



Deel 3
Model voor de uitsluitingsdiagnostiek
door S.A.M. de Ree

Deel 2
Juridisch maatschappelijke implicaties
door L.L. Veldstra

Deel 1
Geschiedenis en filosofie
door K.M.L. Peeters

Colofon:
Vormgeving: Studio Pompe van Meerdervoort
Drukwerk: van der Heym
& Drukkerij Graféno



*Positie van de osteopathie binnen de
gezondheidszorg vanuit historisch
en juridisch perspectief: een model
voor uitsluitingsdiagnostiek.*

Indeling

	Pagina
Inleiding	4
Deel 1	5 - 55
Deel 2	56 - 102
Deel 3	103 - 137
Slotbeschouwing en conclusie	138 - 139
Samenvatting Nederlands	140
Samenvatting Engels	141
Overzicht en synthese	142 - 153



Positie van de osteopathie binnen de gezondheidszorg vanuit historisch en juridisch perspectief: een model voor uitsluitingsdiagnostiek.

Inleiding

Deze thesis werd geïnspireerd door het hiaat dat door ons in de opleiding osteopathie werd aangevoeld rond een duidelijke positionering van de osteopathie binnen het geheel van de gezondheidszorg.

Een maatschappelijke situering van de osteopathie omvat sociale, juridische en politieke aspecten. Deze aspecten blijven onduidelijk in de opleiding en zijn ook maatschappelijk niet goed gedefiniëerd.

Met het osteopathisch concept en de daaruit voortkomende specifieke deskundigheid voor ogen, zochten we naar enerzijds de grenzen van de osteopathie en anderzijds naar de meerwaarde die zij biedt in de gezondheidszorg.

De veelheid van factoren die hiervoor medebepalend zijn, deed ons besluiten een opdeling in drie delen te maken.

Een literatuurstudie over de drie items die bijdragen tot een duidelijker profiel van osteopathie werd opgezet. Gezien de uitgebreidheid en de specificiteit van de items werd geopteerd om het werk met drie mensen uit te voeren. Daarenboven was de verschillende professionele origine verrijkend in de context van deze thesis.

Het eerste deel van Klaartje Peeters beschrijft de geschiedenis en de filosofie van de geneeskunde om te doorgronden hoe deze meebepalend zijn voor de huidige stand van zaken en richting kunnen geven aan de verdere evolutie.

In het tweede, juridische deel van Leo Veldstra wordt de ontwikkeling en de stand van zaken in de wet- en regelgeving geschetst met een concretisering naar de osteopathie.

In het derde deel van Siebe de Ree wordt de uitsluitingsdiagnostiek inhoudelijk en methodologisch belicht. Dit vormt de sleutel tot de afbakening van het werkterrein.

Onze thesis draagt bij tot een duidelijke profilering van de osteopathie. Dit beantwoordt aan de maatschappelijke vraag naar duidelijkheid rond de inhoud en de regularisering van het beroep.

Een dergelijke profilering van de osteopathie met een positionering in de globale gezondheidszorg legitimeert verder wetenschappelijk onderzoek op dit terrein.

Kennis van de geschiedenis en de filosofie van de geneeskunde en de sociale, juridische context van de osteopathie enerzijds en de uitwerking van de voorgestelde uitsluitingsdiagnostiek anderzijds draagt bij tot de verhoging van de professionaliteit in de osteopathie. Dit wordt benadrukt door de conclusies die wij formuleren.

*Positie van de osteopathie binnen
de gezondheidszorg vanuit
historisch en juridisch perspectief:
een model voor uitsluitingsdiagnostiek.*

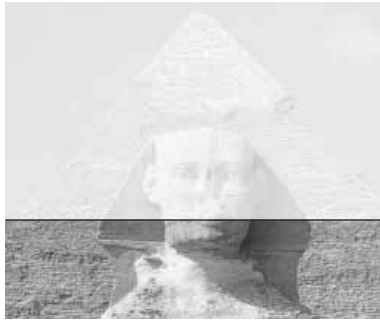


*Deel 1
Geschiedenis en filosofie*

*Auteur:
K.M.L. Peeters*

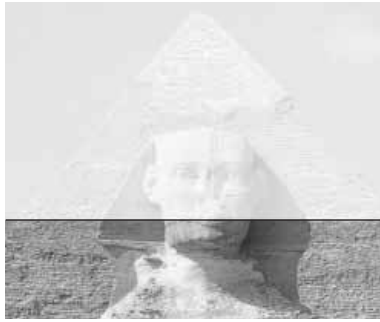
**Opleiding:
College voor Osteopathische Geneeskunde Sutherland**

**Promotoren:
W.I.J. Poels, arts te Bussum
R.K.Muts, osteopaat D.O. te Amsterdam**



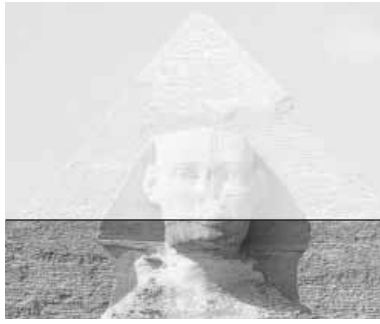
Inhoud deel 1

	Pagina
Voorwoord	8
Hoofdstuk 1.	
Geschiedenis van de geneeskunde	
1.1. Inleiding	10
1.2. Magisch-religieuze denken	12
1.2.1. Archaische culturen en natuervolkeren	12
1.2.2. Oud-Egypte	13
1.3. De Grieken	13
1.3.1. Archaische periode	13
1.3.2. Corpus Hippocraticum	13
1.4. Grieks-Romeinse periode	14
1.5. De Arabieren	14
1.6. De Middeleeuwen	15
1.7. De Renaissance	15
1.8. De zeventiende eeuw	16
1.9. De achttiende eeuw	17
1.10. De negentiende en twintigste eeuw	17
1.11. Schematische voorstelling van de evolutie tot het reguliere paradigma	18
1.12. Besluiten en discussie	19
Hoofdstuk 2.	
Osteopathie	
2.1. Persoonlijke geschiedenis van A.T. Still: Familiaal en opleiding	21
2.2. Medische alternatieve therapieën in Stills' tijd	23
2.3. Historische bronnen	24
2.4. Het osteopathisch concept van A.T. Still	24
2.5. Verdere geschiedenis van de osteopathie	25
2.6. Evolutie van de osteopathie	27
2.7. Besluiten	29
Hoofdstuk 3.	
Filosofie van de geneeskunde	
3.1. Het paradigma van de geneeskunde	30
3.1.1. Het begrip "paradigma"	30
3.1.2. Het regulier paradigma	30
3.1.2.1. Reductionisme	30
3.1.2.2. Causaliteit	31
3.1.2.3. Dualisme	31
3.1.2.4. Externe etiologie	32
3.1.2.5. Geneeskunde, een wetenschap	32
3.1.2.6. Houding tegenover ziekte en lijden	32



Geschiedenis en filosofie

	Pagina
3.1.3. Het alternatieve paradigma	32
3.1.3.1. Holisme	32
3.1.3.2. Symboliek	34
3.1.3.3. Individualiteit	34
3.1.3.4. Dynamisch proces	35
3.1.3.5. De relatie arts-patiënt	35
3.1.4. Randgebieden	35
3.2. Kanttekeningen bij de reguliere geneeskunde	36
3.3. Kanttekeningen bij de complementaire geneeswijzen	38
3.3.1. Actiemechanisme	38
3.4. De complementaire therapeut	38
3.4.1. Proces en sociale positie van de alternatieve therapeut	38
3.4.2. Capaciteiten van de therapeut	39
3.5. Plaats in de gezondheidszorg	39
3.6. Diagnostiek	40
3.7. Preventie	41
3.8. Placebo	42
3.9. Evaluatie van therapie, methodologie van het onderzoek	44
3.10. Epistemologische ruptuur	45
3.10.1. Wetenschappelijke inzichten	45
3.10.2. Het nieuwe paradigma	47
3.10.3. Toepassing van systeemdenken op de organisatiepatronen in levende wezens	47
Besluiten van de literatuurstudie met discussie en aanbevelingen	50



Geschiedenis en filosofie

Voorwoord

Hierbij wil ik de mensen bedanken die mij hielpen bij het tot stand brengen van de thesis. Jean Pierre Hamerlinck bedank ik om mij in contact te hebben gebracht met de heren Veldstra en de Ree.

Ik dank Leo Veldstra en Siebe de Ree om het vertrouwen waarmee ze een voor hen onbekende Belg adopteerden in het project waarop ze al enige tijd broedden. De samenwerking met hen en de humor van Leo waren een stimulans om door te zetten.

Mijn dank gaat ook uit naar de promotoren Rob Muts en Lambert Poels. Rob Muts heeft met weinig tijd en een heldere kijk geholpen om de thesis tot één geheel te maken.

Patrick Van Dun bedank ik voor de nauwgezette en kritische lezing van de eerste teksten.

Yves Lepers oriënteerde mij in de filosofische jungle en leende diverse boeken uit.

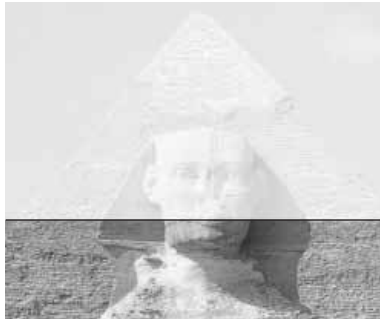
Ook Agnes Engelen dank ik voor het uitlenen van boeken en de osteopatische en morele ondersteuning.

Van Hugo Van Puymbroeck leende ik geschiedenisboeken en de wetenschap waar te beginnen in de historie van de geneeskunde.

Etienne Cloet bedank ik voor de referenties over osteopathische literatuur en Max Girardin en Pierre Louis Ceulemans voor de geleende boeken.

Philip Van Kelst, mijn partner, bedank ik voor de computerinfrastructuur en -onderricht, om bij mij te zijn gebleven en voor de steun.

Mijn dochters, Loes en Flore gaven mij redenen om te relativieren. Bedankt.



Geschiedenis en filosofie

Deel 1. Geschiedenis en filosofie van de geneeskunde

Inleiding

In de volgende hoofdstukken wordt aan de hand van de geschiedenis en de filosofie van de geneeskunde een beeld gegeven van de fundamenteën van de huidige geneeskunde: de reguliere en complementaire vormen.

