd dat het niet de bedoeling is een kopie weer te geven van het osteopathisch onderzoek in

school aangeleerd. Er werd eveneens in deze briefing medegedeeld dat zij/hij een onderzoek zou aanbieden gefundeerd op de aangeleerde onderzoeksmethode en de reeds opgedane praktische ervaring.

Info bij ervaren osteopaten D.O.:

- Deze informatie geeft een minimaal beeld mee (6 osteopaten) van toegepaste onderzoeksmethoden in de praktijk. - Geen problemen i.v.m. info-inzameling daar dit een vaststelling is van een onderzoek dat werd uitgevoerd door desbetreffende osteopaat.

Info vanuit de literatuur:

- Er bestaat beperkte informatie aangaande deze osteopathische integratieve onderzoeksmethoden in de literatuur.

3.3 Besluiten verzamelde informatie osteopathische opleidingen

Enkel twee scholen bieden een overzichtelijk protocol aan. Deze opleidingen melden daarbij dat dit niet het enig mogelijk onderzoeksprotocol is. Men doet een poging om de student integratief te laten redeneren om zodoende vanuit de bekomen informatie een verder analytisch onderzoek uit te voeren om tot een zo correct mogelijke diagnose te besluiten.

De andere osteopathische opleidingen hebben geen aanbod van een gestructureerd protocol. We namen nota van een osteopathisch onderzoek in de 'clinic' van deze opleidingen. Het betreft dus momentopnames van een onderzoek bij een patiënt met een specifieke klacht. Aan de hand van onze voorgestelde leidraad stelden wij vragen naar meer informatie.

Dit zijn de voornaamste conclusies bij analyse van de antwoorden op onze vragenlijst:

3.3.1. Anamnese

De anamnese wordt in de meeste van de geraadpleegde opleidingen uitgebreid gevoerd. De opleidingen die aan de hand van een voorgesteld onderzoeksprotocol werken, hebben een voldoende maar kortere anamnese dan de scholen zonder vaste inleidende onderzoeksmethode.

De anamnese heeft als voornaam doel ‘differentiaal diagnostisch’ te zijn. Bij één school zijn de bevindingen uit de anamnese bepalend of de patiënt in aanmerking komt voor een osteopathische behandeling.

3.3.2. Onderzoeksopbouw en integratief aspect

De studenten van de opleidingen zonder onderzoeksprotocol kunnen moeilijker hun onderzoek opbouwen. Ze starten structureel en maken daar verschillende tests. Verder verloopt het craniële en viscerale onderzoek meestal door elkaar en worden er duidelijk minder testen uitgevoerd in vergelijking met het aantal structurele testen. Tevens wordt het onderzoek incoherent opgebouwd. Bij deze opleidingen was het integratieve aspect binnen het onderzoek zeer weinig aanwezig.

De cranio-sacrale testen komen het minst voor in deze onderzoeken. (voornamelijk als er geen vooropgesteld protocol is.)

De integratie van de onderzoeksgegevens blijft een moeilijke opgave.

Voornamelijk inhibitietesten (voorgesteld in één school) laten toe de kompensatorische disfuncties van de dirigerende disfuncties te onderscheiden. Zo krijgen we een beter integratief beeld van het disfunctiemechanisme bij de patiënt.

3.3.3 Het gebruik van fiche en/of schema

Een fiche en een schema worden in 4 scholen voorgesteld. Het is een individueel aanbod per school. Eén school brengt een schema waarop de informatie zodanig ingevuld wordt dat de bekomen informatie met elkaar kan worden vergeleken in functie van de zoektocht naar dirigerende disfuncties.

3.4 Besluiten verzamelde informatie vijfdejaars studenten

We stellen vast dat vijfdejaars studenten de aangeleerde onderzoeksmethodiek duidelijk aanwenden in hun persoonlijk osteopathisch onderzoek.

We zijn ervan overtuigd dat de aangeleerde methode (welke deze ook mag zijn) een richting van onderzoeksopbouw in meer of mindere mate zal meegeven aan de student en de osteopaat in spe.

Wanneer je immers een bepaalde onderzoeksmethode aangeleerd wordt, (in om het even welke discipline) heb je de volgende mogelijkheden:

- ofwel pas je deze aangeleerde methode verder toe zonder aanpassingen
- ofwel pas je deze methode verder toe aangevuld met je eigen ervaringen
- ofwel ga je op zoek naar andere methodes om dirigerende disfuncties te achterhalen

Wie na zijn opleiding geen verdere zoektocht onderneemt om zijn osteopathisch onderzoeksprotocol bij te werken of dit vanuit een ander oogpunt bekijkt (hetzij in

studie, hetzij in zijn eigen ervaringen), zal voornamelijk zich verder laten leiden door hetgeen hij meegekregen heeft in zijn opleiding.

Indien men zich na de opleiding verder informeert over mogelijke onderzoeksmethoden, dan is een verdere ontwikkeling in deze onderzoeksopbouw of in dit onderzoekssysteem mogelijk.

Het werken met een bepaald onderzoekssysteem brengt immers naast zijn positieve punten ook zijn tekortkomingen aan het licht. Menig osteopaat zoekt dan zijn weg om het basissysteem gebruiksvriendelijker, makkelijker toepasbaar en bovenal efficiënter te maken.

De informatieronde bij de studenten leidde ons tot volgend redeneren:

- De informatie bezorgde ons de zekerheid dat het aanleren van een bepaalde onderzoeksmethode aan osteopaten in spe geen sinecure is.
- Vooral de ontwikkeling van de palpatiebekwaamheid tot het verwerven van de correcte informatie vraagt oefening, tijd en ervaring.
- Daarnaast geeft de aangeboden onderzoeksmethode de student een zekere basis mee, waaruit zij/hij hun eigen onderzoeksmethode gaan distilleren in de toekomst. Indien zij niet meer met andere mogelijke osteopathische onderzoeksmethoden geconfronteerd worden, is de kans dan ook zeer reëel dat enkel deze aangeleerde methode hun verder zal beïnvloeden.
- De volgende vraag is dan ook zeker op zijn plaats:
“Indien deze studenten een ‘ander’ protocol werd aangeboden, hoe zou hun onderzoeksaanpak dan geëvolueerd zijn? Dit zal wellicht zeer individueel zijn, maar dan zo goed als zeker beïnvloed zijn door dit ‘andere’ aangeleerd protocol.

Dit betekent dat een docent er zich ten eerste van bewust moet zijn dat deze zijn verantwoordelijkheid dient op te nemen bij het aanleren van een bepaald onderzoeksprotocol bij de studenten.

Concreet betekent dit ‘beseffen’ dat de onderzoekstechnieken die je meegeeft met de studenten zo goed als mogelijk objectieve correcte informatie moeten aanbrengen binnen het aangeboden onderzoek.

De onderzoeksvaardigheid en de objectiviteit van het onderzoek is afhankelijk van:

- Het palpatoir vermogen bij de student
- Relatievermogen van de informatie opgemerkt bij de visuele inspectie en de palpatoire bevindingen door de student
- Het frequent en doordacht uitvoeren van de verschillende testen wat uiteindelijk leidt tot een betere objectiviteit
- Het correct opnemen van de info uit deze testen m.a.w. een correcte interpretatie van de testen.

- Weten wat het doel van de test is en een logische opbouw van de testen in acht nemen
- Het relateren en integreren van de onderzoeksresultaten (parietaal, visceraal en craniaal)

Deze vaardigheden beïnvloeden de studenten meer dan dat we vermoeden. Het is voor hen vaak een dirigerende richting bij het vervolmaken van hun osteopathisch onderzoek en tevens behandeling.

3.5 Besluiten verzamelde informatie erkende osteopaten

Van zodra men zich verdiept in een onderzoeksmethodiek, zal dit wellicht zijn stempel drukken op de werkwijze van iedere osteopaat. Het is bijzonder moeilijk om onderzoeksmethodes bij ervaren osteopaten te vergelijken en/of te evalueren, daar ieder voor zich op termijn een specifiek onderzoeksprotocol ontwikkeld heeft. Ook al hebben ze dezelfde opleiding genoten, dan nog vindt men veel verscheidenheid in onderzoek en behandeling bij de verschillende osteopaten. Ieder heeft zich een persoonlijk onderzoekssysteem eigen gemaakt.

De inhoud van een osteopathisch onderzoek is grotendeels empirisch opgebouwd. 'Door ervaring leert men!' is hier een toepasbare omschrijving.

Ons bezoek bij 6 erkende osteopaten (elk 3) heeft ons geleerd dat iedere osteopaat een eigen onderzoekssysteem hanteert, met slechts enkele basistesten als gelijkenis. Van een gelijklopend protocol is er geen sprake. We zijn er ons echter ook van bewust dat dit geen representatieve conclusie kan zijn voor de erkende osteopaten in het algemeen gezien het geringe aantal geraadpleegde osteopaten.

Tevens stellen we vast dat sommige osteopaten, ook al zijn ze lid van een beroepsvereniging (BVO) die staat voor een professionele osteopathische conceptuele filosofie en kwalitatief wetenschappelijke benadering van de patiënt, toch niet op de te verwachten osteopathische wijze werken. Andere onderzoeksinstrumenten, zoals "Applied Kinesiologie", worden gehanteerd in plaats van de gangbare osteopathische onderzoekstechnieken.

Het roept ons in de eerste plaats, maar tevens iedereen binnen de osteopathiewereld op om op een osteopathisch verantwoorde wijze om te gaan met de patiënt. We moeten veeleisend zijn naar onszelf toe om de patiënt eerlijk en professioneel te onderzoeken en behandelen. Het bijhouden via het osteopathische post-graduate

onderwijsaanbod blijft een pertinente uitdaging met daarnaast een zelf kritische attitude op de beoefening van het osteopathisch beroep in al zijn facetten.

De informatie van de osteopaten gaf een duidelijk beeld omtrent het zeer individueel karakter wat de opbouw betreft van het onderzoeksprotocol.

Vervolgens is dit verder evolueren volledig afhankelijk van:

- a. de persoonlijke ervaringsevolutie van de osteopaat betreffende de verfijning van zijn eigen osteopathische onderzoeksmethode.
- b. de bereidheid van de osteopaat om zich verder te informeren via literatuur en/of bijscholing om zodoende zijn persoonlijke onderzoeksmethode verder te perfectioneren.

3.6 Besluiten verzamelde informatie vanuit de literatuur

De osteopathie, als een filosofie en een wetenschap, wordt in diverse werken uitvoerig beschreven.

Het algemeen concept behelst de eenheid van structuur en functie in gezondheid en ziekte, waarbij alle medische vakgebieden, sterk gebaseerd op een anatomisch – biomechanische achtergrond, uitgebreid aan bod komen.

Bepaalde werken gaan door onder de noemer “osteopathisch”. Bij nader toezicht wordt meestal gesproken over de musculo-skeletale bevindingen en is er weinig omtrent de cranio-sacrale of de viscerale bevindingen vermeld.

Dit strookt niet met de osteopathische filosofie zoals wij ze geleerd hebben.

Dit geeft ons eveneens een indicatie over het wereldwijde verschil in concept over de osteopathie, zelfs onder osteopaten.

Andere werken benaderen het osteopathisch onderzoek dan eerder filosofisch, waarbij de auteur dan een subjectieve stempel nalaat, misschien ten nadele van het wetenschappelijke.

Op het vlak van ‘een inleidend osteopathisch integratief onderzoek’ is er relatief weinig in de literatuur te vinden.

In de literatuur van Amerikaanse oorsprong, komt het onderscheid in benaming van de osteopaat, vrij onduidelijk over.

Men spreekt over ‘osteopathic physicians’, ‘family practice physicians’, ‘OMT specialists’, ‘resident physicians’, ‘osteopathic manipulative medicine plus-one residents’, ‘osteopathic medicine residents’, ‘family practice residents’, ‘predoctoral osteopathic medicine undergraduate fellows’,...

Vermoedelijk heeft ieder van bovenvernoemde osteopaten zijn specifieke manier van onderzoek en diagnosestelling. Het type van opleiding kan daar mogelijks naast andere factoren een rol in spelen.

Zoals in de literatuur aangegeven, is het musculo-skeletale systeem veelal betrokken bij vele disfuncties, en vormt aldus de rode draad doorheen de literatuur.

Het musculo-skeletale systeem komt zowel bij de bespreking van de diagnostiek als de behandeling sterk op de voorgrond.

We kunnen ons misschien de vraag stellen, welke plaats het musculo-skeletale systeem in het menselijke organisme inneemt ?
Is dit werkelijk in vele gevallen de dirigent zoals duidelijk blijkt bij het doornemen van de Amerikaanse literatuur?

Aan de hand van een uitgebreide multi-continentale literatuurstudie kunnen we misschien een bredere visie bekomen omtrent de definitie van de “dirigerende disfunctie”.

Een aantal boeken stellen een onderzoeksprotocol voor.
De grote vraag blijft daarbij: ‘In hoever zijn deze onderzoeksmethoden efficiënt?’ (Het zijn immers steeds voorstellen vanuit de verschillende schrijvers.) Werden de voorgestelde onderzoeksmethoden aan inter- en/of intra-examiner onderzoek onderworpen. Wat is dus de reproduceerbaarheid van een bepaalde onderzoeksmethode en wat is de fiabiliteit van de verschillende deeltesten?
We lezen nergens een bevestigend antwoord, gefundeerd op een praktische toetsing van het specifiek voorgestelde onderzoek.
Daarom trekken wij niet direct deze onderzoeken in twijfel maar het zou echter een grote meerwaarde zijn indien deze voorgestelde technieken door een verantwoord aantal osteopaten in de praktijk zouden worden getoetst naar inter- en intra-examinerreliabiliteit.
Het is tevens van belang dat alle osteopaten zeer nauwkeurig op een verantwoorde didactische manier de onderzoekstechniek eigen gemaakt worden vooraleer deel te nemen aan het onderzoek.
Na dergelijk onderzoek kunnen we ons mogelijks een objectiever en realistischer beeld vormen omtrent de efficiëntie van de diverse onderzoeksmethoden.

Dit brengt ons tot de laatste uitdaging van ons eindwerk.
Met name het uitwerken van een voor ons algemeen bruikbaar inleidend osteopathisch integratief onderzoeksprotocol.

4. VOORSTEL TOT EEN INLEIDEND OSTEOPATHISCH OSTEOPATHISCH ONDERZOEKSPROTOCOL

Dit protocol geeft weer wat wij persoonlijk belangrijk vinden om het klachtenpatroon van een patiënt osteopathisch te benaderen in een eerste behandelingssessie.

We vinden het belangrijk een duidelijk gestructureerd protocol weer te geven. Het moet duidelijk omschreven zijn in verstaanbare taal voor een lezer, die niet met deze specifieke onderzoeksmethode vertrouwd is.

Dit zou als model moeten kunnen fungeren bij verdere onderzoeken.

4.1 Anamnese

Zo efficiënt mogelijk.

De informatiefiche voor de sessie te laten invullen, is zeker aan te bevelen. Dit laat ons toe om op een snellere en efficiëntere manier de anamnese af te nemen.

De volgende fiche kan door de patiënten thuis of in de wachtzaal worden ingevuld:

Naam:

Leeftijd:

Geslacht:

Werk:

Hobby:

Klacht: Waar?, Hoe?, Welke soort pijn? Duur van de aanvallen?, Wanneer?, ('s morgens, 's nachts, in beweging, in rust, ...), Evolutie? Plots?

Trauma?

Gewicht: evolutie?

Koorts?

Hoe voelt U zich algemeen (positief-negatief)?

Slaap ? onrustig? Uitgeslapen? Voldoende?

Medicatie?

Bloedonderzoek?

Urine-onderzoek?

Medische beeldvorming?

Erfelijkheid?

Vroegere therapieën?

Operaties?

Ziektes?

Systemaandoeningen? Bvb: Diabetes, anemie,...

Systeemanamnese: Uit voorgaande informatie kunnen we de volgende regio's verder specificeren. Deze of enkele systemen worden bevraagd indien bepaalde antwoorden op de vooropgestelde vragenlijst daartoe een aanwijzing geven:

Hoofd:

- Pijn: localisatie en aard, intensiteit van de pijn
- Duizeligheid
- zintuigen: zien?, horen?, ruiken?, smaken?
- TMG problemen

Ademhaling / longen (pulmonair):

- hoesten
- kortademig

Hart (cardiaal)- vasculair :

- kortademig na inspanning
- hartkloppingen
- pijn in hartzone en/of uitstralend naar arm of hals-, mandibulaire regio
- zwelling, temperatuur, krampen....

Spijsvertering (gastro-intestinaal):

- oprispingen
- pijn: in welke regio? koliekachtig?
- spijsvertering
- stoelgang: constipatie? Diarree?

Nieren en voortplantingsorganen (uro-genitaal) :

- nieren
- urineren
- voortplantingsorganen
- bij vrouw: maandstonden, borstonderzoek, zwangerschappen,...

Zenuwstelsel(neurogeen): samen in te vullen met osteopaat

- *centrale ZS*
- *perifere ZS*

Spiieren en gewrichten (musculo-skeletaal) :

- *gewrichten? (articulair)*
- *spierelasticiteit*
- *spierspanning*
- *krampen*

Huid (dermatologie) :

- *huiduitslag*
- *allergie*
- *huidconsistentie: droog, klam, vochtig*
- *transpiratie*

4.2 Visuele inspectie

4.2.1 Patiënt in stand

Profiel:

- typologie: anterieur, posterieur, neutraal: we kijken hierbij voornamelijk naar voetbelasting van patiënt:
 - o anterior: anterieure type
 - o posterior: posterieure type
 - o neutraal: neutrale type
- wervelkrommingen: compensatoir tov elkaar?
- dominante myofasciale kettingen: anterior – posterior - PAAP
- flexie heupen, knieën

Dorsaal:

- compensaties rotaties / lateroflexie: positioneel plan J. Delaunois (p. 71) vergelijken van deze lijnen in stand, zit en ruglig aan de hand van een schema
- scapula-positie
- verschil in hoogte cristae
- voetbelasting: platvoet?, holvoet?

Ventraal:

- positie claviculae
- positie inferieure ribbenrand en Xifoidale hoek
- verloop, localisatie en amplitudo ademhaling
- welving abdominale wand: globaal, supra- of infra-umbilicaal
- positie umbilicus
- OL: endo- of exorotatie, valgus of varus / bilateraal of unilateraal, positie tenen
- Zwelling en kleur OL

4.2.2 Patiënt in zit

Profiel:

- wervelkrommingen: compensatoir tov elkaar

Dorsaal:

- compensaties rotaties / lateroflexie: positioneel plan J. Delaunois (p. 71) vergelijken van deze lijnen in stand, zit en ruglig aan de hand van een schema:
 - o lijn cranium: verandering of horizontalisatie?
 - o schouderlijn: verandering of horizontalisatie?
 - o bekkenlijn: verandering of horizontalisatie?
- scapula-positie
- verschil in hoogte cristae

Ventraal:

- positie claviculae
- positie inferieure ribbenrand en Xifoidale hoek
- verloop, localisatie en amplitudo ademhaling
- welving abdominale wand: globaal, supra- of infra-umbilicaal
- positie umbilicus

4.2.3 Patiënt in ruglig

Ventraal:

- compensaties rotaties / lateroflexie: positioneel plan J. Delaunois (p. 71) vergelijken van deze lijnen in stand, zit en ruglig aan de hand van een schema
 - o lijn cranium: verandering (vnl. rotatie) of horizontalisatie?
 - o schouderlijn: verandering (vnl. rotatie) of horizontalisatie?
 - o bekkenlijn: verandering (vnl. rotatie) of horizontalisatie?
- verschil in hoogte cristae, knieën, enkels na bekkenaanpassing
- OL: endo- of exorotatie, valgus of varus / bilateraal of unilateraal?
- positie voeten, tenen
- dominante myofasciale kettingen
- positie claviculae
- positie inferieure ribbenrand en xifoïdale hoek
- verloop, localisatie en amplitudo ademhaling
- welving abdominale wand: globaal, supra- of infra-umbilicaal
- positie umbilicus
- verandering in zwelling en kleur OL in vergelijking met stand

De inspectie in de 3 uitgangshoudingen is van belang voor het positioneel adaptatief vermogen van de patiënt te kunnen inschatten.

4.3 Palpatie, statiek- en functietesten

4.3.1 Patiënt in stand

- Lateroflexie
- Rotatie
- FTS
- Extensie
- Hip-drop:
 - o Knik of korte afvlakking (plateau) in lumbale wervelkolom
 - o Anterioriseren ilium?
- Rücklauf:
 - o Posterioriseren ilium?
- Axiale extensie + regressie: evaluatie compensatie-mogelijkheid wervelkrommingen en pivot-punten
- Functietesten van de 4 cilinders en vergelijken met zit en ruglig aan de hand van een schema / richtingsvoorkeur van 'beweging' vergelijken met 'positie' in deze uitgangshoudingen.
Cilindertesten (stand,zit en ruglig): transversale test *1
 - Craniumcilinder
 - Superiore thoraxcilinder met de schoudergordel
 - Inferiore thoraxcilinder
 - Bekkencilinder
- Evaluatie van 4 diafragma's: vergelijking met informatie in andere uitgangshoudingen:
 - cranium: fronto-occipitaal
 - ATS: C7-T1 tov manubrium sterni
 - diafragma abdominalis: Processus Xiphoïdeus tov T9,10,11
 - bekken: supra-pubaal tov sacrum
- Cranium:
 - o fasciale invloed intra-cranieel of extra-cranieel?
 - o fasciale invloed verhoogd bij inspiratie?
- Claviculae-vrijheid: gecombineerd met ademhaling
- Kwaliteit en kwantiteit inspir / expir en reboundtesten ribben
- Abdomen:
 - o Abdominale singeltest: Test voor de bewegingsvrijheid van de viscerae onder invloed van de abdominale ademhaling
 - o Palpatie abdominale tensie: globaal, 4 kwadranten
- OL: knie heffen, endo/exo-roteren heupen, abduceren
- BL: ante-en retroflexie, abduceren, functionele endo + exo (handrug TL – handpalm CT /

Er is een onderscheid tussen longitudinale en transversale fasciale testen:

- Longitudinale test: evaluatie van fasciale spanning, fasciale trek en functionele voorkeur in de lengte as van het lichaam of van een bepaald segment, bvb thv wervelkolom, over lengte-as van BL
 - Transversale test: evaluatie van fasciale spanning, fasciale trek en functionele voorkeur in dwarsrichting, bvb. laterale handgreep thv schoudergordel.
- De transversale testen worden uitgevoerd vanuit de aanhechtingszones van de verschillende diafragma's enerzijds en anderzijds door een evaluatie te doen van de 3-dimensionele bewegingsvrijheid van de verschillende cilinders. Bij alle testen is er een ossair contact!

Bij deze testen is het de bedoeling dat het convergentiepunt van de fasciale spanningen gevonden wordt.

4.3.2 Patiënt in zit

- Lateroflexie:
 - o midden- en hoogTWK
 - o CWK
- Rotatie:
 - o TWK
 - o CWK
- Flexie / extensie:
 - o midden- en hoogTWK
 - o CWK
- FTZ
- Axiale extensie + regressie: evaluatie compensatie-mogelijkheid wervelkrommingen en overgangszones, vergelijking met informatie uit stand
- Funktietesten van de 4 cilinders en vergelijken met zit en ruglig aan de hand van een schema / richtingsvoorkeur van 'beweging' vergelijken met 'positie' in deze uitgangshoudingen
- Evaluatie van 4 diafragma's: vergelijking met informatie in andere uitgangshoudingen
- Cranium:
 - o fasciale invloed intra-cranieel of extra-cranieel?
 - o fasciale invloed verhoogd bij inspiratie?
- Claviculae-vrijheid: gecombineerd met ademhaling
- Kwaliteit en kwantiteit inspir / exspir en reboundtesten ribben
- Abdomen:
 - o Abdominale singeltest
 - o Palpatie abdominale tensie: globaal, 4 kwadranten

- BL: ante-en retroflexie, abduceren, functionele endo + exo (handrug TL – handpalm CT)
Vergelijken met informatie in stand.

4.3.3 Patiënt in ruglig

- Longitudinale fasciale luister- en trektesten (*1) thv OL:
 - o Spiraalbeweging: locatie van kruispunt? Richting?
 - o Lateraal beweging: verhoogde myofasciale spanning (*2)? Richting?
 De longitudinale fasciale test wordt uitgevoerd vanuit de volgende structuren:
 - o Occiput: posteriore midline
 - o Sacrum: posteriore midline
 - o Bovenste Lidmaat: Hand, elleboog, schouder, halsregio
 - o Onderste Lidmaat: Voet, knie, heup, bekkenregio
 + Hard of zacht eindgevoel?
 + Richting?
 + Niveau?
- Funktietesten van de 4 cilinders en vergelijken met zit en ruglig aan de hand van een schema / richtingsvoorkeur van ‘beweging’ vergelijken met ‘positie’ in deze uitgangshoudingen
- Evaluatie van 4 diafragma’s: vergelijking met informatie in andere uitgangshoudingen
Cranium:
 - o CRI (*3): evaluatie van kracht, amplitudo, ritme en richting
 - o SSB disfuncties?

*1: fasciale trek: bij palpatie word je naar een bepaalde regio getrokken van waaruit deze spanning opgebouwd wordt. Dit betekent daarom nog niet dat de dirigerende disfunctie op deze locatie zijn oorsprong vindt. ‘Een normale trekbeweging op weefsel dient geen enkele voorkeursrichting te hebben.’ (21, p. 211)

*2: fasciale spanning = spanning aanwezig in weefselstructuren op locatie die gepalpeerd wordt. ‘Normale spanning is soepel, niet te gespannen, niet te slap.’ (21, p. 211). We kunnen ook spreken van densiteit of malleabiliteit.