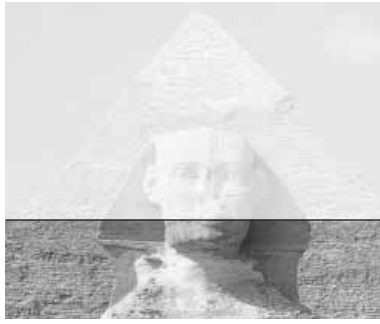
Wij koppelen hieraan conclusies die krachtlijnen kunnen zijn voor de profilering en positionering van het beroep osteopaat.

In het eerste hoofdstuk worden de hoofdlijnen van de geschiedenis besproken voor zover ze aan de oorsprong liggen van huidige relevante paradigma's en inzicht geven in hiaten in de huidige gezondheidszorg.

In het tweede hoofdstuk wordt de geschiedenis en de inhoud van de osteopathie belicht als aanzet om de meerwaarde en de grenzen ervan in de globale gezondheidszorg te bekijken.

In het derde hoofdstuk wordt de filosofie van de geneeskunde met de paradigma's van de reguliere en de complementaire geneeswijzen geschetst en becommentarieerd. Er wordt aandacht besteed aan het impact van nieuwe wetenschappelijke inzichten uit de twintigste eeuw.

Het vierde hoofdstuk besluit met voorlopige conclusies en aanbevelingen naar sociale positie, opleiding en wetenschappelijk onderzoek.



Hoofdstuk 1. Geschiedenis van de geneeskunde

1.1. Inleiding

Er zijn dwingende gronden om zich met de geschiedenis van de geneeskunde in te laten, aldus C. Lichtenhaeler (19). De geestes- en sociale wetenschap die de geschiedenis is, corrigeert de eenzijdigheid van de natuurwetenschappelijke, technische geneeskunde. Om toekomstige kaders te creëren, is het heden onvoldoende, het verleden leert meer.

Hij motiveert als volgt: "Schliesslich mögen Sie auch spüren, welchen Gefahren eine Wissenschaft ausgesetzt ist, die jede Beziehung zur Vergangenheit abgebrochen hat. Entweder sie neigt dazu, den gegenwertigen Zustand für endgültig zu halten, wobei ihr peinliche Überraschungen nicht erspart bleiben, oder sie schwebt im luftleeren Raum und beugt sich jeder neuen Modeströmung, weil ihr eigene Massstäbe fehlen, um Wohl und Übel auseinanderzuhalten." (19, p. 35)

Hij betoogt verder dat de geschiedenis een proces is en dat een crisis, zoals nu in de geneeskunde, pas begrepen kan worden als het verleden uitgebreid bekeken wordt, zodat er voldoende vergelijkingsmogelijkheden zijn. Dit behoort tot de medische opvoeding.

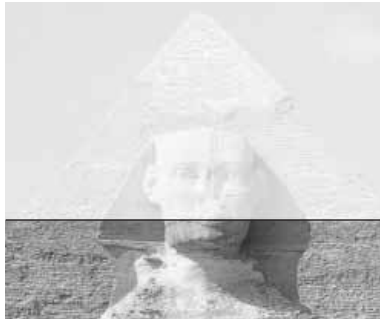
In de negentiende eeuw hadden artsen een humanistische opvoeding gehad naast hun wetenschappelijke opleiding. Nu is de opleiding in naam van de wetenschap eng materialistisch.

"Die von diagnosen und Therapie beherrschte Heilkunde nahm einen vorwiegend technischen Charakter an, und die Ärzte verlernten das Denken, die "Reflexion". (19, p. 40). Vroeger werden artsen opgeleid zonder kennis van de geschiedenis, laat staan filosofische beschouwingen over vroegere of heersende paradigma's. Hier komt stilaan verandering in. Aan de universiteiten in Gent en Antwerpen is er in het laatste jaar de mogelijkheid om vrijwillig een cursus van 10 uren over de geschiedenis van de geneeskunde te volgen en de mogelijkheid voor een cursus medische antropologie. In Leuven bestaat hierover geen cursus. Wel wordt vanaf 1999 in het eerste jaar een cursus over antropologische thema's uit de hedendaagse filosofie gegeven. Toch krijgt slechts een fractie van de studenten enige notie van de geschiedenis en filosofische kaders.

Vroeger was de vorming echter nog armer en enkel op medische kennis gericht, terwijl nu grondige verandering in de curricula beogen artsen te vormen die aangepast zijn aan de veranderde maatschappelijke context en medische wetenschap. Hierover wijden we uit in het hoofdstuk "filosofie van de geneeskunde".

In de door ons gevolgde opleiding osteopathie (College Sutherland) was er geen reflectie rond filosofische en historische of sociale aspecten. De NAO, voorheen ATSA, geeft hieraan meer aandacht in de lessen casuïstiek van de laatste jaren.

Henry Sigerist (26) benadrukt dat de geschiedenis niet beoordeeld mag worden vanuit een hedendaags westers standpunt, maar vanuit een universeel oogpunt. De Westerse en Indische geneeskunde waren in de oudheid en de Middeleeuwen bijvoorbeeld even effectief. De Renaissance was een cruciale periode in het westen, mogelijkkerwijs kent bijvoorbeeld India nu zijn grote "renaissance" door de combinatie van de Westerse technische kennis en de eigen tradities (ziel).



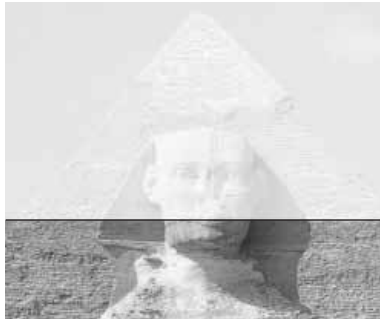
Geschiedenis en filosofie

Onze geschiedenis wordt beschreven aan de hand van de opsomming van een hoop mannennamen. Nochtans zijn ontdekkingen nooit de prestatie van één man. Een hele sociale context maakt dit pas mogelijk.

"The very popular hunting for "Fathers" of every branch of medicine and every treatment is, therefore, rather foolish ; it is unfair not only to the mothers and the ancestors but also to the obstetricians and midwives." (26, p. 13)

De geschiedenis zoals wij hem hieronder belichten, is de synthese van gegevens van H. Sigerist (25 en 26), C. Liechtenhaeler (19), F.A. Sondervorst (28), G.A. Lindeboom (20), P. Corriat (7) en A. Abehsera (1).

Wij besteden vooral aandacht aan de perioden die ons inziens extra relevant zijn in het licht van de huidige medische en osteopathische context. De "geschiedenis van de geneeskunde" omvat dus veel meer dan wat hieronder geselecteerd werd. De keuze werd bepaald met het oog op de relevantie voor het ontstaan van het huidige westers regulier paradigma en osteopathie.



1. 2. Magisch-religieus denken

1. 2.1. Archaische culturen en natuurlvolkeren

De magisch-religieuze denkwijze hoort bij het wereldbeeld van de "eerste" mens (tot gedeeltelijk ook Oud-Egypte en Mesopotamië) en huidige natuurlvolkeren in Zuid-Amerika, Afrika en Oceanië. Binnen dit wereldbeeld beheersen universele hogere machten het leven. Men heeft geen besef van natuurwetten of een rationele realiteit.

Minder ernstige ziekten en trauma's worden behandeld met planten, mineralen, heekunde (zelfs trepanaties). Bij ernstigere ziekten wendt men zich naast medicatie tot magie en is de hulp van een medicijnman nodig. Verschillende etiologiën vergen een aangepaste behandeling.

Hierna sommen wij de belangrijkste ziekte-oorzaken op:

- * Object-intrusie bestaat erin dat een voorwerp door iemand anders in het lichaam van de zieke wordt gebracht bv. glas, een houtsplinter... De naam "Hexenschuss" voor lumbago is hiervan nog afkomstig.
- * De ziel kan ook door magie uit het lichaam gedreven worden.
- * Het "kwade oog" kan al dan niet opzettelijk iemand ziek maken.
- * Tenslotte kunnen beledigingen van geesten de wraak van voorouders afroepen. Toeval bestaat niet in deze wereld waar de geesten alomtegenwoordig zijn.

Naast een minimum aan hygiëne (baden, voedselbewaring, maatregelen bij epidemies...) is het volgende belangrijk voor een gezonde levenswijze: het respecteren van taboes en voor-tekens, begrafenisrituelen om zich te beschermen tegen de overledene, offers brengen om de geesten te behagen en zich tegen magie beschermen met bijvoorbeeld amuletten.

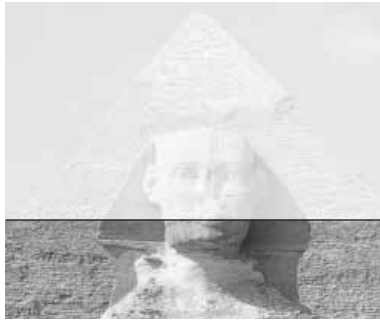
De behandeling bestaat, afhankelijk van de oorzaak, uit biechten, uitroepen van geesten, gebruik van medicinale planten, aderlaten of magisch-religieuze rituelen ...

H. Lichtenstein stipt een zestal kenmerken aan die relevant zijn naar actuele kaders.

- * Tot op heden zijn bepaalde therapieën overgenomen (aderlaten, gebruik van braakmiddelen, medicinale planten, purgeermiddelen, trepanatie). Zij lijken dus enig objectief nut te hebben.
- * De sterke suggestiekracht, die de medicijnman gebruikt, is als het ware herontdekt in hypnose en psycho-analyse.
- * Vanuit sociologisch gezichtspunt is het cruciaal dat de zieke en de groep dezelfde geloofsovertuiging hebben. In die context versterken de rituelen de sociale structuur en de macht.
- * Animisme heerst in deze culturen: alles in de natuur is bezielde en wordt door die spirituele entiteit geleid. Deze idee vindt men terug in het pneumatisme en vitalisme in latere eeuwen: doctrines waarin het "levensprincipe" vooropgesteld wordt als kracht die het organisme doet leven en organiseert.
- * Monomisme wijst op de psycho-fysiologische correlatie die men ervaart. Ziekte heeft een existentiële zin. Dit verwijst naar de huidige term "holisme". Over holisme wijden wij verder uit in het hoofdstuk "filosofie van de geneeskunde".

Er wordt voldaan aan de grondbehoefte aan religie en aan mythe. Het dualisme lost op in de mystieke eenheid: de mens heeft deel aan de geestelijke wereld en omgekeerd.

Dit verschaft zekerheid en geborgenheid. Ook nu is het duidelijk dat een therapeut ook als zielenzorger wordt aangesproken.



1.2.2. Oud-Egypte

In de embryogenese van de geneeskunde zien wij hier de volgende stap.

Naast het magisch-religieuze is ook het empirisch-rationele element aanwezig; uitgebreide papyrussen werden gevonden met uitleg over systematisch onderzoek naar symptomen en klinische tekens (inspectie en onderzoek dat bestaat uit palpatie, ruiken, functionele tests) die tot een bepaalde diagnose leiden. Die bepaalt het verdict: de zieke is al of niet te behandelen.

1.3. Grieken

1.3.1. Archaische periode

Gegevens uit de Homerische, epische gedichten illustreren een religieuze geneeskunde in de negende eeuw voor Christus.

Vanaf de zesde eeuw voor Christus tot de eerste eeuw er na is de cultus van Asclepios populair. Asclepios is de zoon van Apollo en een sterfelijke vrouw. Hij wordt opgeleid in de geneeskunde door centauren en door Zeus gestraft omdat hij met zijn kennis de dood overwint.

In deze mythe herkennen wij de morele verantwoordelijkheid van artsen. De tempels van Asclepios zijn centra van religieuze geneeskunde waar artsen opgeleid worden (ook Hippocrates) en zieken genezen door spirituele zuivering en eventuele operatie. Later werden er orakels geraadpleegd.

1.3.2. Corpus Hippocraticum

Dit omvat een groot aantal boeken van verschillende auteurs en scholen uit de vijfde en vierde eeuw voor Christus. Het getuigt van een doorbraak van het rationele denken en vertoont een rijke medische kennis. Deze wordt als de basis voor de westerse geneeskunde beschouwd.

Essentieel is het zoeken naar natuurwetten. De natuurlijke genezende krachten (*vis medicatrix naturae*) worden ook aangesproken om te helen. Pythagoras bijvoorbeeld was een mystieke mathematicus die op het ziekteverloop zijn getallentheorie toepaste en ook de eed van "Hippocrates" op zijn actief heeft. Hij definieert gezondheid als een conditie van evenwicht waaraan een hygiënisch model ten grondslag ligt dat aandacht schenkt aan dieet, psychosomatiek, muziek...

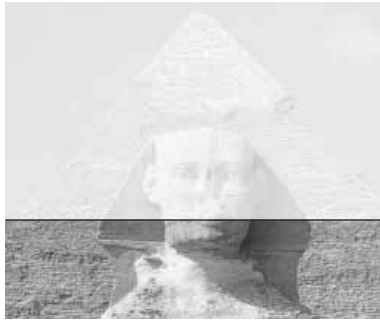
In de medische scholen wordt wetenschappelijk werk geleverd: de eerste oogdissectie en de elemententheorie die de basis van de scheikunde is.

De geneeskunde is niet meer archaisch (waarbij het symptoom uitgangspunt is) maar er is een theoretische basis die naast empirie de therapie fundeert. De ervaring moet door de rede verwerkt worden, want is op zich een onvoldoende basis. Ziekte is niet meer een straf van de goden, maar heeft natuurlijke oorzaken waarin omgevings-factoren belangrijk zijn. De prognose hangt van de klinische tekens af en de therapie bestaat vooral uit dieet, medicatie en heelkunde in nood.

De opvatting van Pythagoras over het ontstaan van ziekten wordt weergegeven in de humorale pathologie, die wij hier beknopt schetsen.

* Gezondheid is een evenwicht dat afhankelijk is van bepaalde kwaliteiten (warm/koud, droog/nat, zoet/bitter) en essentiële bestanddelen: lucht, vloeistoffen (bloed, zwarte en gele gal, slijm, water...).

* Accumulatie van vloeistof (plethora) is pathogenetisch en hangt af van voeding.



Ook traumata en de atmosferische condities (o.a. seizoenen) zijn een mogelijke etiologie. Verder werden verschillende constitutionele types onderscheiden. Er werd niet gezocht naar een stelsel van ziekten.

Zoals G.A. Lindeboom het zegt over Hippocrates: "Door in de beschouwing van het ziektegeval grote nadruk te leggen op de psychische en somatische constitutie, de bijzondere omstandigheden en het geheel van de lijder, stichtte hij een school die de geneeskunde beoefende in een geest waaraan zijn naam voor altijd bleef verbonden: deze geneeskunde individualiseert, bestudeert de zieke mens en pas daarna de ziekte." (20, p.36)

In die zin wortelt osteopathie in de hippocratische traditie en is dit een ambitie van de reguliere geneeskunde, zoals verder in de thesis zal blijken.

Ook in de Griekse tijd bestond er een andere strekking zoals in de school van Cnidos waar vooral naar een classificatie van ziekten gezocht werd, meer geabstraheerd van de individuele patiënt.

1.4. De Grieks-Romeinse periode

Griekse artsen waren in het Romeinse Rijk het meest toonaangevend en gerespecteerd. De Romeinen hebben uitgebreide encyclopedieën gemaakt van de overgeleverde Griekse geneeskunde.

Galenus van Pergamum (129 tot 200 na Christus) oversteeg het niveau van zijn voorgangers. Hij schreef uitgebreide fysiologische en anatomische werken en verzette zich ook tegen de toen heersende medische sektes.

Zijn encyclopedische kennis was enorm en zijn werken hebben meer dan duizend jaar de westerse geneeskunde beheerst. Hij lanceerde de idee van het experiment dat hij toepaste door dierssecties te doen op apen. Volgens hem kwamen ziekten voort uit organische laesies en is de natuur bron van genezing ("natura medicatrix").

Verder was er een voortdurende polemiek tussen de verschillende filosofische scholen in die tijd: eclecticisme, sensualisme, scepticisme, methodisme en pneumatisme.

Eclecticisme is een doctrine die van bestaande systemen de meest waardevolle standpunten naast elkaar plaatst om zo te komen tot een nieuw samenhangend systeem.

Sensualisme stelt dat al onze kennis wortelt in gevoelens, gewaarwordingen.

Scepticisme ontkent dat ons denken tot algemene waarheden kan besluiten. Een scepticus stelt zijn oordeel uit tot na zijn onderzoek.

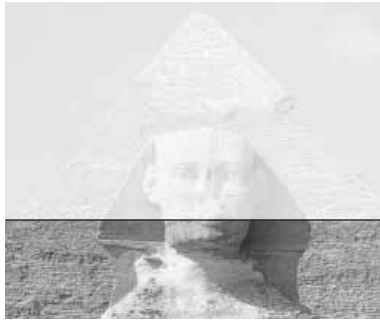
Methodisme vereenvoudigt de geneeskunde tot drie essentiële ziekte-categorieën en stelt consequent drie fundamentele behandelingstypen voor.

Pneumatisme is een doctrine die beweert dat alle manifestaties van leven te danken zijn aan de levensadem, "pneuma". Dit is een begrip dat A.T. Still ook bekend is en waarvan hij gebruik maakt naast de "vis medicatrix naturae", de natuurlijke geneeskracht.

1.5. De Arabieren

Een belangrijke verdienste van de Arabieren is de vertaling van de Griekse en Romeinse geschriften. Via hen zijn deze tot ons gekomen.

Avicenne (980 tot 1037 na Christus) is de bekendste arts-filosoof uit die tijd. Zijn "Canon" is een overzicht van de gehele toenmalige geneeskunde en werd nog eeuwenlang gebruikt en vertaald. Naast differentiaaldiagnostiek van o.a. pulmonaire aandoeningen, gebruik van de forceps bij moeilijke bevallingen, de fysiologie en anatomie van Galenus en de werken van Hippocrates, biedt hij een overzicht van de gehele geneeskunde, ook de Indische en Perzische geneeskunde.



1.6. De Middeleeuwen

In de Middeleeuwen ontstaan er hospitalen en officiële medische scholen. Monniken zorgen voor vertalingen van voornamelijk Arabische manuscripten, die ze van kruistochten meebrachten en waarlangs de Griekse erfenis tot ons kwam.

Maatschappelijk was het een tijd van ontredde door de grote epidemieën van lepra, pest, pokken, dysenterie, Sint-Vitusdans e.a.. Geloof en bijgeloof brachten hierin weinig soelaas en resulteerden o.a. in heksenprocessen, een poging om het kwade te lokaliseren en uit te bannen.

Wetenschappelijk stond de tijd stil; enkel theologen schreven hun dogmatische waarheden over geneeskunde. In deze tijd waren religieus-magische elementen dwingender dan rationele. Anatomische observaties of experimenten waren uit den boze.

Aan het einde van de Middeleeuwen was het ontstaan van de boekdrukkunst cruciaal voor de verspreiding van het verworvene uit vroegere perioden.

1.7. De Renaissance

Door de verspreiding van de ideeën uit de Grieks-Romeinse geneeskunde en filosofie en door de ontdekking van nieuwe continenten, wordt de mens zich bewust van zijn menselijke vrijheid, waardigheid en individualiteit. Het humanisme betekent voor de geneeskunde een tijd van waarneming van de natuur: de zieke, de gezonde en ook de dode mens.

Paracelsus (1493-1541) schrijft een uitgebreide farmacopee en verwerpt de geneeskunde van Galenus en Avicenne. Zijn kosmische en theologische ideeën zijn voor de therapie van belang en leiden tot een idee dat wij ook uitgesproken bij A.T. Still terugvinden.

Lindeboom formuleert: "God heeft voor iedere ziekte het middel in de natuur gelegd. Het is slechts de kunst het te vinden." Zijn signaturenleer, waarbij hij een overeenkomst ziet tussen bepaalde planten en organen en dit als een therapeutische aanwijzing beschouwt, vinden wij nu nog terug in bepaalde plantaardige therapieën. Met zijn intuïtieve concepten die tegen de door de kerk geaccepteerde Galenus ingaan, legt hij de basis voor orgaanfysiologie en -pathologie.

J.B. van Helmont (1577-1644) heeft de chemische opvattingen van Paracelsus verder uitgewerkt en is de "vader" van de iatrochemie van de zeventiende eeuw.