*3: CRI: craniaal ritmisch impuls. De kracht van het liquor cerebrospinalis (LCS) is een fundamenteel element voor de functie van het primair respiratoir mechanisme (PRM). Dr. Sutherland spreekt ook over de ‘*Breath of Life*’.

Er worden twee fases beschreven van deze fluctuatie:

een inkomende beweging tijdens *inspiratie*

een uitgaande beweging tijdens *expiratie*.

Deze ritmische in- en uitgaande van beweging van 8 à 12 cycli per minuut wordt ook als *Cranial Rhythmic Impuls* (CRI) aangeduid. (3, p. 7)

- Intra-ossaire disfuncties?
- Tussenin bevindt zich een evenwichtspunt, een middenpunt, een *fulcrum*. Dit fulcrum wordt een belangrijk aangrijpingspunt, zowel in diagnose als behandeling. (3, pag. 7)
- Suturae
- Membraanspanning intracranieel
- Is er een fasciale invloed extra-cranieel?
- Fasciale invloed verhoogd bij inspiratie? bij gestrekte of gebogen OL?
- Fluidische testen: transversaal en longitudinaal
- Claviculae-vrijheid: gecombineerd met ademhaling
- Sternum: palpatie positie / functie (extensie-flexie), mediastinum-evaluatie
- Diafragma en ribben:
 - Kwaliteit en kwantiteit inspir / expir: met gestrekte en gebogen OL,
 - reboundtesten ribben
 - tonus m. diafragma abdominalis
 - beweging diafragma bij inspir / expir?
- Abdomen:
 - Abdominale singeltest
 - Palpatie abdominale tensie: globaal, 4 kwadranten, bladen van Glenard

4.4 Controle na behandeling

- herevalueren van visuele inspectie
- herevalueren van duidelijke significante test(en) uit ofwel globaal onderzoeksprotocol, ofwel uit verder specifiek onderzoek

4.5 Integratie

Opzoeken van probleemregio: deze regio wordt opgezocht aan de hand van een vergelijking tussen de informatie uit:

- de visuele inspectie
- de cilindertesten die in ieder uitgangshouding (stand-zit-ruglig) worden uitgevoerd
- de diafragmatesten in de 3 uitgangshoudingen
- testen die in elke uitgangshouding terug uitgevoerd worden, bvb claviculae, ribbenrooster,...

Inzicht verwerven in de samenwerking van de structurele, viscerale en craniële vaststellingen. Proberen de meest dirigerende oorza(ken)ak te vinden die de overige deelsystemen beïnvloedt.

De momenteel duidelijkste richting daartoe is gebruik maken van inhibitie-technieken. Als osteopaat is dit een uitdaging om deze op een creatieve maar correcte manier uit te voeren zodat deze testen je eenduidige informatie verschaffen.

4.6 Gebruik van fiche

Naam:			
Adres:		Tel.:	
Leeftijd:	Geslacht:	Werk:	Hobby:
Klacht: Hoe ontstaan, vanaf wanneer, verder verloop?			
Gewicht:	Lengte:	Stoelgang?	
Spijsvertering (voeding)?			
Hoe voelt U zich algemeen (positief-negatief)?			
ADL:			
Slaap?			
Ziektes?			
Operaties?			
Medicatie?			
Bloedonderzoek?			
Urine-onderzoek?			
Koorts?			
Medische beeldvorming, Labo?			
Erfelijkheid?			
Tanden?			
Vroegere therapieën?			

Systeemaandoeningen? Hoofd, Pulmonair, Cardiaal, Gastro-intestinaal, Uro-genitaal, Neurogeen, Musculo-skeletaal, Dermatologie

4.7 Gebruik van schema

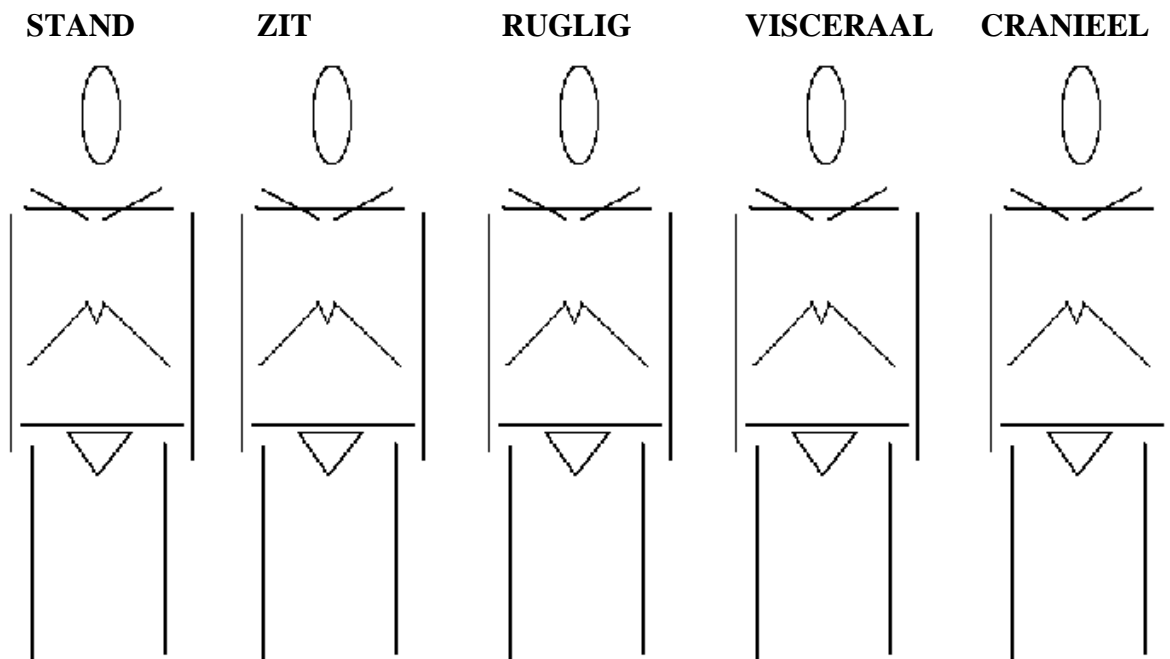
Onze functionele en positionele bevindingen worden aangeduid op een schema. Centraal staat het uitgangspunt van ons visueel onderzoek (statiek, dynamiek, pivots, fluïdische info). Tevens wordt de informatie uit duidelijke significante testen eveneens op een schema ingebracht.

Doel:

- In een oogopslag zicht hebben op positie en functioneren van de patiënt.
- Info ter opvolging van patiënt:
 - Duidelijke informatie voor controle na behandeling.
 - Bij volgende sessie: herevalueren van patiënt zonder inzage eerder opgesteld schema. Daarna pas vergelijken.

Mogelijkheid 1:

De gevonden onderzoeksresultaten kunnen op de figuren aangeduid worden. Op deze figuren wordt de meest significante onderzoeksinfo aangeduid. Dit geeft ons een duidelijk integratief beeld van de patiënt, waarbij het inzicht van het klachtenpatroon bij de patiënt mogelijk wordt. Het integratief beeld van de verschillende bevindingen op structureel, visceraal en cranieel niveau laat ons toe om zodoende tot een efficiënt behandelingsopzet te komen.



Zie ook soortgelijk schema p. 40 (dit schema is een voorbeeld hoe informatie kan opgetekend worden)

Mogelijkheid 2:

De gevonden onderzoeksresultaten kunnen op dit schema aangeduid worden. In deze lijsten wordt de meest duidelijke onderzoeksinfo geplaatst, die ons kan helpen de strategie achter de klacht van de patiënt te vinden. Op deze wijze proberen we de mogelijke integratie tussen de structurele, viscerale en craniële bevindingen te bekomen.

Het schema is aldus zo opgesteld dat alle info kan ingebracht worden onder de respectievelijke uitgangshoudingen: stand, zit en ruglig. Op deze wijze is een directe vergelijking mogelijk tussen de vastgestelde informatie:

- Dit geeft snel een kijk op de compensatie-mogelijkheden van de patiënt.
- Op deze wijze kunnen we de regio vaststellen, die verder analytisch onderzocht dient te worden.
- Op deze overzichtelijke wijze kan deze informatie ons helpen om tot een efficiënt behandelingsopzet te komen.

Legende:: - **roze vakjes: positioneel**
 - **groene vakjes: functioneel**

SCHEMA PERSOONLIJK ONDERZOEKSPROTOCOL

VISUELE INSPECTIE			
	STAND	ZIT	RUGLIG
	PROFIEL	PROFIEL	VENTRAAL
Typologie			
WKKromming			
	DORSAAL	DORSAAL	
Positie rotaties			
Positie lateroflexie			
Positie scapula			
Hoogte cristae			
voetbelasting			

	STAND	ZIT	RUGLIG
	VENTRAAL	VENTRAAL	VENTRAAL
Positie claviculae			
Positie inf. ribrand			
Xifoïdale hoek			
Kwaliteit ademhaling			
Welving abdominaal			
Positie umbilicus			
OL: exo / endo			
OL: valgus / varus			
Positie tenen			
	GLOBAAL	GLOBAAL	GLOBAAL
MFketting			
Flexie heup/knie			
Zwelling / kleur OL			

PALPATIE-, STATIEK- EN FUNCTIETECHNIEKEN	STAND	ZIT	RUGLIG
	Lateroflexie globaal		
Lateroflexie mid-thor.			
Lateroflexie hoog thor			
Lateroflexie CWK			

	STAND	ZIT	RUGLIG
Rotatie globaal			
Rotatie TWK			
Rotatie CWK			
FTS			
Flexie mid-thoracaal			
Flexie hoog-thoracaal			
Extensie globaal			
Extensie mid-thor.			
Extensie hoog-thor.			
GOT WK			
FTZ			
Hip-drop: knik			
Hip-Drop: ilium ant?			
Rücklauf: ilium post?			
Axiale extensie			
Axiale regressie			
Functietesten:			
Craniumcilinder			
Superiore thoraxcilinder			
Inferieure thoraxcilinder			
Bekkencilinder			

	STAND	ZIT	RUGLIG
Diafragma's			
cranium			
ATS			
diafragma abdom			
bekken			
Cranium: intra			
Cranium: extra			
Fasciae incl.+ademh			
Idem + OL flexie/ext.			
CRI: KARR			
SSB			
Longit. luister / trek			
OL:spiraal: pivot/richt			
OL: lateraal: richting			
vanuit sacrum			
vanuit occiput			
thv OL: uni/bilateraal			
thv BL: uni/bilateraal			
Claviculae + ademh.			
Sternum: positie			

	STAND	ZIT	RUGLIG
Sternum: functie			
Mediastinum			
Kwaliteit ademhaling			
Kwantiteit ademh.			
Rebound ribben			
Tonus m. diafragma			
Abdom. Singeltest			
Abd.tensie globaal			
Abd.tensie 4 kwadr.			
Abd.tensie Glenard			
OL: knie heffen			
OL: endo/exo			
OL: abductie			
BL: anteflexie			
BL: retroflexie			
BL: abductie			
BL: functionele endo			
BL: functionele exo			

4.8 Medische beeldvorming

Dit wordt, zoals vermeld in de anamnese, gevraagd wat er voor handen is.

Informatie wordt geraadpleegd.

Aan de hand van het uitgevoerde onderzoek wordt het duidelijk in welke mate daarmee rekening moet gehouden worden.

Het uitgevoerde onderzoek kan eveneens er toe leiden dat medische beeldvorming, bloedonderzoek,... dient opgevraagd te worden.

4.9 Literatuur en bronnen

Opleiding osteopathie College Sutherland.

Informatie uit osteopathie-opleidingen.

Geraadpleegde literatuur bij ons eindwerk.

Onze persoonlijke ervaring.

5. EINDCONCLUSIE

5.1 Algemeen

We stellen vast dat het opbouwen van een inleidend osteopathisch integratief onderzoek nog steeds een uitdaging blijft binnen de osteopathie.

Niettegenstaande we allen bewust zijn van het belang van een correcte diagnose, stoppen we nog steeds veel meer energie in de behandeling dan in het onderzoek. Behandelen kan iedereen die zich de technieken weet eigen te maken.

Efficiënt behandelen en dus weten wat er precies moet behandeld worden is de grote uitdaging.

Aangezien weinig scholen een gestructureerde onderzoeksmethode aan de studenten aanbieden, besluiten wij het volgende:

- de student kan een meerwaarde hebben aan een aanbod van een gestructureerd onderzoeksprotocol om een zo efficiënt mogelijk osteopathisch onderzoek op te bouwen
- er is tussen verschillende Europese osteopathische opleidingen geen unanimitieit naar onderzoek toe: dit vinden wij NIET noodzakelijk en tevens opportuun. Eén specifiek onderzoeksprotocol zou immers irreëel zijn binnen het osteopathisch concept. Het aanbieden van een inleidend osteopathisch integratief onderzoeksprotocol vinden wij belangrijk als meerwaarde bij een beroepsopleiding als osteopaat.
Het laat de osteopaat in spe toe vanuit het aangeleerd protocol zijn eigen onderzoekssysteem te laten groeien.
- Wanneer er geen protocol aan de studenten aangeboden wordt, kan dit hun objectiviteit bij het onderzoek benadelen. Het bijbrengen van een doordachte gestructureerde onderzoeksmethode heeft als doel de subjectiviteit te minimaliseren.
- Een toetsing van de aangeleerde onderzoeksprotocollen in de praktijk de efficiëntie van deze methoden al of niet bevestigen.