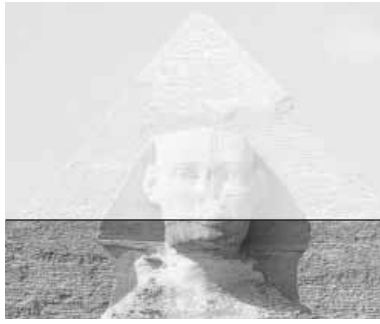
Andreas Vesalius doet baanbrekend anatomisch werk met zijn dissecties en tast door het uitgeven van zijn bevindingen het eeuwenlange gezag van Galenus aan. Het protest tegen zijn ketterijen is aanvankelijk enorm.

Galileo Galilei (1564-1642) is de eerste die een onderscheid maakt tussen religie en de wetenskap te bestuderen natuurfenomenen, die onderwerp van de wetenschap zijn. Observatie is onvoldoende als wetenschappelijk instrument en moet door ervaring getoetst worden. Dit is het fundament van het klinisch experiment.

Santorio Santorio (1561-1636) is één van de grondleggers van de iatrofysica die de vitale fenomenen herleidt tot mechanische acties: alles kan objectief met instrumenten gemeten worden.

William Harvey (1578-1657) ontdekt de bloedsomloop, weer een ketterij tegen Galenus' autoriteit.

De Renaissance is dus een tijd geweest waar de rationaliteit, de waarnemingen en experimenten voor een grote vooruitgang zorgde in de anatomische en fysiologische inzichten.



1.8. De zeventiende eeuw

Deze tijd is gekenmerkt door een terugkeer naar deductieve methoden zoals gebruikelijk in bijvoorbeeld de diverse Griekse scholen, ten koste van inductie, waarneming en experiment zoals in de rationele Renaissance gebruikelijk was. Onvruchtbaar getheoretiseer resulteert in diverse stromingen.

In het roomse, meer verstarde België is weinig vooruitgang, terwijl Nederland door zijn economische bloei en grotere tolerantie wel vooruitgang brengt.

Francis Bacon (1561-1626) poneert dat het ongekende pas te kennen valt door het te induceren, een experiment op te zetten en het dan te bestuderen. Dit is een breuk met het socra-tisch en hippocratisch denken waarbij door deductie, namelijk door iets als een analogie met een bekend fenomeen te beschouwen, de waarheid afgeleid werd.

De filosoof René Descartes (1596-1650) is de grondlegger van het dualisme dat uitgaat van de kloof tussen enerzijds de menselijke geest, het denkende bewustzijn en anderzijds de materie, het lichaam.

Hierop zijn ook de iatrofysica en de iatrochemie gebaseerd.

De iatrochemici in het voetspoor van Van Helmont beschouwen het lichaam als een grote distilleerkolf: de verklaring van levensverschijnselen is gebaseerd op de chemische proces-sen die zich in het lichaam afspelen. Zijn werken werden in Nederland gepubliceerd. In Vlaanderen werd hij vervolgd door de inquisitie.

F. de le Boë Sylvius (hoogleraar in Leiden) deed ontdekkingen door dierexperimenten.

Servet ontdekte de kleine bloedsomloop.

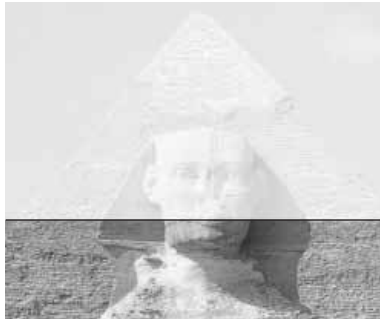
De iatrofysici o.a. Berelli beschouwen het lichaam als een machine in navolging van de filo-soof Descartes' dualistisch mensbeeld (scheiding lichaam en ziel) en de medische visie van Santorio. Het hart functioneert bijvoorbeeld als een pomp, de bloedsomloop als een hydraulisch systeem, de nieren als een filter, een poreus membraan...

De wetten van de fysica zijn de sleutel tot het verklaren van vitale fenomenen.

Het vitalisme is een reactie op deze puur materialistische visies die "het leven" reduceren tot chemie en fysica. De aanhangers van het vitalisme keren terug naar de synthese van ziel en lichaam. Hiermee beroepen zij zich op de leer van de geestelijke vader van het vitalis-me, Hippocrates met zijn "natuurlijke geneeskraft". Van Helmont, ook iatrochemicus wordt als eerste vitalist bestempeld.

Hoe het levensprincipe ook genoemd wordt, de essentie van deze visie wordt door A. Abehsera zo samengevat: "L'homme est un être animé par un principe, le 'principe vital' qui vient baigner toutes les structures du corps. Il organise toutes les réponses normales et anormales de l'être humain aux contraintes internes et externes. La pathologie: une répon-se du principe vital à une contrainte extérieure ou intérieure quelconque. On doit donc respecter sa mise en oeuvre (ex. fièvre, éruptions qui sont des tentatives d' élimination). Le thérapeute doit simplement "contrôler" le déroulement des réponses du principe vital, jamais les supprimer." Hier herkennen wij de betekenis van het vroegere begrip "pneuma" (1, p. 133).

Deze achtergronden waren algemene kennis in de negentiende eeuw. A.T. Still verenigt in zijn filosofie iatrofysica met vitalisme, aldus A. Abehsera. Het levensprincipe is volgens Still gelokaliseerd in bloedvaten en zenuwen. Als hier een obstructie voorkomt, betekent dit dat de zelfgenezende kracht, de vis naturae medicatrix, zijn vermogen verliest.



T. Sydenham (1624-1689) hield zich niet bezig met theoretische bespiegelingen, maar ging terug in de geest van Hippocrates naar de grondige studie van de concrete ziekteverschijnselen en wijzigde de koers van de geneeskunde.

1.9. De achttiende eeuw

Morgagni (1682-1771) formuleert de solidairpathologie in zijn "sedibus et causis morborum" waarin hij stelselmatig de ziekteverschijnselen probeert af te leiden uit het zieke orgaan dat hij bij sectie vindt. De oorzaak van ziekte wordt dus gerelateerd aan een bepaald orgaan.

De beroemde arts-theoloog Boerhaave, een gerespecteerd anatoom en clinicus, zet in Leiden de traditie van Sydenham voort.

A. von Haller (1708-1777), een leerling van Boerhaave, publiceert een onwaarschijnlijk aantal werken, die het hele veld van de geneeskunde en haar hulpwetenschappen omvatten, en honderden experimenten. Hij bewijst o.a. de sensibiliteit van de zenuwen en de prikkelbaarheid van de spieren.

Hahnemann (1755-1843), met homeopathie op basis van de principes "similia similibus" en "potentiëring door verdunning", lanceert een nieuwe chemische benadering.

Mesmer (1734-1815) met magnetisme geeft o.a. de aanzet tot de ontdekking van hypnose. Deze strekking werd in het deel van osteopathie besproken omdat Still hier duidelijk affiniteit mee vertoonde.

In Frankrijk wordt meer theoretisch werk geleverd in de pogingen om een nosologisch stelsel, een ordening van ziekten, te realiseren.

Bichat (1771-1802), patholoog anatoom en vitalist, legt de grondslag voor de weefselleer. De variolatie, inenting met menspokken en later met koepokken, is een eerste vaccinatie die op grote schaal toegediend wordt.

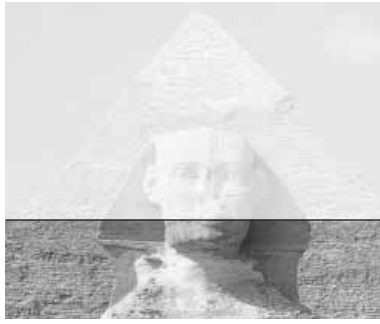
1.10. De negentiende en twintigste eeuw

De grootste revoluties in de medische wereld van de negentiende eeuw zijn te danken aan twee feiten: de ontdekking van anesthesie en de opkomst van de experimentele geneeskunde met Claude Bernard.

Tot de helft van de negentiende eeuw was er nauwelijks iets anders dan opiumdruppels en alcohol beschikbaar om te verdoven. Het gebruik van lachgas is een verbetering die de chirurgie in staat stelt snel te evolueren.

Claude Bernard (1813-1878) is arts en werkzaam in een labo waar hij fysiologische experimenten doet. Hij bezint zich ook over de denkprocessen en het wezen van de geneeskunde en de methoden van wetenschappelijk onderzoek. Zijn overtuiging dat niets bewezen is zonder aan een controle te zijn onderworpen, betekent een revolutie in de wetenschappelijke methodologie. Bernard lanceert ook het begrip "inwendig milieu". Het is essentieel de elementaire organismen te kennen in het inwendig milieu. Het leven en ziekten van het gehele organisme zijn de resultante van de elementaire organismen in het inwendig milieu. Het interne milieu moet een constante samenstelling hebben om cellen te doen overleven. In 1926 noemt Cannon de regulatie van het inwendig milieu homeostasis.

L. Pasteur (1822-1895), leerling van C. Bernard en scheikundige, maakt een einde aan de eeuwenoude theorie van de "spontane generatie" die vooropstelt dat uit dode materie vanzelf levende wezens ontstaan. Hij bewees "panspermie", de alomtegenwoordigheid van kiemen en hoe men deze door verhitting kan doden. Dit is het begin van een reeks identificaties



Geschiedenis en filosofie

van micro-organismen die infecties als lepra, tuberculose, gonorrhoe e.a. veroorzaken en de initiatie van de asepsis in heelkunde en verloskunde. Pasteur heeft altijd nadruk gelegd op het begrip "terrein": kiemen moeten een geschikt terrein hebben om zich te kunnen ontwikkelen en ziekte te veroorzaken. Individuele constitutie en de omgeving spelen hierin een rol. Aan dit tweede deel van Pasteurs' boodschap wordt nog steeds minder belang gehecht.

De anatomopatholoog Virchow (1820- 1902) was als wetenschapper actief in verschillende gebieden: pathologische anatomie, antropologie, archeologie, etnologie en medische geschiedenis. Hij pleitte voor objectieve waarneming als wetenschappelijke basis. Hij lanceerde de cellulaire pathologie waarbij hij de oorzaak van alle levensverschijnselen, dus ook van ziekte, in de cel situeert en poneert dat de zetel van ziekte in de cel te situeren is. Bij Virchow is er nog een enge verbinding tussen de pathologische anatomie en de pathologische fysiologie. Hij verwerpt dus zowel de humorale als de solidaire pathologie. Zijn leerlingen zijn steeds eenzijdiger anatomisch gaan denken waarbij de zetel van ziekte (sedes morbi) en ook van de behandeling gezocht moest worden in de cel. Het medisch denken werd anatomisch gestigmatiseerd en men verliest zicht op het geheel. De geneeskunde wordt analytischer.