De vijfdejaars studenten getuigen bij het voorstellen van hun persoonlijke onderzoeksmethode dat wat hen aangeleerd wordt, duidelijk bepalend is voor de initiële weg die ze bewandelen als startend osteopaat.

De ervaren osteopaat bevestigt, afhankelijk van zijn type van opleiding en/of specialisatie, dat ieder op termijn zijn eigen persoonlijke methodiek ontwikkelt.

Ook de literatuur laat weten dat het zoeken naar een efficiënt onderzoekssysteem binnen de osteopathie niet zomaar voor het grijpen ligt. Meestal betreft het een individueel voorgesteld onderzoeksprotocol. De uitdaging deze te toetsen in de praktijk kan hun efficiëntie al of niet bevestigen.

We dienen te streven naar evidence based onderzoekstechnieken die éénduidige informatie geven. Met dergelijke technieken maken we een grotere kans om een degelijk integratief osteopathisch onderzoek op te bouwen.

Om een integratief osteopathisch onderzoek zo goed mogelijk op te bouwen, is het belangrijk om zoveel mogelijk deelsystemen in acht te nemen, en dit uit te voeren met zo weinig mogelijk technieken. Daarbij blijft men trouw aan de osteopathische principes:

- de lichaamseenheid
- het lichaam als ‘zelf’heler
- de reciproque relatie tussen structuur en functie.

Afhankelijk van de informatie uit ons inleidend integratief osteopathisch onderzoek bouwen we ons meer specifiek onderzoek uit in de richting van de de meest dirigerende disfunctie(s) in de verschillende deelsystemen: vb: osseus, fasciaal, vasculair, lymfatisch, neurogeen, metabool,... Van hieruit kunnen dan ook de gerichte onderzoekstechnieken worden gekozen. Ook indien na ons onderzoek dit probleem geen prioritaire osteopathische behandeling vereist, kan de patiënt doorgestuurd worden voor verdere diagnostiek en behandeling.

5.2 Voorstel tot verder onderzoek

De grootste uitdaging en ook wel verplichting binnen de osteopathie ligt in de opdracht een onderzoeksmethode samen te stellen die aan volgende vereisten voldoet:

- er dienen zowel structurele, viscerale als craniële onderzoekstechnieken aangewend te worden
- deze onderzoekstechnieken moeten kunnen geëvalueerd en gereproduceerd worden. Dit betekent dat iedere onderzoekstechniek dezelfde informatie geeft, wanneer deze test door verschillende osteopaten op hetzelfde individu (inter-examinerreliabiliteit) of door dezelfde osteopaat 2X na elkaar op hetzelfde individu (intra-examinerreliabiliteit) wordt uitgevoerd.
- Inhibitie-technieken of andere soorten technieken (zoals provocatietechnieken,...) dienen een (eventuele) relatie te bevestigen tussen de structurele, viscerale en/of craniële informatie uit de onderzoeksgegevens.

Meer concreet zouden we willen voorstellen dat:

- evidence based onderzoek naar de validiteit van de onderwezen onderzoekstechnieken op de verschillende systemen
- inter- en intraexaminer reliabiliteitsonderzoek om de objectiviteit en de reproduceerbaarheid te verhogen van de verschillende onderzoekstechnieken

- voorstellen van inhibitietesten of andere testmogelijkheden die het mogelijk maken een relationele invalshoek te krijgen binnen het osteopathisch onderzoek
- toetsing in de praktijk van de onderzoeksprotocollen die voorgesteld worden in de scholen en in de literatuur naar bruikbaarheid, betrouwbaarheid, reproduceerbaarheid enz...

Een meer universele integratieve osteopathische taal met behoud van een portie noodzakelijke creativiteit, zou wellicht meer duidelijkheid en houvast geven aan de oprecht gemotiveerde osteopaat.

Bovenal zou deze osteopathie trouw zweren aan zijn concept:
“Het lichaam is één geheel.”

6. Literatuurlijst

1. Abehsera A., 1986, *Traité de médecine ostéopathique*, Maloine S.A., Paris.
2. Becker R. E., 2001, *The stillness of life*, Stillnesspress LLC, Portland, Oregon.
3. Bergmans C., Hoste R., 2010, *Cursus Concept cranium*, College Sutherland Amsterdam
4. Berninger A., 2007, *Osteopathische Diagnoseverfahren: Ein Vergleich der Methoden von Gordon Zink D.O. und Pierre Delaunois D.O.*, Genehmigte Abschlussarbeit zur Erlangung des Titels Osteopath/Osteopatin.
5. Buekens J., 2004, *Osteopathische Diagnose und Behandlung*, Hippokrates Verlag, Stuttgart, p.31 – 68.
6. Busquet-Vanderheyden M., 2004, *Les chaînes musculaires, La chaîne viscérale*, Tome VI, Editions Busquet, Paris, 88-129.
7. Colson F. E., 1984, *La complexité du diagnostic ostéopathique*, Thesis ESO, Maidstone.
8. Croibier A., 2005, *Diagnostic ostéopathique général*, Elsevier SAS, Paris.
9. Defeo G., Hicks L., “Common Compensatory Pattern in relationship to the osteopathic postural examination”, *The AAO journal*, a publication of the American Academy of Osteopathy, 1993, vol 3, S 18-23.
10. Dinnar, U., 1980, *Classification of diagnostic tests used with osteopathic manipulation*, JAOA, vol 79, p. 451-455.
11. Dinnar U., Beal C.M., Goodridge J.P., Johnston W.L., Karni Z., Mitchell F.L. Jr, Upledger J.E., MC Connell D.G., 1991-1992, *Description of 50 diagnostic tests used with osteopathic manipulation*, AAO yearbooks '91-'92 , p. 46- 54.
12. Fulford R., 1996, *Touch of Life*, Pocket Books, New York.
13. Helsmoortel J., Hirth T., Wührl P., 2002, *Lehrbuch der viszeralen Osteopathie peritoneale Organe*, George Thieme Verlag
14. Jones J.M., Kappler R.E., 1997, *Osteopathic Considerations in Palpatory Diagnosis and Manipulative Treatment*, Foundations for Osteopathic Medicine, Lippincot Williams & Wilkins, p. 468.

15. Kappler R.E., Jones J.M., Kuchera W.A., 1997, Diagnosis and Plan for Manual Treatment, Foundations for Osteopathic Medicine, Lippincott Williams & Wilkins, p. 483.
16. Kappler R.E., Jones J.M., Kuchera W.A., Goodridge J.P., 1997, Musculoskeletal Examination for Somatic Dysfunction, Foundations for Osteopathic Medicine, Lippincott Williams & Wilkins, p. 489.
17. Kuchera M. L., 1997, Examination and Diagnosis, Foundations for Osteopathic Medicine, Lippincott Williams & Wilkins, p.511-512.
18. Magoun H.I., 1951, Osteopathy in the cranial field, Journal Printing Co, Kirksville Mo, p. 73 – 93.
19. Muts, R., 2010, Mijns inziens... Integriteit van het menselijk organisme, De Osteopaat, Jg 11, 2, p. 20-24
20. Nelson R.C., 1959, Importance of structure in general diagnosis, Academy of applied Osteopathy, Yearbook 1959, p. 39 – 41.
21. Paoletti S., 2005, Les fascias, Editions Sully, Vannes, p. 207 – 249.
22. Peeters L., 2005, Integratie & toegepaste principes in de osteopathie, Diligentia Uitgeverij, Oostakker.
23. Still A. T., 1986, The Philosophy and Mechanical Principles of Osteopathy, Osteopathic Enterprise, Kirksville Mo.
24. Still A.T., 1992, Osteopathy: Research and Practice, Eastland Press, Seattle.
25. Sleszynski S.L., Glonek T., Kuchera W.A., 1995, Standardization of the hospital record for osteopathic structural examination : recording of musculoskeletal findings and somatic dysfunction diagnosis, Journal of the American Osteopathic Association, vol 95, issue 2, 90-90.
26. Sleszynski S.L., Glonek T., Kuchera W.A., 1999, Standardized medical record : a new outpatient osteopathic SOAP note form : validation of a standardized office form against physician's progress notes, The Journal of the American Osteopathic Association, vol 99, issue 10, 516-516.
27. Sleszynski S.L., Glonek T., Kuchera W.A., 2004, Outpatient osteopathic single organ system musculoskeletal exam form : training and certification, The Journal of the American Osteopathic Association, vol 104, issue 2, 76 – 81.

28. Sprafka S.A., 1997, Clinical Problem Solving, Foundations for Osteopathic Medicine, Lippincott Williams & Wilkins, p. 219.
29. Weed L. , 1997, Osteopathic Considerations in Clinical Problem Solving, Foundations for Osteopathic Medicine, Lippincott Williams & Wilkins, p. 224
30. Wolke N., 2009, The three leaves of Glenard. Examination of a functional aspect, Master Thesis zur Erlangung des Grades Master of Science in Osteopathie.

7. BIJLAGEN

Bijlage 1: brief naar verschillende osteopathische beroepsverenigingen

Nederlandstalige versie.

Deze brief werd tevens opgesteld in het Frans, Engels en Duits

Geachte Mevrouw,
Geachte Heer,

Als afgestudeerden van het College Sutherland maken wij een eindwerk in verband met het osteopathisch onderzoek.

De titel van ons eindwerk luidt:

Evaluatie inleidend osteopathisch integratief onderzoek.

We werken aan de hand van een vragenlijst, die we laten invullen door osteopathische opleidingen.

Vooreerst wensen wij de verantwoordelijken van de beroepsverenigingen, die lid zijn van de EFO te raadplegen omtrent de meest toonaangevende landen in de ontplooiing van de osteopathie binnen Europa.

Vandaar onze vraag:

Is het mogelijk om een lijst van ongeveer 5 landen op te maken waarin u deze toonaangevende landen vermeldt en tevens de representatieve opleidingen?

Het is dan onze bedoeling om binnen deze landen de schoolopleidingen aan te spreken om verder mede te werken aan ons onderzoek.

Indien mogelijk, gelieve uw antwoord door te mailen tegen?

Onze email adressen:

christophe.verghote@pandora.be

carl.coussement@skynet.be

In de hoop uw antwoord te mogen ontvangen, groeten wij u beleefd,

Christophe Verghote en Carl Coussement
College Sutherland

Bijlage 2: overzicht vooraanstaande Europese landen bij de evolutie van de osteopathie in Europa

Schema antwoorden beroepsverenigingen aangesproken landen (lid van EFO)

vraag: lijst 5 landen die vooraanstaand zijn in osteo-opleidingen in Europa (belangrijkste eerst)

Duitsl, België	Zwitserl.	Nederland	Portugal	Griek.	Frankrijk	Oostenrijk	Italië	Spanje	Luxemburg	GB
geen	geen	1. Eng. 2. Fr. 3. Duitsl. 4. Eng. 5. B. + Ndl	1. GB 2. Ndl 3. B 4. Zw 5. Eng.	1. Eng. 2. Fr; 3. B.	1. Eng. 2. B. 3. Fr. 4. Zw. 5. Ndl.	1. Duitsl, 2. Eng. 3. Fr; 4. Ndl 5. B.	geen	geen	1. B. 2. Duitsl. 3. Fr. 4. Eng.	geen

Rangschikking antwoorden toonaangevende landen:

Engeland: 28

Frankrijk: 22

België: 17

Duitsland: 15

Nederland: 10

(plaatsen worden opgeteld: 1ste = 5 pnt., 2de = 4 pnt, enz.

Bijlage 3: brief de heer C. Rousseau, oktober 2005

Geachte Heer Claude Rousseau,

Begin dit jaar zaten wij bij U samen aan tafel omtrent een inleidend gesprek ivm onze thesis met als titel:

Evaluatie inleidend osteopathisch integratief onderzoek

Intussen hebben wij verschillende verdere gesprekken gevoerd, oa met de heren Enzo Molinari, Raimund Engel, Luc Fieuw, Etienne Cloet, Rik Hoste, Patrick Van Dun, Larissa Lassovetskaja (USSR), Florian Schwerla (AFO), Rene McGovern (USA), Jane Stark (Canada),...

Onze volgende stap is het bekomen via de aanwijzingen van het EFO, de scholen die een vooraanstaande rol spelen in de verdere ontwikkeling van de osteopathie in Europa. U ziet, wij wensen ons te funderen in onze keuze van scholen door Jullie ervaring en objectiviteit.

Volgende lijst kan voor Jullie misschien richtinggevend zijn. Andere adviezen zijn welkom.

Wij wensen tevens slechts één school per land aan te spreken mits Jullie goedkeuring.

Groot-Brittannië: ESO

Frankrijk: ofwel CEESO, ofwel ISO, ofwel ATMAN, ofwel COS

België: FICO, CBO, SCOM

Nederland: CS

Duitsland: COE, CS Sutherland

Is het mogelijk deze lijst te evalueren of indien nodig aan te passen volgens Jullie advies?