De verdere evolutie tot 1940 wordt door allerlei technische vondsten gekenmerkt als: de radiografie, microscopie, ontdekking van hormonen. Ook de psycho-analyse van Freud en de theorieën van Darwin zijn baanbrekend.

Na 1940 luidt de ontdekking van sulfamiden en penicilline door Alexander Fleming het antibiotictijdperk in.

De verdere evolutie in de genetica is een volgende stap naar kennis van steeds kleinere elementen.

De technische vooruitgang en superspecialisaties binnen de geneeskunde zijn niet meer samen te vatten. In het aanschijn van het nieuwe millennium worden de beperkingen van de eenzijdig technische, analytische ontwikkelingen scherp aangevoeld.

De huidige noden die zich op existentieel vlak voordoen, dwingen ons tot verdere bezinning. De geschiedenis kan ons leren waar we contact verloren met essentiële elementen. Anderzijds leiden wetenschappelijke inzichten van de laatste decennia op andere gebieden dan de geneeskunde tot nieuwe paradigma's die de fundamenteen zijn voor een nieuwe evolutie. Dit wordt verder uitgewerkt in het hoofdstuk "filosofie van de geneeskunde".

1.11. Schematische voorstelling van de evolutie tot het regulier paradigma

500 v. Christus:

*Metafysische opvatting over ziekte.

*Thales, natuurfilosoof, streeft exacte natuurkennis na.

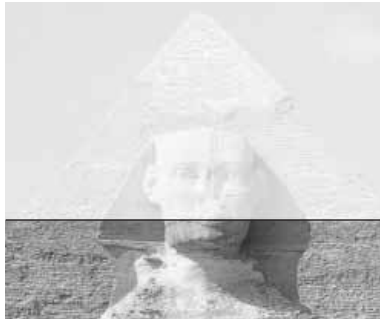
*Hippocrates en later Galenus formuleren de humoraalpathologie (het oudste paradigma).

*Griekse filosofen (o.a. Socrates, Plato en Aristoteles) inspireren verschillende medische scholen.

1000 n. Christus:

*De Middeleeuwen brengen weinig wetenschappelijk vooruitgang.

*De Arabische geneeskunde slaat de brug tussen de Griekse wereld en de westerse wereld.



1500 n. Christus:

- * Beneveni brengt het klinisch verloop van ziekte in verband met de bevindingen van dissecties.
- * Dank zij de boekdrukkunst is er een grote doorstroming van medische informatie.

1550 n. Christus:

- * Vesalius anatomische beschrijvingen zijn fundamenteel voor de moderne anatomie.
- * het humanisme was een grote stimulans voor de anatomie en ook de chirurgie (Ambrosius Paré) ontwikkelde verder.

1600 n. Christus:

- * Harveys' ontdekking van de bloedsomloop betekent het begin van de moderne fysiologie.
- * Descartes formuleert het dualisme dat tot op heden de basis is voor de psychosomatiek. Hieruit ontstaan de iatrofysica en de iatrochemie.

1750 n. Christus:

- * Morgagni formuleert de solidairpathologie, het tweede grote paradigma in de geneeskunde.
- * Bichat legt de grondslag voor de weefselleer.

1850 na Christus:

- * Virchow induceert de cel in de pathologie, legt dus de basis voor de cytologische diagnostiek.

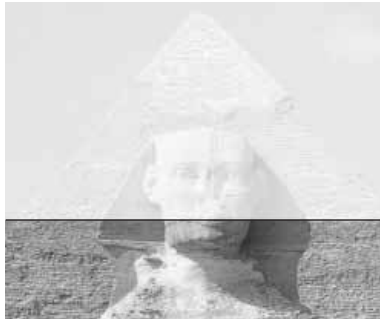
1.12. Besluiten

De humoraalpathologie vormde vanaf Hippocrates, en zeker vanaf Galenus, tot in de moderne tijd het paradigma van de pathologie. In de Renaissance krijgt de anatomische benadering met Vesalius en de mechanistische visie met Harvey vaste voet in de solidaire geneeskunde. In de ziekteleer wordt die anatomische benadering versterkt door Morgagni en Virchow voegt daaraan nog mechanistische termen.

Daardoor wordt de solidair-anatomische traditie reductionistisch. Het humoraal paradigma wordt volledig verdrongen. Wij citeren H. Verbrugh (33, p. 123): "Hierin worden verschijnselen met betrekking tot ziekte alleen erkend als legitieme problemen voor zover hierbij op enigerlei wijze sprake is van een lokaliseerbare laesie, d.w.z. een macroscopisch of microscopisch zichtbare, ruimtelijk-structurele voorhanden afwijking aan organen, weefsels en/of cellen, of een als zodanig voorstelbare afwijking, die dan gerelateerd moet zijn aan structurele afwijkingen die op cellulair of subcellulair niveau kunnen worden vastgesteld; zo'n laesie moet of aangetoond zijn of de feitelijke stand van zaken in het onderzoek moet in het vooruitzicht stellen dat deze kan worden gevonden met de door het paradigma gelegitimeerde methoden... Van dynamisch-processuele aspecten, los van een verwijzing naar laesie(s), is geen sprake; evenmin van een holistische of kosmologische visie." Zoals in het derde hoofdstuk beschreven levert dit paradigma niet alle antwoorden met betrekking tot ziekte in de moderne geneeskunde.

De alternatieve historische traditie van de humoraalpathologie komt in aanmerking om antwoorden te zoeken.

Voor deze heroriëntatie op de humoraalpathologie moet een "decodering" doorgevoerd worden, een vertaling naar hedendaagse begrippen. Men komt dan tot vier volgende kenmerken die in het licht van de huidige problemen relevant zijn.

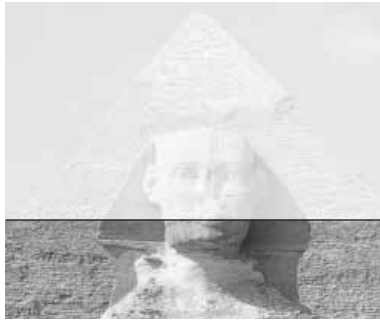


Geschiedenis en filosofie

1. Het holistisch karakter.
2. Het lichaam wordt als een geheel doorleefd: dynamische en processuele aspecten van lichamelijke primieren op het lokaliseren van een probleem in een orgaan of lesie.
3. Gerichtheid op klinische verschijnselen zonder zoeken naar laesies.
4. Nadruk op de zelfgenezende tendenzen van het lichaam en op de zelfverantwoordelijkheid van de zieke om keuzes te maken.

Op deze manier blijken beide historische paradigma's relevant om de epistemologische ruptuur te overbruggen waarvan sprake in hoofdstuk 3.

De magisch-religieuze aspecten in de geneeskunde worden niet meer onderkend en zeker niet bewust gehanteerd in de westerse geneeskunde. Dit aspect komt in het derde hoofdstuk aan bod (3.1.3. en 3.3.6.)



Hoofdstuk 2. Osteopathie

2.1 Persoonlijke geschiedenis van A.T. Still: familiaal en opleiding

Binnen het opzet van deze thesis achten wij het opportuun een kort overzicht te geven van de persoonlijke achtergrond van A.T. Still en wel om volgende redenen.

Osteopathie is niet enkel produkt van een bepaalde tijd, maar ook van de ontwikkeling van een bijzonder man. Zijn levenservaring en persoonlijkheid maakten het ontstaan van osteopathie mogelijk. R.E. Sutter bij P. Corriat vergelijkt A.T. Still met W. Osler, een arts uit dezelfde periode in Amerika.

De parallellen tussen hun beider biografieën zijn opvallend: fascinatie voor de natuur, religiositeit, interesse in anatomie, stellingname tegen alcohol en medicatie. Ook Osler zoekt alternatieve behandelingswijzen, waarbij hij naast acupunctuur ook manuele behandelingen doet. Beiden gaan ze terug naar de hippocratische traditie om de zelfgenezende kracht te gebruiken en de mens te beschouwen in zijn totale context.

Zij ijveren voor een preventieve geneeskunde. En toch verdwijnt Osler in de vergetelheid na een academische carrière terwijl osteopathie verder leeft. De moed om niet te conformeren, vast te houden aan het concept zonder compromissen, heeft tot iets nieuws geleid. De hierna volgende gegevens zijn een synthese van informatie van A. Abehsera, 1986 (1), C.E. Still Jr., 1991 (31), P. Corriat (7, 8, 9, 10), N. Gevitz 1982 (15), G.W. Northup 1979 (23) en A.T. Still.

Over Still, zijn leven, werken en opleiding, is pas later geschreven. Still zelf schreef op hoge leeftijd een autobiografie. Feiten en data zijn echter niet altijd exact of chronologisch beschreven.

Er zijn dan ook onduidelijkheden en tegenstrijdigheden hieromtrent, niet in het minst over zijn opleiding en boekenwijsheid. De taal van Still is zo beeldend en doorspekt met parabels en allegorieën, dat ze niet evident te vertalen is naar onze begrippen.

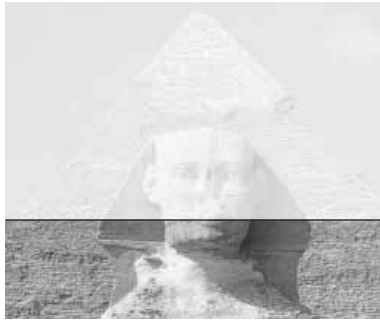
Andrew Taylor Still, grondlegger van osteopathie, werd geboren in 1828 in Virginia. Zijn vader was arts, methodistisch zendeling en landbouwer. Als zendeling moest hij regelmatig verhuizen. Hij observeerde en respecteerde de natuur, Gods' creatie.

Ook vanuit zijn geloofsovertuiging was hij fervent antislavernij prediker, wat in Missouri controversieel was in die tijd. Om die reden was hij genoodzaakt te verhuizen naar Kansas met zijn familie.

Andrew erfde de overtuigingen van zijn vader en zijn koppigheid. In 1850 werd zijn vader zendeling bij de Shawnee-Indianen. Vanaf 1852 werd Andrew leerling-arts bij zijn vader, wat toen de gebruikelijke medische scholing was.