Kunnen wij van de door Jullie aangeduide scholen de contactgegevens bekomen, en indien mogelijk, eventueel een naam binnen deze scholen die ons kan verder helpen bij het verzamelen van onze informatie.

In de hoop uw antwoord te mogen ontvangen, groeten wij U

Hoogachtend,

Carl Coussement,
Christophe Verghote

carl.coussement@skynet.be
christophe.verghote@pandora.be

Bijlage 4: brief aan osteopathische opleidingen tot medewerking omtrent osteopathische onderzoeksmethoden

Nederlandstalige versie.

Deze brief werd tevens opgesteld in het Frans, Engels en Duits

Geachte Mevrouw,
Geachte Heer,

Betreft: uw inleidend osteopathisch integratief onderzoeksprotocol toegepast in uw opleiding als medewerking bij ons eindwerk met als titel:

Evaluatie inleidend osteopathisch integratief onderzoek

promotor: de heer Dirk Coolman, D.O.

Als afgestudeerde studenten van het College Sutherland maken wij ons eindwerk in verband met osteopathische diagnostiek. Wij vragen daartoe uw medewerking. Hieronder vindt u de motivering van ons project.

Binnen het werkveld van de osteopathie zijn we de mening toegedaan dat de osteopathische diagnose:

1. van primordiaal belang is voor de verdere behandeling
2. zich niet houdt aan een vast patroon in methodiek tussen verschillende praktiserende osteopaten

Door deze vaststellingen groeide onze motivatie om het osteopathisch terrein naar de gebruikte onderzoeksmethoden te verkennen.

Wij vroegen ons af hoe een onderzoek aan osteopathiestudenten aangeleerd wordt.

Wij veronderstellen dat deze aangeleerde methodes heel belangrijk zijn voor de verdere uitbouw van een eigengemaakte onderzoeksmethode, specifiek per osteopaat.

Binnen het college Sutherland wordt gebruik gemaakt van een inleidend osteopathisch integratief onderzoek. We zijn geïnteresseerd hoe dit in andere scholen gedoceerd wordt.

Vanuit de visie van de osteopathie in het algemeen ‘het lichaam is één’ kijken we voornamelijk uit naar een inleidend osteopathisch integratief onderzoek. Dit betekent dat het een osteopathische onderzoeksmethode betreft waarbij het parietaal, visceraal en cranieel domein met elkaar in relatie gebracht worden.

Werkwijze:

- wij vragen de medewerking aan verschillende opleidingen die we gecontacteerd hebben in de volgende landen: België, Duitsland, Groot-Brittannië, Frankrijk en Nederland.
- wij vragen u uw inleidend osteopathisch integratief onderzoeksprotocol door te sturen en/of met wie wij contact dienen op te nemen die binnen jullie school daartoe verantwoordelijk is

Doel:

- het in beeld brengen van de diverse accenten binnen de verschillende osteopathische onderzoeksmethoden.
- een werk op te maken voor de osteopathiestudenten waarin ze een overzicht kunnen raadplegen hoe een inleidend osteopathisch integratief onderzoeksmethode mogelijks kan worden opgebouwd. Op deze wijze kunnen ze met deze informatie groeien naar een persoonlijk osteopathische onderzoeksmethode.

Gelieve uw informatie door te mailen naar volgende adressen:

christophe.verghote@pandora.be

carl.coussement@skynet.be

Wij hopen op een positief antwoord tot samenwerking.

Beleefde groeten

Christophe Verghote en Carl Coussement
College Sutherland

Bijlage 5: Onderzoekfiche protocol opleiding 2

Datum: _____ Therapeut: _____

Intake dd: _____ Tijd: _____

Geachte Mevrouw, Meneer, Datum ontvangst secr.: _____

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intake-gesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim. Dank voor uw bereidwillige inspanning.

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____ Postcode: _____

Woonplaats: _____ Geb. datum: _____ M/V

Geboorteplaats: _____ Geb. Tijd: _____

Telefoon overdag: _____ B.G.G.: _____

Emailadres: _____

Beroep: _____ Vorige beroepen: _____

Sport, Hobby, Vrije tijd: _____

Medicijngebruik: _____

Behandelend arts: _____ spec: _____

Adres: _____ Tel: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

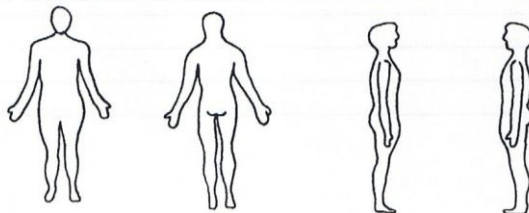
0 Ik maak bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn (huis)arts*

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd: _____

Wat is uw voornaamste klacht? _____

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden? _____

Wilt U op de figuren aangeven waar u de klachten voelt? Wilt u tevens in rood littekens aangeven?



* Zie brief intake, aankruisen.

Bijlage 5 bis: Onderzoekfiche protocol opleiding 2

Als u pijn heeft, kunt u de aard van de pijn omschrijven?
(stekend, brandend, zeurend, schietend, kloppend, beklemmend)

Is er een regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken? _____

Welke omstandigheden geven verbetering? (b.v. koude, warmte, rust, stress, honger, eten, lichaamshouding, beweging):

En verergering? _____

Hoe voelt u zich in het algemeen? (verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd):

Zijn er momenten op een dag van inzinking? _____

Wordt u 's nachts wakker, hoe laat? _____

Hoe is de stoelgang? ___ x dagelijks / ___ x per week. Regelmatig / onregelmatig,

Consistentie: vast/ brijig/ zacht/ waterig. Kleur: wit/ lichtbruin/ geelbruin/ donkerbruin/ zwart

Heeft u voor- of afkeur voor zuur, zoet, pikant, bitter?

voorkeur: _____ afkeur: _____

Welke spijzen en/of dranken liggen u niet goed? _____

Heeft u grote behoefte aan zoetheid? JA/NEE _____

Rookt u? Hoeveel? _____

Gebruikt u alcohol? Hoeveel? _____

Gebruikt u drugs? Welke en hoe vaak? _____

Drinkt u koffie? Hoeveel? _____

Welke zijn de BIJKOMENDE KLACHTEN NU?

1. _____

2. _____

3. _____

Familiaire ziekten: Erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc.) en niet-erfelijke aandoeningen

Moeder: _____

Vader: _____

Overige Familieleden: _____

Bijlage 5 tres: Onderzoekfiche protocol opleiding 2

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten voor u van toepassing zijn.
De linker kolom is voor oude klachten, de rechter kolom voor recente klachten.
Als u huidige klachten ook vroeger al had, dan kruist u beide kolommen aan.
Bij keuzemogelijkheden*: graag doorhalen wat niet van toepassing is.

ALGEMEEN

- hoofdpijn: dagelijks/wekelijks/maandelijks *
- Waar in het hoofd? _____
- slapeloosheid
- slecht inslapen
- gewichtsverandering: toename/ afname *
- duizeligheid
- vermoeidheid: continu/ ochtend/ middag/ avond *
- dubbel/vaag zien
- allergie: _____

LUCHTWEGEN/K.N.O.

- ademnood
- chronisch hoesten
- chronisch verkouden
- astma
- keelpijn/ontstekingen
- sinusitis
- oorsuizen

HART EN BLOEDVATEN

- hoge/ lage bloeddruk *
- opgezwete klieren
- aderverkalking
- onregelmatige hartslag
- pijn/beklemming borst
- hartkloppingen
- koude handen/voeten
- spataders
- vocht vasthouden

URINEWEGEN

- nierinfectie/nierstenen
- pijn bij het plassen
- prostaatklasten
- blaasontsteking
- geslachtsziekte
- verandering urine
- verandering libido

VROUW Zwanger JA/NEE

- leeftijd 1e menstruatie: _____
- pijnlijke menstruatie
- onregelmatige menstruatie
- langdurige menstruatie
- pijnlijke borsten
- premenstrueel syndroom
- witte vloed

MAAG/DARMEN

- darmontsteking
- verstopping
- diarree
- droge mond
- opgezwete buik
- misselijkheid
- winderigheid
- buikpijn/ krampen *
- borrelende buik
- maagzuur
- bloedingen
- overig: _____

SPIEREN/GEWRICHTEN

- gespannen / slappe spieren *
- lage ruggijn
- nekpijn
- tintelingen/ uitstraling
- gewrichtspijnen
- spierpijnen/ krampen *
- bewegingsbeperking
- reuma

HUID

- eczeem / uitslag *
- snel blauwe plekken
- droge huid / transpiratie *
- jeuk
- snel brekende nagels
- haaruitval / brekend haar *

GESTELDHEID

- zenuwachtigheid
- depressies
- overbezorgdheid
- concentratiezwakte
- geheugenvermindering
- angst
- veel piekeren
- lusteloosheid
- opkroppen
- weinig zelfvertrouwen
- verdriet, droefheid
- besluiteloosheid
- geïrriteerdheid
- opvliegers
- overig: _____

Bijlage 6: schema protocol opleiding 2

DIAPHRAGMATA
 Bovenkant: Thorax-Apparaat
 Abdominaal: Cistifragma
 Peritoneal: Cistifragma

BEHANDELING:

RUGLIG
 Tracis Oesoph.
 Tracis Iliacis

ZIT

STAND

STAND (table):

	U	Re
F.S.		
L.A.P.		
L.S.		
L.S. (rechts)		

ZIT (table):

	U	Re
F.S.		
L.A.P.		
L.S.		
L.S. (rechts)		

Table 1: Cervical Vertebrae

	F.S.	U	Re	LI	Re	LI	Re
C1							
C2							
C3							
C4							
C5							
C6							
C7							
C8							
C9							
C10							
C11							
C12							

Table 2: Thoracic Vertebrae

	F.S.	U	Re	LI	Re	LI	Re
T1							
T2							
T3							
T4							
T5							
T6							
T7							
T8							
T9							
T10							
T11							
T12							

Table 3: Lumbar Vertebrae

	F.S.	U	Re	LI	Re	LI	Re
L1							
L2							
L3							
L4							
L5							

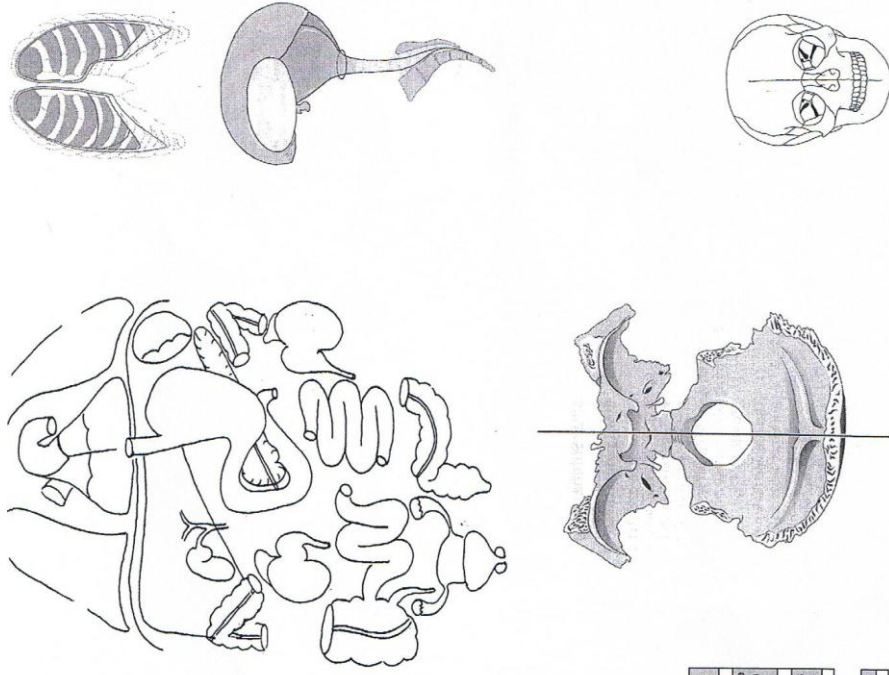
Table 4: Sacral Vertebrae

	F.S.	U	Re	LI	Re	LI	Re
S1							
S2							
S3							
S4							
S5							

Table 5: Coccyx Vertebrae

	F.S.	U	Re	LI	Re	LI	Re
Co1							
Co2							
Co3							
Co4							

Bijlage 6 bis: schema protocol opleiding 2



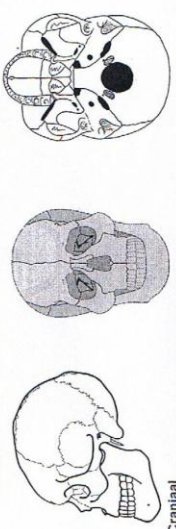
	Postitie				Mobilie				Tensie				Bijzonderheden						
	IR	ER	IR	ER	IR	ER	IR	ER	Hyp	Hyper	Hypo	Hyp	Hyper	Hypo	Pl	Pl	Pl	Pl	
Mabax																			
D. Mentonum																			
R. Menton																			
Renale																			
Stann. Hoak																			
Stann. Zijk																			
Cecale																			
Intestinum																			
Cascum																			
Ascendens																			
Transversu																			
Descendens																			
Sigmoid																			
Colon																			
Lever																			
Miliasae																			
Pancreas																			
Mil																			
Nier																			
Uterus																			
Blaas																			
Rectum																			
KB vesicula																			
KB cervix																			
KB uterus																			
KB ovarium																			
KB vagina																			
KB clitor																			



Algemeen: Symptoom Informatie
 Tensie: hyper hypo
 Conus: hyper hypo

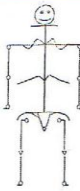
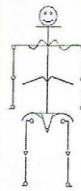
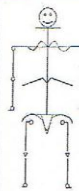
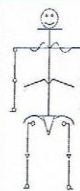
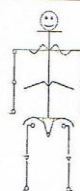
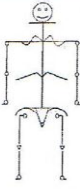

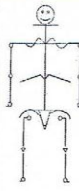
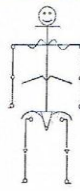
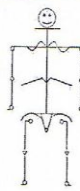
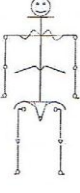
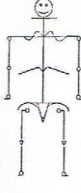
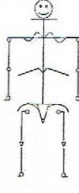
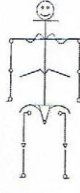
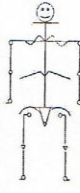

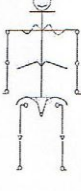
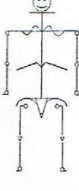
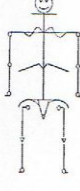
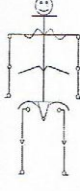
* = normaal
 I = in orde
 X = fout

Visceraal



Craniaal	Flexie		Extensie		SBR		Vert Strain		Hor Strain		Compressie
	Long	Trans	Stuw	Sup	Capit	Occi	LI	Re	LI	Re	
Fluct			Sup	Sup	Capit	Occi	LI	Re	LI	Re	
Fluct	LI	Re	LI	Re	Bulb	Jugularis	Vena	Jugularis	Sin	Cavernosus	Plexus
	LI	Re	LI	Re	LI	Re	LI	Re	LI	Re	Basilla
RTM	Falx	Cerebri	Falx	Cerebelli	Tentorium	LI	Tentorium	Re	Dura	Mater	
CRI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12
											13

Bijlage 6 tres: schema protocol opleiding 2

Co-therapeut:	Co-therapeut:	Co-therapeut:	Co-therapeut:	Co-therapeut:
Patient:	Patient:	Patient:	Patient:	Patient:
				
Patient:	Patient:	Patient:	Patient:	Patient:
				
Patient:	Patient:	Patient:	Patient:	Patient:
				
Patient:	Patient:	Patient:	Patient:	Patient:
				

Bijlage 7 : fiche protocol opleiding 3

Caution / Contraindication

Aetiological Factors

Date	Working diagnosis	Tutor Signature

Prognosis

Likelihood of patient responding to Osteopathic Treatment Good Fair Poor

Number of Planned Treatments Anticipation duration of Course of Treatment

Management Plan

Short Term:

Long Term:

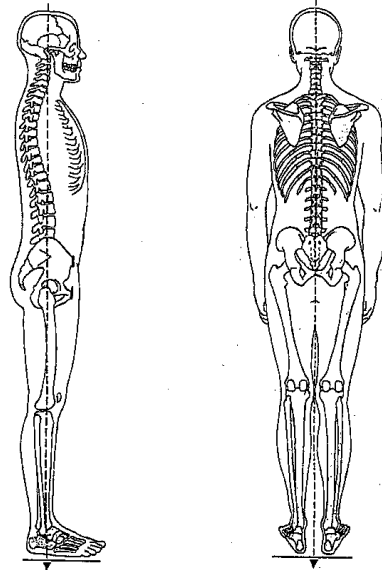
Summary of Treatment / Management at Consultation

Practitioners at Consultation

Intern Yr Signed Date

Tutor Signed Date

Bijlage 8: schema protocol opleiding 3



Bijlage 9: fiche protocol opleiding 4

CONSULTATION CLINIQUE		
NOM :	PRENOM :	DATE DE NAISSANCE :
Adresse :	Profession :	Tel :
Ville :	Code Postal :	Nombre d'enfant (s) :
Marié (e) <input type="checkbox"/>	Concubinage <input type="checkbox"/>	Divorcé (e) <input type="checkbox"/>
Célibataire <input type="checkbox"/>		Age :
• PRESCRIPTEUR :	• CONSULTANTS EXTERNES :	
	Généraliste :	
	Spécialiste :	
	Médecine naturelle :	
MOTIF(S) DE CONSULTATION		
<u>Date et mode d'apparition :</u>		
<u>Traitement médical (ou autres) :</u>		
DATE :		

Bijlage 9 bis: fiche protocol opleiding 4

FONCTION DES EMONCTOIRES				
•Intestin :.....	Constipation	<input type="checkbox"/>	Diarrhées	<input type="checkbox"/>
•Reins :.....	Infections urinaires	<input type="checkbox"/>	Polyuries	<input type="checkbox"/>
•Peau :.....	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	Eczéma	<input type="checkbox"/>
	Erythème	<input type="checkbox"/>	Herpès	<input type="checkbox"/>
Autres :				
SYSTEME CEPHALIQUE				
•Symptômes :	Céphalées, migraines	<input type="checkbox"/>	Vertiges	<input type="checkbox"/>
.....	Névralgies dentaires	<input type="checkbox"/>	faciales	<input type="checkbox"/>
•Cavité buccale :	(Enfant Dentition :.....)			
•Nez :.....	Pouce	<input type="checkbox"/>	Tétine	<input type="checkbox"/>
	Sinusites	<input type="checkbox"/>	Rhinite	<input type="checkbox"/>
•Oreille :.....	Acouphènes	<input type="checkbox"/>	Otites	<input type="checkbox"/>
•Yeux :.....	Conjonctivite	<input type="checkbox"/>	Cataracte	<input type="checkbox"/>
SYSTEME CARDIO PULMONAIRE				
•Symptômes :				
1) Broncho pulmonaire :.....	Toux	<input type="checkbox"/>	Bronchite	<input type="checkbox"/>
2) Cardiaque :.....	Emphysème	<input type="checkbox"/>	Cardialgie	<input type="checkbox"/>
3) Circulation :.....	Tachycardie	<input type="checkbox"/>	Varices	<input type="checkbox"/>
	Bradycardie	<input type="checkbox"/>	Edèmes Mb inf	<input type="checkbox"/>
TA =.....				
SYSTEME ABDOMINO VISCERAL				
•Symptômes digestifs :	Polydipsie	<input type="checkbox"/>	Dysphagie	<input type="checkbox"/>
.....	Dyspepsie	<input type="checkbox"/>	Anorexie	<input type="checkbox"/>
.....	Eructation	<input type="checkbox"/>	Gastrite	<input type="checkbox"/>
.....	Flatulence	<input type="checkbox"/>	Ballonnement	<input type="checkbox"/>
.....	RGO	<input type="checkbox"/>		
•Régime alimentaire :				
Matin :				
Midi :				
Soir :				
•Boissons :				

Bijlage 10: primary scanning / secondary screening Kuchera, Jones, Kappler & Goodridge

Table 42.1

Primary Scanning Examination

The following charts are divided into a left side and a right side. The left side presents information that may be found on a primary scanning examination. The right side presents additional tests and observations that can be performed to gain further information regarding a preliminary finding. Additional information can be found in each of the regional sections.

Another form of the musculoskeletal examination: The physician performs the primary screening examination. Positive findings require a more complete examination of the area using the secondary screening examinations.

Primary Scanning Examination	Secondary Screening Examination
General Appearance	General appearance Body type, muscle development, weight, height, nutritional status
Gait	Is weight transferred in a continuous manner from heel to toe for push off. Is there a limp? Is there toeing in, toeing out, excessive pronation or supination? Is either leg internally or externally rotated? Is there symmetrical motion? through pelvis and lumbar area? through thoracic area, shoulders? arm swing present and equal bilaterally?
Standing: Static Findings Observe symmetry—trochanters, PSIS, crests, scapula, acromion, mastoid planes. A. Posterior observation	Standing: Posterior observation Observe: angulation of head carriage, level of shoulders, scapulae, symmetry of paraspinal muscles, carrying angle of elbows, Achilles tendon. Unilateral fullness indicative of hypertonicity (tight); hypotonicity (loose); left and right muscle groups (i.e., trapezius, erector spinae mass (ESM), gluteus maximus, hamstrings, gastrocnemius). Palpate: level of shoulders, inferior border of scapulae, iliac crests, trochanters; hypertonicity or hypotonicity of trapezias, ESM, iliolumbar ligament attachments, gluteus maximus, iliotibial bands, hamstrings, quadriceps, gastrocnemius muscles; tension and height of arches of feet.
B. Lateral observation	Laterally: Observe: A P cervical, thoracic, and lumbar curves for increased lordosis/kyphosis; evaluate the gravitational line (through external auditory meatus, acromioclavicular joint, greater trochanter, lateral malleolus); any sway or rotation of the pelvis? Are knees flexed or hyperextended?
C. Anterior observation	Anteriorly: Observe: head carriage (rotation of side-bending in relation to shoulders), shoulder levelness, rib cage configuration (pectus carinatum, pectus excavatum), sternal deformities, clavicular deformities or elevation, supraclavicular fossae depth or fullness, linea alba hair patterns, scars, iliac crest heights, ASIS, patellae, anterior tibial tuberosities, upper extremities for internal/external rotation, antecubital fossae for angles of fullness
Standing: Spinal Motion Findings A. Forward bending (FB) Backward bending (BB), and Side-bending (S) T = tissue texture changes A = asymmetry R = restriction motion T = tenderness	Standing Motion Tests Truncal forward bending: observe range of motion, group restrictions, accessory motions, "rib hump." Standing flexion test: (Do at same time as truncal test.) Observe when the patient bends forward to approximate fingertips to toes, for a change in asymmetry of position of PSISs from that before the movement and that at the end of movement. The patient stands erect with knees extended and feet acetabular distance apart. If leg length inequality is suspected because the iliac crests or the PSISs are not level with the transverse plane, a shim may be placed under the shorter leg to level the iliac crests, or the PSISs, before performing the tests and changes in flexion test observed. The medial surface of your thumbs are placed contacting the posterior superior iliac spines at their inferior notch and ride with the iliac spines as the patient flexes. Assessment is made of the position of the left and right PSISs relative to a transverse plane before and at the terminal position of forward bending from the waist. If motion of one thumb over the PSIS continues after termination of motion of the other thumb, a positive standing flexion test is recorded.

Bijlage 10 bis: primary scanning / secondary screening Kuchera, Jones, Kappler & Goodridge

492

SECTION VIII: OSTEOPATHIC CONSIDERATIONS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT

Table 42.1—continued

Primary Scanning Examination	Secondary Screening Examination
B. Lumbar range of motion tests: (FB, BB, Side-bending)	<p>Lumbar motion testing:</p> <p>Lumbar forward bending: This can be measured in several ways. Forward bending may be assessed by visual observation. The position of the patient's fingertips in relation to the floor can be measured. An inclinometer can be used over the lumbar spine and the number of degrees of forward bending recorded. A horizontal line can be drawn on the patient's skin at the sacral base and at L1. The distance between these lines can then be measured with a tape measure between these two lines before and after bending over.</p> <p>Lumbar backward bending: This is usually measured by inspection. A goniometer or inclinometer may be used for more precise measurement.</p> <p>Lumbar side-bending: (Active) Observe for presence or absence of thoracic and lumbar lateral curves while the patient side-bends as far as possible to the left and the right by sliding hand down the lateral aspect of the thigh toward the knee [R]</p> <p>Lumbar horizontal levelness: palpate on both sides of the body.</p>
C. Hip drop test Used to compare with side-bending test to identify a contralateral curve in the lower lumbar area, especially LS. Observe for side with greatest drop of hip bone toward floor	<p>Hip Drop Test: (Active) Normal = 20–25° hip drop. Place your hands, palms parallel with the floor, superior to patient's iliac crests; observe their relationship to a transverse (horizontal) line. To do a <i>right hip drop test</i>: direct patient to stand on the right leg and let the left hip drop by bending the left knee without lifting the heel from the floor (do not let the patient rotate the pelvis in the transverse plane, nor translate the pelvis in a coronal plane). Record the <i>right hip drop</i> by observing the level of your hands (at iliac crests) relative to the transverse plane and compare with previous position. Now do a <i>left hip drop test</i> by having the patient stand on the left leg and dropping the right hip. Interpretation: The crest that drops the most is on the side of the increased convexity of a lumbar curve. If that is on the same side as the increased convexity of the trunk side-bending curve, a "C" curve is present in the thoracolumbosacral vertebral column. If the trunk side-bending increased convexity is on the opposite side, an "S" curve is present in the lumbar area. Where these contralateral curves meet at the midline of the vertebral column suggests the possibility of a localized, segmental, somatic dysfunction.</p>
D. Pelvic side shift (passive) The purpose of this test is to evaluate the position of the sacrum (which is the base of support for the spine) in relation to the midline.	<p>Pelvic Side Shift Motion Test: Is the sacrum in the midline, or is the sacrum deviated to one side? If the deviation to one side is obvious, inspection of this lateral deviation of the sacral position is all that is necessary. If not obvious, proceed with the side-shift motion test. This is done by standing behind the patient, placing one hand on the hip area and stabilizing the opposite shoulder with the other hand. The pelvis is translated laterally by pushing on the hip. The hand position is reversed and the pelvis is translated in the opposite direction. The test is positive on the side of freer translation. The sacrum (base of support) is positioned on the side of freer motion.</p>
Seated: Static Findings	Static Findings: Observe Symmetry and Cervical, Thoracic and Lumbar Curves: patient seated
Seated Spinal Motion Tests	Seated Motion Tests
A. Seated flexion test (Active)	Your thumbs are placed at PSISs as described above. The patient is seated upright with the feet flat on the floor and then bends forward reaching for the floor. Assessment is again made before movement begins and at the end of movement.
B. Trunk side-bending (and rotation) tests (Active)	With the patient seated, ask the patient to flex (forward bend) the trunk, extend (backward bend) the trunk, rotate to each side, side-bend to the left and right. Observe and record any restriction of motion. (Passive) Flex the patient's neck into FB, BB, side-bending, and rotation.
C. Trunk rotation test	Place your hands on patient's shoulders lateral to the body of the scapula with your fingers on the anterior aspects of the shoulders. With your hand behind the patient's shoulder, initiate a rotary motion and feel the resistance and observe the range, first in one direction, then in the other. Compare for symmetry.