Sommigen volgden nadien een vier à zes maanden durende opleiding aan een medical college. Het is onduidelijk of Still les volgde aan het Kansas Medical College. Hij is er zeker niet afgestudeerd.

Hij deed mee aan huisbezoeken en studeerde anatomie, fysiologie, kleine heelkunde en materia medica. In deze periode begon hij ook met dissecties op Shawnee-Indianen, toen



Geschiedenis en filosofie

een cholera-epidemie daar vele slachtoffers maakte.

In 1859 stierf één van zijn kinderen vier dagen na de geboorte en een maand later zijn vrouw, die door het harde pioniersleven al veel gezondheidsproblemen had gekend. In '60 hertrouwde Andrew met Mary Turner: zij kregen nog vijf kinderen.

De medische technieken die sinds ongeveer 1770 gebruikt werden, beperkten zich tot overvloedig aderlaten bij acute ziekten, gebruik van purgeer- en braakmiddelen en allerlei toxische en verslavende middelen zoals kalomel, kwikchloride, strychnine, digitalis en morfine. Andrew contesteerde deze gang van zaken en reduceert het medicatiegebruik. Hij was daarenboven gefascineerd door technologie en verbeterde van 1855 tot 1870 verschillende landbouwmachines. Hieruit, en uit een ervaring die hij als kind had, resulteerde zijn idee om mechanische hulp uit te proberen bij kwetsuren. Als kind had hij ontdekt dat rusten op een touw onder de nek hem van zijn recidiverende hoofdpijn kon verlossen.

Still behaalde successen met zijn manipulaties, maar werd door een priester veroordeeld omdat hij zijn "handen legde als Christus". Ook zijn collega's van de Baker University van Baldwin in Kansas City weigerden hem een forum om zijn ideeën uiteen te zetten.

De sessie-oorlog duurde van 1861 tot 1865. Still werd ingelijfd en werkte als arts en chirurg. Ook daar maakten infectieziekten meer slachtoffers dan verwondingen. Still raakte door een val van zijn muilezel gewond en bleef daar levenslang ruglast aan overhouden

1864 was een dramatisch jaar voor de familie Still: ze verloren drie kinderen in een epidemie van spinale meningitis en later nog één door een pneumonie.

Still ging nog fanatieker anatomie studeren. Hij vond spiercontracturen langs de wervelzuil en later trokken de temperatuursveranderingen van de huid bij bepaalde ziekten o.a. acute infecties zijn aandacht. Hij begon ook bij infectieziekten te manipuleren.

In '67 stierf zijn vader aan pneumonie. Still ging zich nog meer van de officiële geneeskunde afkeren en legde zich toe op de studie van o.a. mesmerisme, evoluthietheorie, magnetisme, spiritualisme, mechanica en anatomie.

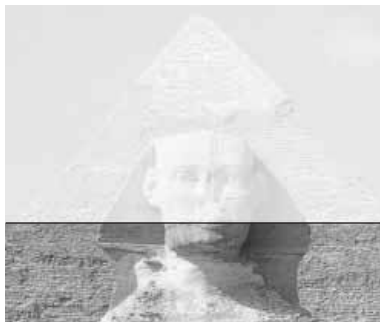
Hij werd als een zonderling beschouwd en gemeden door de velen die rekening hielden met de veroordeling door de priester. Zijn onconventionele kleding en zijn gewoonte om rond te lopen met een zak botten over zijn schouder om patiënten uitleg te geven, versterkte nog dit imago. Toen ook de oogstmislukking voor een financiële ramp zorgde, moest Still verhuizen. Uiteindelijk vestigde hij zich in Macon. Still bleef een non-conformist. Hij noemde zichzelf achtereenvolgens: "magnetisch genezer, menselijk ingenieur en lightning bonesetter".

In paragraaf 2 wordt beschreven wat de betekenis is van de termen "bonesetter" en "magnetisch heler": dit waren bestaande begrippen in Stills' tijd.

Still situeerde de geboorte van zijn concept op 22 juni 1874, 10 uur. Een moment van Gods' openbaring, waarbij hij geraakt werd in de "dome of reason".

In 1878 vestigde Still zich uiteindelijk in Kirksville, waar hij na succesvolle behandelingen door maatschappelijk belangrijke figuren werd erkend. Daardoor kreeg hij financieel meer armslag. Dit werd door de collega's echter als bedreigend ervaren en in 1881 werd een rechtszaak tegen hem gevoerd waarin hij beschuldigd werd van uitoefening van geneeskunde zonder licentie. Hij werd hierin vrijgesproken.

Uiteindelijk kreeg hij zoveel werk in de jaren '80, dat hij medewerkers wilde opleiden. Dit resulteerde in 1892 in de oprichting van de "American School of Osteopathy" (ASO) in



Kirksville, waar de wetenschap van osteopathie werd gedoceerd aan elf studenten, waaronder vier van Stills' eigen kinderen en enkele ex-patiënten .

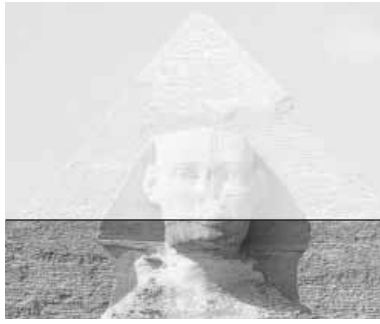
Still bleef zich tot op hoge leeftijd inzetten voor de school en de praktijk. Hij bleef insisteren op het bewaren van het concept. Hij was bekommerd om de kwaliteit van de opleiding en zocht docenten die het concept begrepen. Hij hield ook vast aan een strikt alcoholverbod voor patiënten, docenten en studenten. In 1917 is A.T. Still overleden.

Zijn filosofie is de belangrijkste erfenis, die later verdere toepassingen kreeg door de inzichten van Sutherland e.a. en waarvan de limieten nog niet gekend zijn.

2.2. Medische alternatieve therapieën in Stills' tijd

N. Gevitz haalt alternatieve medische systemen uit de negentiende eeuw in Amerika aan waarvan niet geweten is of A. Still erover gelezen heeft, maar waarvan aangenomen kan worden dat hij de boodschap kende.

- * Samuel Thompson (1769-1843) stelt voorop dat ziekte het gevolg is van de onmogelijkheid van het lichaam om de juiste temperatuur te handhaven en stelt in die context het gebruik voor van aderlaten, kalomel en plantaardige middelen die doen zweten of braken. Hij verzet zich tegen de wet op het uitoefenen van de geneeskunde omdat iedereen het beter kan doen dan de orthodoxe artsen.
- * Homeopathie, Hahnemann (1755-1843), komt vooral op in de steden en wordt na de burgeroorlog in aparte scholen gedoceerd.
- * Wooster Beach (1794-1868) heeft met zijn eclecticisme vooral in de landbouwgebieden succes. Hij experimenteert met plantaardige middelen en is even empirisch als de reguliere artsen. Voor de verklaring van "eclecticisme" verwijzen wij terug naar paragraaf 1.4 van het eerste hoofdstuk.
- * Sylvester Graham (1794-1851) pleit met zijn "Populaire gezondheidsbeweging" voor zelfheling door verbetering van de weerstand. Hij ageert tegen de fysieke degeneratie die hij terugvindt in de geneeskunde, de seksuele permissiviteit, voedingsgewoonten... Hij pleit voor dieet, lichaamsbeweging, frisse lucht en baden.
- * Preissnitz, een Oostenrijkse boer ,legt de basis voor hydropathie. Koud water wordt bijvoorbeeld gebruikt voor chronische aandoeningen. A.Still besluit dat niet medicamenteuze therapie de voorkeur heeft, maar dat meer rationaliteit in diagnose en behandeling nodig is. Dit vindt hij terug in het magnetisme.
- * Magnetisch helen van Mesmer (1734-1815) poneert de aanwezigheid van een universele magnetische vloeistof in het lichaam. Een teveel of een tekort op een bepaalde plaats veroorzaakt ziekte. Een hand of een magneet kan genezen door via aanraking de vloeistof te verplaatsen. Deze theorieën kwamen naar Amerika en inspireerden daar tot het spiritualisme, waarvan A.Still zeker een sympatisant was.
- * Andrew Jackson Davis (1826-1910) was de leider van de spiritualisten. Zij beschouwden het lichaam als een machine. Gezondheid hangt af van een harmonieuze interactie tussen de delen. Een vrije stroom van de "spirit" moet die harmonie garanderen. Zij genezen met de handen door o.a. fricties en zachte druk langs de wervelkolom.



Sommige thema's zijn door A.Still overgenomen: de mens als een "godelijke geordende machine", vrije flow van vloeistoffen geeft een harmonieuze interactie tussen de delen en het gebruik van spinale manipulaties.

Er bestonden ook "bonesetters", niet-artsen die orthopedische manipulaties uitvoerden bij dislocaties en om pijnlijke gewrichten te genezen. Zij werden als kwakzalvers bestempeld en vooral door armen geconsulteerd die geen arts konden betalen.

A. Still zal zich na "magnetisch genezer", "lightning bonesetter" noemen.

2.3. Historische bronnen

A. Abehsera gaat op zoek naar de voorkennis van A.Still. Belangrijk hierbij is het besef dat verspreiding van wetenschappelijke literatuur toen niet evident was en dat informatie traag doorsijpelde. Vermoedelijk was A.Still wel vertrouwd met de grote stromingen van de zeventiende eeuw: iatrochemie, iatrofysica en vitalisme.

Gezien het feit dat de wortels van deze stromingen teruggaan tot de klassieken, spreekt het voor zich dat ideeën van Hippocrates, Galilei, Aristoteles en anderen terug te vinden zijn. Ook de frenologie of cranioscopie van Gall (1758-1826), die in de schedelvorm een weergave zag van de intellectuele en karaktereigenschappen en de hersenontwikkeling, is mogelijk een inspiratiebron.

Op deze historische bronnen wordt teruggelaten in het hoofdstuk over de geschiedenis van de geneeskunde.