Bijlage 10 tres: primary scanning / secondary screening Kuchera, Jones, Kappler & Goodridge

Table 42.1—continued

Primary Scanning Examination	Secondary Screening Examination
D. Acromion drop test (Fig. 42.10)	This is a passive test for lateral flexion of the upper thoracic spine. Place one hand superior to the acromioclavicular joint and press inferomedially. (With the same hand, further pressure toward the hip on the same side will determine the thoracolumbar side-bending.) Repeat for other side and note any asymmetry of resistance or range.
E. Cervical motion testing	Active flexion/extension Active side-bending Active rotation These motions may also be done passively with expected motion being symmetrical and FB 90°, BB 90°, rotate right 90°, rotate left 90°. There are a variety of physician hand contacts to passively explore the above movements with the patient seated. The hand contact should sense the beginning of restriction before the patient experiences discomfort. Note both the sense of resistance and the range of movement. Note the following: Any sensation of resistance to motion Unilateral restriction of motion The range of motion
Seated Spinal Palpation Cervical, thoracic, and lumbar spine	Seated Palpation With the patient in the seated position, the cervical, thoracic, and lumbar spine regions can be palpated for tissue texture abnormality and tenderness. A screening palpation is done using several fingers covering a broad expanse of the patient's back. Palpation of local areas is ordinarily done with one or two fingers. See section of palpation with the patient in the prone position for a detailed description of palpatory findings.
Seated Upper Extremity Testing Extend arms above the head	Seated Upper Extremity: Observation seated and palpation Patient's arms are actively abducted in the coronal plane and extended over the head. The medial surface of the upper arms touch the ear on the respective side while the head is in a neutral position. Elbows should be straight. The dorsal surface of the hands should be equally approximated. If the above is accomplished, the test is negative. However, if the patient is unable to bring the arms to the ears, the shoulders, upper ribs, upper thoracic area, and the large muscle groups affecting the shoulder need to be specifically examined. If the dorsal surface of the hands cannot be equally approximated, the elbows and wrists need to be examined specifically for motion restriction. Hypertrophied shoulder or associated myofascial trigger points in the muscles also prevent this.
Supine Testing for Lower Extremity and Ribs A. Observation	Observe levelness of iliac crests, ASIS, pubic tubercles, and the medial malleoli. Instruct patient to "hip flop"—used to place patient on table without undue deformity due to tension. Have patient flex hips and knees with feet together and flat on the table. Then have the patient lift the hips high off the table and drop the hips back to the table.
B. Motion testing of lower extremity	With the patient's knees extended, grasp the calcanei and ankles and passively internally and externally rotate the lower extremity. Compare symmetry of motion. Flex one of the patient's legs at the knee and at the hip and then passively test for internal and external rotation of the hip joint. Compare symmetry of motion and end-feel.
C. Supine—costal cage motion Four quadrant screen	Evaluate duration of inhalation and exhalation motions of ribs 2-6 by placing hands lateral to sternum; fingers should follow in intercostal spaces. Thumbs should touch each other as they rest on the sternum. Place hands more laterally to evaluate the bucket-handle motions of ribs 7-10. Operator's hands are passive as patient breathes, first normally, and then with exaggeration if necessary. Palpate ribs 11 and 12 (floating ribs) at their anterior ends; note and compare the intercostal spaces above each of these ribs. Have the patient breathe in and out and check the symmetry of pincer motion of the floating ribs.

Bijlage 11: schema / Kuchera, Jones, Kappler & Goodridge

Table 42.4
Example of Charting: Musculoskeletal Examination of the Patient Described on page 506

<u>STANDING</u> (Circle as appropriate):		"X" <input type="checkbox"/> IF UNABLE TO STAND			
DATE:		↑ = Increased	↓ = decreased		
Cervical Lordosis	<i>Normal</i>	↑	↓		
Thoracic kyphosis	<i>Normal</i>	↑	↓		
Lumbar lordosis	<i>Normal</i>	↑	↓		
Rotoscoliosis	<u>Dextro lumbar</u>	Levo (L)	<u>Apex = L2</u>		
OTHER POSITIONS EXAMINED (Circle as appropriate):					
<u>Seated</u>	<u>Prone</u>	Fowler's			
<i>Supine</i>	Lateral recumbent	<u>Supine</u>			
EXAMINATION OF SPINE AND EXTREMITIES					
No.	Regions	TTA	A	R	T
1.	Cranium				
2.	Cervical				
3.	Thoracic				
—	T1-5				
—	<u>T5-9</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
—	T-10-L2				
4.	Costal				
5.	<u>Abdomen</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
6.	<u>Lumbar</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
7.	Sacrum	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
8.	Innominate (hip bone)				
9.	Upper extremity				
10.	Lower extremity				
TTA = Tissue texture abnormalities A = Asymmetry R = Restriction of motion (side-bending/rotation) T = Tenderness					

*The patient is a 38-year-old male, complaining of low back pain of insidious onset and of 3 months duration. Examiners choices are indicated in italics.

CONCLUSION

The osteopathic musculoskeletal evaluation provides information about the musculoskeletal system and musculoskeletal clues to dysfunction of other systems or of the general health status of the patient. It is unique in that palpation integrated

with motion testing is the major component of that portion of the examination. Discovery of musculoskeletal dysfunction often provides additional clues that direct, focus, or expand the examination; the musculoskeletal diagnosis also expands the logical conclusions that can be drawn from that examination.

Bijlage 11 bis: schema / Kuchera, Jones, Kappler & Goodridge

Table 42.5
Chart for Musculoskeletal Examination of the Hospitalized Patient

STANDING (Circle as appropriate):		"X" <input type="checkbox"/> IF UNABLE TO STAND			
DATE:		(↑ = Increased)	(↓ = decreased)		
Cervical Lordosis	Normal	↑	↓		
Thoracic kyphosis	Normal	↑	↓		
Lumbar Lordosis	Normal	↑	↓		
Rotoscoliosis	Dextro (R)	Levo (L)	Apex =		
OTHER POSITIONS EXAMINED (Circle as appropriate):					
Seated	Prone	Fowler's			
Supine	Lateral recumbent				
EXAMINATION OF SPINE AND EXTREMITIES					
No.	Regions	TTA	A	R	T
1.	Cranium				
2.	Cervical				
3.	Thoracic				
—	T1-5				
—	T5-9				
—	T-10-L2				
4.	Costal				
5.	Abdomen				
6.	Lumbar				
7.	Sacrum				
8.	Innominate (hip bone)				
9.	Upper extremity				
10.	Lower extremity				
Relevant Segmental Diagnosis AND Elaborate on Findings:		TTA = Tissue texture abnormalities			
		A = Asymmetry			
		R = Restriction of motion (side-bending/rotation)			
		T = Tenderness			

Form composed by John M. Jones III.

Bijlage 13: Outpatient Osteopathic SOS History / Exam Form

Outpatient Osteopathic SOS History / Exam Form

wak SOS version 5:091102

Patient's Name Jamie Smith Date 11/20/01

Office of:	
For office use only:	

HISTORY

S (See Outpatient Health Summary Form for details of history)

Patient's Pain Analog Scale: Not done

	Left hip		Low back	
NO PAIN				WORST POSSIBLE PAIN

CC "Low back and hip pain"

Hands on chiro worked better than activator. Never tried PT
 Diet—high CHO, few veggies
 1993—Fx Rt wrist—fell off bike

History of Present Illness

Level: HPI

E l e m e n t s	Location	Central low-back and Lt hip	OR Status of ≥ 3 chronic or inactive conditions <u>Blood sugars—stable</u>	<input type="checkbox"/> II	1-3 elements reviewed
	Quality	Achy, dull		<input type="checkbox"/> III	
	Severity	5/10 LBP, 1-3/10 Lt hip		<input type="checkbox"/> IV	≥ 4 elements OR status of ≥ 3 chronic conditions
	Duration	$\times 3$ months		<input checked="" type="checkbox"/> V	
	Timing	occurred suddenly			
	Context	happened while putting her sock on			
	Modifying factors	Chiro, massage/heat helps, \uparrow with walking			
	Assoc. Signs and Sx	\uparrow constipation when LBP is worse			

Review of Systems (Only ask / record those systems pertinent for this encounter.) Not done

Level: ROS

<input checked="" type="checkbox"/>	Constitutional (Wt loss, etc.)	Fatigue	OR <input type="checkbox"/> II None <input type="checkbox"/> III 1 system pertinent to the problem <input type="checkbox"/> IV 2-9 systems <input checked="" type="checkbox"/> V ≥ 10 systems
<input type="checkbox"/>	Eyes	Glasses	
<input type="checkbox"/>	Ears, nose, mouth, throat	Chronic sinus problem	
<input type="checkbox"/>	Cardiovascular	No palpitations	
<input type="checkbox"/>	Respiratory	Asthma been worse lately	
<input type="checkbox"/>	Gastrointestinal	IBS primarily with pain and constipation	
<input type="checkbox"/>	Genitourinary	without incontinence	
<input type="checkbox"/>	Musculoskeletal	See above	
<input type="checkbox"/>	Integumentary (skin, breast)		
<input type="checkbox"/>	Neurological	No headaches	
<input type="checkbox"/>	Psychiatric	Depression for 5 years, situation related	
<input type="checkbox"/>	Endocrine	Hypothyroid -- last lab work 1 year ago	
<input type="checkbox"/>	Hematologic/lymphatic		
<input type="checkbox"/>	Allergic/immunologic	Has asthma	

Past Medical, Family, Social History Not done

Level: PFSH

<input checked="" type="checkbox"/>	Past history / trauma	Forceps delivery, 1990 fell off horse onto tailbone, tailbone, 1985 MVA rear-ended, + ER, + seat belt, no injury	OR <input type="checkbox"/> II None <input type="checkbox"/> III 1 history area <input checked="" type="checkbox"/> V ≥ 2 history areas
<input type="checkbox"/>	Family history	See Health Summary Form	
<input type="checkbox"/>	Social history		

Overall History = Average of HPI, ROS or PFSH: II (1-3 HPI) III (1-3 HPI, 1 ROS) IV (4+ HPI, 2+ ROS, 1 PFSH) V (4+ HPI, 10+ ROS, 2+ PFSH)

O Lungs—expiratory wheeze bilaterally, \emptyset accessory muscle use or SOB
 Lumbar x-rays reviewed—disc space narrowing at L5-S1 area

Signature of transcriber: _____ Signature of examiner: SL Sleszynski DO

Funded by a grant from the Bureau of Research. © 2002 American Academy of Osteopathy.
 Designed to coordinate with the Established Outpatient Osteopathic SOAP Note Form. Recommended by American Association of Colleges of Osteopathic Medicine.

Bijlage 14: Outpatient Osteopathic SOS Muskuloskeletal / Exam Form

wak SOS version 5:091102

Outpatient Osteopathic SOS Muskuloskeletal Exam Form

Not done

Patient's Name Janie Smith Date 11/20/01 Sex: Male Female

Age 25 * Vital Signs (3 of 7) Wt. 125 lb Ht. 5' 2" Temp. 97.6

Reg. Pt. position for recording BP: Standing Sitting 124/86 Lying

Resp. 20 Pulse 84 Irreg.