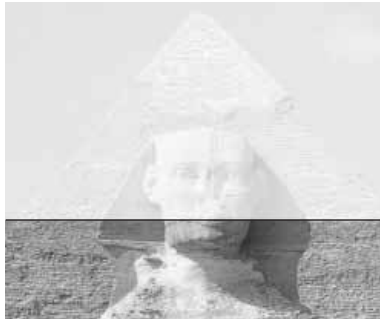
2.4. Osteopathisch concept van A.T. Still

Voor Still zijn landbouw, mechanica en religie belangrijke thema's in zijn leven. Hij was ervan overtuigd dat God ook de middelen om te genezen binnen de mens moet voorzien hebben, want Hij zou de zieke mens nooit aan zijn lot overlaten. Still stelde zich tot doel deze mogelijkheden te ontdekken en zwoer dan ook alle gebruik van externe storende substanties af zoals medicatie, vaccinaties en alcohol.

Hij zag analogieën tussen het menselijk functioneren en de landbouw en werkte ze als volgt uit: Het bindweefsel, de fascia's zijn als de weiden, de aarde, doorploegd door bloedvaten, de rivieren, die via het "bloedzaad", alle bouwstoffen brengen waar het nodig is. De zenuwbanen lopen met de bloedvaten mee en worden gestuurd door de hersenen, die de "intelligentie van de rivieren" uitmaken. Mechanische problemen verhinderen de normale doorbloeding en afgifte van bloedzaad.

Onder bloedzaad verstaat Still alle chemische substanties, infectieuze micro-organismen en orgaanspecifieke cellen. Eerst bestaat het bloed en brengt bijvoorbeeld een levercel ter plaatse. Hieruit groeit dan progressief de lever. Dit is een verklaring van de organogenese, zoals die in zijn tijd niet ongebruikelijk was. Embryologie, celbiologie waren nog onbekend. Still beschouwt dus een statische verandering, namelijk een verplaatsing van bindweefsel ter hoogte van de wervelzuil of ledematen als de reden van gestoorde dynamiek, waardoor ergens te veel of te weinig bloedzaad de oorzaak van ziekte wordt.

Bij een obstructie van de arteriële flow ontstaat er een teveel, een hypertrofie ter hoogte van het target-orgaan. Bij een obstructie van de veneuze flow ontstaat een hypo- of atrofie die eveneens pathologie induceert. De manipulatie die de obstructie opruimt, schept de voorwaarde waarop het lichaam zichzelf kan genezen. Still gaat dus uit van de reversibiliteit van de problemen. In uiterste nood doet hij beroep op heelkunde.



De oorzaak van ziekte kan drieërlei zijn:

- * Een mechanisch trauma kan lokaal en op afstand "verplaatsingen" veroorzaken.
- * Een fysico-chemisch trauma, bijvoorbeeld brutale afkoeling of een chemische probleem, kan oorzaak zijn. Hierbij beschouwt hij voeding als secundair en het zenuwstelsel en edel parenchym als primair.
- * Een derde oorzaak is "vergiftigd gas" dat overgaat van een besmette persoon en binnen de zieke een proces van verdichting ondergaat : via een vloeistoffase naar vaste stof ontstaat de microbe, die dus niet exogeen is. Normaal bloedzaad verhindert dat microben ontstaan. Het grootste probleem stelt zich dus bij lichaamsvreemde besmetting zoals medicatie, waartegen geen bloedzaad opgewassen is.

De pathologie wordt dus bepaald door de anatomie, door de lokalisatie van het neurovasculair probleem. Een zelfde oorzaak kan diverse pathologieën induceren.

Still interesseert zich niet echt aan de differentiële diagnose, maar wel aan de anatomie.

De bijeffecten van een ziekte zijn gebaat bij de principes van "Repair-Remove-Relieve", aldus I. Korr (1951); de ziekte zelf is een poging tot compenseren van een onevenwicht tussen het interne milieu van de zieke en zijn omgeving. De verhoging van de natuurlijke genezende kracht door manipulaties kan leiden tot een betere harmonie met de omgeving. Het osteopathisch concept, zoals het actueel blijft, omvat de volgende principes :

- * Het lichaam functioneert als één geheel.
- * Er is een samenhang tussen structuur en functie.
- * Het lichaam bezit zelfregulerende mechanismen die ziekten kunnen overwinnen, de behandeling is gericht op het herstel van de zelfgenezende krachten.

De principes zijn gebleven, de toepassingen hebben zich uitgebreid.

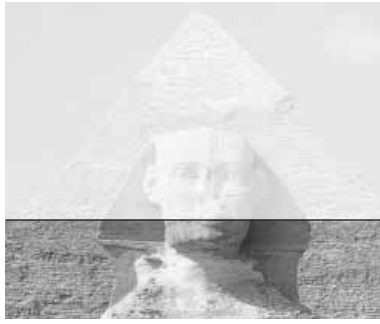
2.5. Verdere geschiedenis van osteopathie

Vanaf 1896 is het diploma van de school in Kirksville officieel erkend: D.O's worden gevormd in tegenstelling tot de klassieke M(edical) D(occtor)s. De school krijgt meer leerlingen en de kwaliteit van de opleiding verbetert. Er komen ook nieuwe scholen in andere steden, terwijl er anderzijds nog processen gevoerd worden tegen D.O.'s omwille van onwettige uitoefening van de geneeskunde.

In 1897 organiseren de osteopaten zich in de "American Association for the Advancement of Osteopathy" (AAAO), dat in 1901 tot de American Osteopathic Association (AOA) wordt omgevormd. Zij houdt zich bezig met de autonomie van het beroep door te ijveren voor een onafhankelijke examencommissie en registratie. De opleiding wordt verlengd om een betere kwaliteit te waarborgen. Er worden onderzoeksprojecten gesteund door de AOA en er wordt een ethische code opgesteld.

Het meest prangende probleem de eerste 30 jaar van twintigste eeuw gaat over het actieterrain van osteopathie, volgens N. Gevitz. Er bestaan twee richtingen: de "pure" osteopaten die naar het voorbeeld van Still de osteopathische laesies manueel willen behandelen en degenen die "brede osteopathie" willen bedrijven, namelijk een volwassen geneeskunde die naargelang de nood van de patiënt beroep doet op manuele technieken of eender welk ander diagnostisch of therapeutisch hulpmiddel.

Er komt een strijd tussen therapeutische vrijheid enerzijds en zuiverheid en bewaren van het concept anderzijds. Er komt een evolutie naar doceren van de materia medica zoals gangbaar in de Medical Colleges, met gebruik van chemische en biologische agentia o.a.



Geschiedenis en filosofie

hormonen, serum, vaccins. Hierin komt tijdelijk een verandering na de duidelijk betere resultaten die D.O.'s hadden in vergelijking met M.D.'s in de griepepidemie van 1918-1919 toen er ongeveer 40 miljoen doden vielen.

Tegen het curriculum zonder farmacologie en materia medica dat daarna word goedgekeurd rijst terug verzet tot in 1927 de Raad van de AOA algemeen het doceren van "comparitive therapeutics" (andere dan osteopathische behandelingen) voorstaat. Stilaan wordt het aandeel van osteopathie in het onderwijs en in de osteopathische hospitalen kleiner, mede door het aantal M.D.'s in de opleidingen en door de tijdsinvestering die een manuele behandeling vergt. Het wetenschappelijk onderzoek loopt vast op het feit dat behandelingen niet gestandaardiseerd kunnen worden en ook dubbelblind onderzoeken uitgesloten zijn. Intussen evolueert de farmacologie: in 1935 worden sulfamiden ontdekt en in de veertiger jaren penicilline.

In 1917 sticht J. Martin Littlejohn, student en docent aan de ASO, de British School of Osteopathy in London. De volgende data illustreren de uitbreiding van osteopathie naar Europa: in 1957 volgt de stichting van de Ecole Française d'Ostéopathie in Parijs. Verdere opleidingen in Europa zijn: Ecole Européenne d'Ostéopathie (Maidstone, England) in 1960 gesticht, College Sutherland in Paris in 1976, College Sutherland in België in 1976, A.T.Still-académie in Parijs in 1979, ATSA Nederland 1988 en NAO Nederland in 1994.

De osteopaten in de USA blijven vechten voor hun identiteit en status. Op zoek naar gelijkwaardige mogelijkheden in hospitalen en naar respect komt het uiteindelijk in California in 1962 tot een fusie. Absorptie van de osteopathie is door de "medical doctors" gehanteerd als poging tot neutralisatie, zoals voorheen al met de homeopaten gebeurd was. Manipulaties hebben enkel nog een plaats als aanvullende therapie. Het oorspronkelijk concept is verloren.

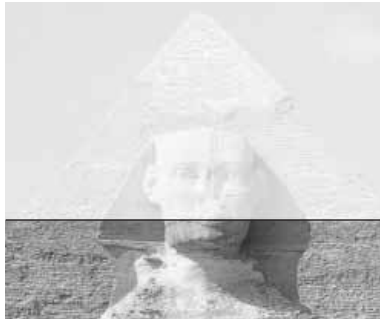
De AOA veroordeelt de fusie en gaat duidelijker stelling nemen tegen de discriminaties vanuit de medische wereld en in de strijd van D.O.'s voor een beter loon, samenwerking met specialisten en toegang tot allopathische hospitalen. Na jaren strijd verbetert de situatie en is er tussen 1968 en 1978 een toename van scholen. In 1999 zijn er in de USA 18 colleges en ongeveer 40.000 geregistreerde osteopaten.

De meest essentiële problemen in de USA situeren zich nu rond de sociale onzichtbaarheid van osteopaten door de mineure rol die manipulatieve diagnose en behandeling innemen. De plaats van manipulatieve therapie is nu veelal verengd tot musculoskeletale klachten. Het verlies van het holistisch aspect staat absoluut een ontwikkeling van osteopathie tot een zelfstandig beroep in de weg.

De AOA (1997) sluit het laatste decennium van de twintigste eeuw om diverse redenen optimistisch af. Osteopatie heeft zijn plaats verworven in de eerstelijnsgezondheidszorg mede door zijn holistische benadering. Er is een vernieuwde interesse in manuele technieken, ook binnen de klassieke geneeskunde. De osteopathie blijft een grote nadruk leggen op preventie en behoud van gezondheid. Osteopathische artsen hebben een stem in de volksgezondheidspolitiek.

De ontwikkelingen in de USA tonen ons de valkuilen waar een goed georganiseerde osteopathie in Europa zich bewust van moet zijn.

Zoals G.W.Northup besluit: zo gauw een alternatieve geneeswijze zoals osteopathie geabsorbeerd wordt door de reguliere geneeskunde, veranderen de doelen. De technieken worden gebruikt om symptomen te bestrijden, niet om een beter evenwicht te bewerkstelligen.