<p>Gait and Station:</p> <p>Body Type: Endo. <input type="checkbox"/> Meso. <input checked="" type="checkbox"/> Ecto. <input type="checkbox"/></p> <p>Posture: Excl. <input type="checkbox"/> Fair <input checked="" type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/></p> <p>Gait: Symmetrical <input type="checkbox"/> Asymmetrical <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Ant./Post. Spinal Curves: I <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p> <p>Cervical Lordosis <input type="checkbox"/></p> <p>Thoracic Kyphosis <input type="checkbox"/></p> <p>Lumbar Lordosis <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">I = increased; N = normal; D = decreased</p> <p>Scoliosis (Lateral Spinal Curves):</p> <p>None <input checked="" type="checkbox"/> Sitting <input type="checkbox"/></p> <p>Functional <input type="checkbox"/> Standing <input type="checkbox"/></p> <p>Mild <input type="checkbox"/> Prone/Supine <input type="checkbox"/></p> <p>Moderate <input type="checkbox"/> Unable to Examine <input type="checkbox"/></p> <p>Severe <input type="checkbox"/></p>		<p>Notes</p> <p>Gait forward bent</p> <p>Facial acne</p> <p>RT forearm scar</p> <p>Dull affect</p>	<p>* Gen. Appearance: Normal <input type="checkbox"/> Y <input checked="" type="checkbox"/> N</p> <p>* Cardiovascular: Observation normal <input type="checkbox"/> Palpation normal <input type="checkbox"/></p> <p>* Lymphatics: No palpable nodes <input type="checkbox"/></p> <p>* Neurologic and Psychiatric: Coordination intact <input type="checkbox"/> Sensory intact <input type="checkbox"/> Mental status Oriented: In time <input type="checkbox"/> In person <input type="checkbox"/> In place <input type="checkbox"/> Good mood/ affect <input type="checkbox"/></p>																																																																																																																																																																																																
<p>Short leg? Right: 1/8 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/></p> <p>Equal <input type="checkbox"/> Left: 1/8 <input checked="" type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/></p>			<p>Level of SOS</p> <p><input type="checkbox"/> II 1-5 elements</p> <p><input type="checkbox"/> III 6+ elements</p> <p><input type="checkbox"/> IV 12+ elements for musculoskeletal exam</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> V Perform all * elements</p>																																																																																																																																																																																																
<p>Skin: N <input type="checkbox"/> Ab <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Head / neck <input type="checkbox"/> L. upper extremity <input type="checkbox"/> R. upper extremity <input type="checkbox"/></p> <p>Trunk <input type="checkbox"/> L. lower extremity <input type="checkbox"/> R. lower extremity <input type="checkbox"/></p>																																																																																																																																																																																																			
<p>Reflexes:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Biceps L</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>Patella L</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> <td>Motor:</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td>Biceps R</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>Patella R</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>C5 L</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>Triceps L</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>Achilles L</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>C6 L</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>Triceps R</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>Achilles R</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>C6 R</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>Brachio-L</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>Babinski L up</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>C7 L</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>Brachio-R</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>Babinski R up</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>C7 R</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>Radialis L</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>Babinski R down</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>C8 L</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>Radialis R</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>C8 R</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>	Biceps L	0	1	2	3	4	Patella L	0	1	2	3	4	Motor:	1	2	3	4	5	Biceps R	0	0	0	0	0	Patella R	0	0	0	0	0	C5 L	0	0	0	0	0	Triceps L	0	0	0	0	0	Achilles L	0	0	0	0	0	C6 L	0	0	0	0	0	Triceps R	0	0	0	0	0	Achilles R	0	0	0	0	0	C6 R	0	0	0	0	0	Brachio-L	0	0	0	0	0	Babinski L up	0	0	0	0	0	C7 L	0	0	0	0	0	Brachio-R	0	0	0	0	0	Babinski R up	0	0	0	0	0	C7 R	0	0	0	0	0	Radialis L	0	0	0	0	0	Babinski R down	0	0	0	0	0	C8 L	0	0	0	0	0	Radialis R	0	0	0	0	0							C8 R	0	0	0	0	0			<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>T1 L</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> <td>T1 R</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>L4 L</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>L4 R</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>L5 L</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>L5 R</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>S1 L</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>S1 R</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> </tr> </table>	T1 L	1	2	3	4	5	T1 R	0	0	0	0	0	L4 L	0	0	0	0	0	L4 R	0	0	0	0	0	L5 L	0	0	0	0	0	L5 R	0	0	0	0	0	S1 L	0	0	0	0	0	S1 R	0	0	0	0	0
Biceps L	0	1	2	3	4	Patella L	0	1	2	3	4	Motor:	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																																		
Biceps R	0	0	0	0	0	Patella R	0	0	0	0	0	C5 L	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																		
Triceps L	0	0	0	0	0	Achilles L	0	0	0	0	0	C6 L	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																		
Triceps R	0	0	0	0	0	Achilles R	0	0	0	0	0	C6 R	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																		
Brachio-L	0	0	0	0	0	Babinski L up	0	0	0	0	0	C7 L	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																		
Brachio-R	0	0	0	0	0	Babinski R up	0	0	0	0	0	C7 R	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																		
Radialis L	0	0	0	0	0	Babinski R down	0	0	0	0	0	C8 L	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																		
Radialis R	0	0	0	0	0							C8 R	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																		
T1 L	1	2	3	4	5	T1 R	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																								
L4 L	0	0	0	0	0	L4 R	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																								
L5 L	0	0	0	0	0	L5 R	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																								
S1 L	0	0	0	0	0	S1 R	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																								
<p>Methods Used For Examination</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>All</th><th>T</th><th>A</th><th>R</th><th>T</th> <th>Region</th><th>Severity</th> <th colspan="2">Somatic Dysfunction and Other Systems</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Head and Face</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>MS / SNS / PNS / LYM. / CV / RESP. / GI / FAS. / etc.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Neck</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>Lt SBS torsion</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Thoracic T1-4</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>C2 TART Rt. C7 F SRL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>T5-9</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>DMC T3 RE.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>T10-12</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Ribs</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>Tender lower left</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Lumbar</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>L5 F S RL, Psoas tight bilaterally</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Sacrum / Pelvis</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>Tight piriformis Lt.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Pelvis / Innom.</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>Ant. Ilium Lt.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Abd. / Other</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>Palpable bowel, poor movement, tender RLQ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Upper R</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Extremity L</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Lower R</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>WNL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Extremity L</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td> <td>+ straight leg raising, ↓ cuboid, FROM hip</td> </tr> </table>		All	T	A	R	T	Region	Severity	Somatic Dysfunction and Other Systems		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Head and Face	0	1	2	3	MS / SNS / PNS / LYM. / CV / RESP. / GI / FAS. / etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neck	0	0	0	0	Lt SBS torsion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thoracic T1-4	0	0	0	0	C2 TART Rt. C7 F SRL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T5-9	0	0	0	0	DMC T3 RE.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T10-12	0	0	0	0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ribs	0	0	0	0	Tender lower left	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lumbar	0	0	0	0	L5 F S RL, Psoas tight bilaterally	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sacrum / Pelvis	0	0	0	0	Tight piriformis Lt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pelvis / Innom.	0	0	0	0	Ant. Ilium Lt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abd. / Other	0	0	0	0	Palpable bowel, poor movement, tender RLQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Upper R	0	0	0	0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremity L	0	0	0	0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lower R	0	0	0	0	WNL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremity L	0	0	0	0	+ straight leg raising, ↓ cuboid, FROM hip																															
All	T	A	R	T	Region	Severity	Somatic Dysfunction and Other Systems																																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Head and Face	0	1	2	3	MS / SNS / PNS / LYM. / CV / RESP. / GI / FAS. / etc.																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neck	0	0	0	0	Lt SBS torsion																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thoracic T1-4	0	0	0	0	C2 TART Rt. C7 F SRL																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T5-9	0	0	0	0	DMC T3 RE.																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T10-12	0	0	0	0																																																																																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ribs	0	0	0	0	Tender lower left																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lumbar	0	0	0	0	L5 F S RL, Psoas tight bilaterally																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sacrum / Pelvis	0	0	0	0	Tight piriformis Lt.																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pelvis / Innom.	0	0	0	0	Ant. Ilium Lt.																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abd. / Other	0	0	0	0	Palpable bowel, poor movement, tender RLQ																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Upper R	0	0	0	0																																																																																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremity L	0	0	0	0																																																																																																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lower R	0	0	0	0	WNL																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremity L	0	0	0	0	+ straight leg raising, ↓ cuboid, FROM hip																																																																																																																																																																																									
<p>Signature of transcriber: _____</p>		<p>Signature of examiner: <u>SLSLESZYNSKI DO</u></p>																																																																																																																																																																																																	

Funded by a grant from the Bureau of Research. © 2002 American Academy of Osteopathy. Designed to coordinate with the Established Outpatient Osteopathic SOAP Note Form. Recommended by American Association of Colleges of Osteopathic Medicine.

Bijlage 15: Outpatient Osteopathic Assessment and Plan Form

wak SOS version 5:091102

Outpatient Osteopathic Assessment and Plan Form

A Patient's Name Jamie Smith Date 11 / 20 / 01

Office of: _____
For office use only: _____

Dx No.	ICD Code	Written Diagnosis	Dx No.	ICD Code	(Written Diagnosis)
1	722.10	Sciatica possible herniated disc with myelopathy	6	493.00	Asthma
2	781.0	Spasm--psoas syndrome			
5	564.1	IBS			
10	244.9	Hypothyroidism			
14	739.0	Somatic Dysfunction of Head and Face	4	739.4	Somatic Dysfunction of Sacrum
11	739.1	Somatic Dysfunction of Neck	7	739.5	Somatic Dysfunction of Pelvis
12	739.2	Somatic Dysfunction of Thoracic	9	739.9	Somatic Dysfunction of Abd / Other
13	739.8	Somatic Dysfunction of Ribs		739.7	Somatic Dysfunction of Upper Extremity
3	739.3	Somatic Dysfunction of Lumbar	8	739.6	Somatic Dysfunction of Lower Extremity

Physician's evaluation of patient prior to treatment: First visit Resolved Improved Unchanged Worse

Region	OMT		Treatment Method														Response					
	Y	N	ART	BLT	CR	CS	DIR	FPR	HVLA	IND	INR	LAS	ME	MFR	ST	VIS	OTH	R	I	U	W	
Head and Face	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thoracic T1-4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5-9	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10-12	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ribs	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lumbar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sacrum	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelvis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen/Other	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upper Extremity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lower Extremity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meds: use Proventil inhaler regularly q 4 hr. x 3 d
Add Flexeril 10 mg PO tid, Continue Advil tid

PT: use warm salt bath daily
use lumbar support at work

Exercise: Psoas stretch, walk--gradually ↑ time
Constant rest position

Other: OMT q 1 wrk x 6 visits
Obtain TSH level, PFT
Refer to Psychologist Obtain MRI Lumbar spine
--script given, talk to PCP --done

Nutrition: ↑ protein in diet, add veggie supplement

Complexity / Assessment / Plan (Scoring) *Default to level 2--same criteria

Problems	Risk: (presenting problem(s), diagnostic procedure(s) and management options)	Data	Maximum points
Self-limiting 1 (2 max.)	Minimal = Min.	Lab TSH	1
Established problem improved / stable 1	Low	Radiology MRI	1
Established - worsening 2	Moderate = Mod.	Medicine PFT	1
New - no workup 4 (4 max.)	High High, 3 (severe) and 3 (moderate)	Discuss with performing physician	1
New additional workup 4 (4 max.)	High High, 3 (severe) and 3 (moderate)	Obtain records or Hx from others	1
		Review records, discuss with physician	2
		Visualization of tracing, specimen	2

Level I	Level II	Level III	Level IV	Level V	Level I	Level II	Level III	Level IV	Level V	Level I	Level II	Level III	Level IV	Level V
≤1 pt.	2 pt.	3 pt.	≥4 pt.		Min.	Low	Mod.	High		≤1 pt.	2 pt.	3 pt.	≥4 pt.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Requires 3 of the above 3 (problems, risk and data). Level of complexity = average of included areas.

Traditional Method—Coding by Components					Optional Method—Coding by Time					
History	I	II	III	IV	V	When majority of the encounter is counseling / coordinating, the level is determined by total time				
Examination	I	II	III	IV	V	10	20	30	45	60
Complexity / Assessment Plan	I	II	III	IV	V	10	15	25	40	
Final level of service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Final level of service				
All three areas required. Average of three equals level of service.					Dictate total time and counseling / coordinating time plus a brief description of topics discussed					

Minutes spent with the patient: 10 15 25 40 60 >60

Follow-up: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Units: D W M Y PRN

OMT performed as Above: 0 areas 1-2 areas 3-4 areas 5-6 areas 7-8 areas 9-10 areas

Other Procedures Performed: CPT Codes: 97010
Written Dx: Hot Packs

E/M Code: New 02 03 04 05 EST 11 12 13 14 15

Consults: 41 42 43 44 45

Signature of transcriber: _____ Signature of examiner: SL Slaszynski DO

Funded by a grant from the Bureau of Research. © 2002 American Academy of Osteopathy
Designed to coordinate with the Established Outpatient Osteopathic SOAP Note Form. Recommended by American Association of Colleges of Osteopathic Medicine