I.M. Korr onderstreept het belang van het ontwikkelen van strategieën om als beroepsgroep een plaats op te eisen naast de reguliere geneeskunde. Dit is pas mogelijk als de osteopaten beslissen wat hun taak en positie maatschappelijk inhoudt en plannen hoe zij hun waarden kunnen realiseren.

De rol van osteopathie blijkt uit zijn volgende citaat:

"The osteopathic profession came into existence in 1892 as a small but vanguard force in this transition and as the only organized voice for the ecologic-physiologic system of medicine. It was not the first voice, nor is it now the only voice, but it was and still is the only organized voice. Furthermore, unlike its scattered predecessors, it came into existence not only with principles, philosophy, and "expectant" confidence in natural healing forces, but it brought with it a new awareness, new strategy, and new skills. It reformulated, in the knowledge and the language of the time, the whole-man approach, and its central strategy of support and liberation of the inherent process of homeostasis, adaptation, resistance, and recovery." (2, p. 234)

In gelijkaardige zin zegt G.W. Northup:

"The principle of body unity in human biology is one of the major scientific reasons that the osteopathic profession exists as a vocal minority in the world of medicine. The philosophy is accepted, but its application is not widely practiced. The fact that such practice and integration into the more practical and applicable approaches to diagnosis and treatment are lacking constitutes a void in medicine that must be filled. It is an integral portion of osteopathic medicine's plan for a comprehensive medical reformation." (23, pag. 27)

Om een impuls te zijn naar een totale vernieuwing in de geneeskunde, is het holistisch kader essentieel, zo niet blijft het doel zich toespitsen op ziekte-episodes en partiële targets. De geneeskunde zal op die manier eerder evolueren naar een optimaal gebruik van de biologische mogelijkheden. Daarvoor leent osteopathie zich als een praktische uitwerking van holisme.

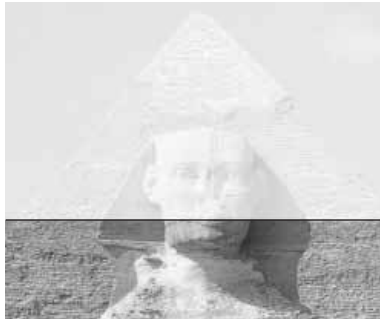
2.6. Evolutie van de osteopathie

Pas de tweede generatie osteopaten na Still benoemt de articulaire laesie als een articulaire mobiliteitsverlies, waar Still spreekt over verplaatsing van beenderen, een positionele anomalie. Mobiliteit was voor Still het terrein van vloeistoffen.

Hierna volgt de geschiedenis van W.G. Sutherland voornamelijk gebaseerd op P. Corriat, "Sutherland ou l'approche crânienne en médecine ostéopatique" en AOA (1997).

W.G. Sutherland leverde tussen de twee wereldoorlogen een fundamentele bijdrage door zijn ontwikkeling van wat later ontorecht "craniale osteopathie" genoemd wordt. Hijzelf heeft er altijd nadruk op gelegd dat zijn technieken binnen het concept, de filosofie en het onderwijs van Still hoorden.

De principes van Still worden uitgebreid tot: veranderingen in de vloeistoffluctuatie, die een indicatie zijn van structurele en systemische stoornissen. Craniale behandeling herstelt de ritmische, evenwichtige uitwisselingen. (34) Men kan beter over "osteopathie in het craniële veld" spreken bij gebrek aan betere formulering.



Geschiedenis en filosofie

Sutherland behaalde in 1900 zijn diploma. Bij de observatie van schedelsuturen kwam bij hem de idee op dat die aan een zekere beweeglijkheid moesten voldoen. In de twintiger jaren experimenteerde hij op zijn eigen schedel met behulp van riemen, bokshandschoenen en helmen. Hij constateerde karakterveranderingen, malaise en andere symptomen en bedacht dat behandelingen ook langs deze weg mogelijk moesten zijn. Hij begon toen zijn principes op patiënten toe te passen en had soms verbluffende resultaten. Zijn observaties en resultaten werden aanvankelijk als kettters afgewezen. Pas in de veertigerjaren krijgt hij bredere erkenning.

Sutherland beschouwt de vloeibare en vaste vorm in continuïteit en beïnvloedt via de vloeistof de vaste stof door ook die te mobiliseren met gebruikmaking van wat later het CRI (Cranial Rythmic Impuls) genoemd wordt. Het doel is als bij elke osteopathische behandeling: structuur en functie normaliseren. Optimale functie van het CRI beïnvloedt niet enkel het centraal zenuwstelsel, maar elke cel en elk weefsel.

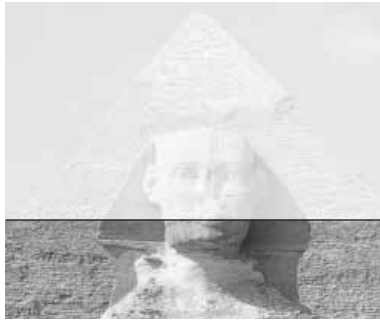
De indeling in structurele en fluïdieke technieken is eerder vaag.

De meer structurele technieken werken primair via het solide weefsel in, daarnaast werken de meer fluïdieke technieken van osteopathie in het craniale veld eerder via de vloeistoffen. Gezien vele osteopaten een duidelijke voorkeur en kunde ontwikkelen voor één van beiden, suggereert o.a. Alain Abeshera, D.O., om aparte opleidingen te organiseren in deze twee disciplines. De principes, de praktijk en de nodige sensibiliteit zijn volgens hem dermate verschillend, dat men er de juiste pedagogische gevolgen uit moet trekken.

Wij willen besluiten met een citaat van Anne Biadi-Imhoff (1):

"Alors, il faut se rendre à l'évidence : la pratique ostéopathique n'est pas une, mais multiple, et ce qui est en cause, ce n'est pas l'ostéopathie elle-même, mais plutôt la qualité qu'elle exige de ses praticiens. Les querelles entre professionnels, les divergences d'écoles, les inquiétudes scientifiques ne sont que des reflets des véritables obstacles qui parcourent le chemin vers l'ostéopathie. Ces obstacles sont à la mesure de questions qui interpellent notre sociétés: ils sont d'ordre physique, mental, spirituel. Mais nous abordons là le véritable débat."

("De twisten tussen osteopaten, de verschillen tussen scholen en de wetenschappelijke onrust zijn een weerspiegeling van de reële hinderpalen op weg naar osteopathie. Deze hinderpalen bevinden zich op maatschappelijk niveau: ze zijn van een fysieke, mentale en spirituele orde. Maar pas daar begint het werkelijke debat.") (4, pag. 107)



2. 7. Besluiten en discussie.

Besluiten.

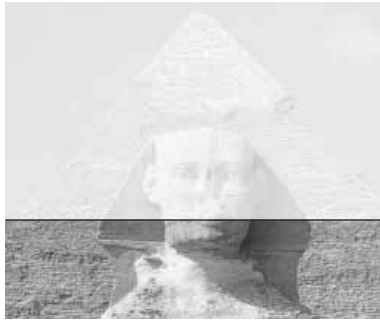
1. Het behoud van het holistisch kader van osteopathie in het onderwijs en de uitoefening is essentieel om de mogelijkheden van deze geneeswijze te benutten. Dit moet in de opleiding gerealiseerd en getoetst worden.
2. Absorptie van de osteopathie in de reguliere geneeskunde verhindert fundamenteel het behoud van het holistisch concept zoals blijkt uit de geschiedenis.
3. De opleiding tot osteopaat vraagt naast een technische vorming, zowel in functionele als structurele technieken, ook vorming en begeleiding tot holistisch therapeut met integratie van het osteopathisch concept.

Discussie

Wij hebben volgende bedenkingen bij het voorstel van Abehseraa om de functionele en structurele benadering van de osteopathie te scheiden. Structurele en functionele benadering zijn complementaire praktijken die hetzelfde concept volgen en mekaar mogelijkheden verhogen. De voorkeur voor één van beiden hangt af van de aard van de osteopaat, maar ook van het type patiënt en diens actuele problematiek. Het kunnen hanteren van beide technieken, schept dus meer mogelijkheden. Anderzijds is het nonsens om studenten te teisteren met jaren van biomechanische, structurele koek, alvorens hen te laten proeven van de fluïdieke vruchten. Wij menen dat een training vanaf het begin van de opleiding van beide methodieken, de proprioceptieve capaciteiten van de studenten veel sneller verhoogd en beide "typen" studenten gelukkiger kan maken.

De basisopleiding hoort het ganse scala te bevatten. Later kan een verdere ontwikkeling van bepaalde voorkeuren tot een groter bekwaamheid in het hanteren van bepaalde procedures leiden: structureel, craniaal of visceraal.

Essentieel is dat studenten opgevoed worden in een holistisch kader, hiervoor voldoende theoretische vorming krijgen en hierop ook getoetst worden.



Hoofdstuk 3. Filosofie van de geneeskunde

3.1. Het paradigma van de geneeskunde

3.1.1. Het begrip "paradigma"

Het begrip "paradigma" van een wetenschap werd door de wetenschapshistoricus T.S. Kuhn in 1962 geformuleerd om het "corpus" van een bepaalde wetenschap in haar specifieke sociale en culturele context te omschrijven. Het is een soort code waarbinnen wetenschappelijk onderzoek zich afspeelt.

Een paradigma wordt geponeerd in een oorspronkelijke publicatie waarin een auteur een aantal vragen formuleert als legitieme problemen door aan te geven met behulp van welke theorieën, instrumenten en methoden deze en gelijkaardige problemen op te lossen zijn.

Kuhn zelf vermeldt als paradigma's: Vesalius'werk in de anatomie, Mendel's genetica, Harvey's publicatie over de bloedsomloop en in de pathologie: het werk van Morgagni en Virchow.

Vanuit een bepaald complex van cultureel bepaalde voorstellingen en vragen formuleren onderzoekers hypothesen, ontwerpen experimenten, formuleren ze resultaten, publiceren en communiceren ze met elkaar.

Op bepaalde momenten in de geschiedenis kan het paradigma niet "bijgesteld" worden door kleine aanpassingen, maar ontstaan twijfels over de geldigheid ervan doordat bepaalde verschijnselen niet meer verklaard kunnen worden. Een voorbeeld hiervan is de overgang van een geocentrisch wereldbeeld van Ptolemeus naar Copernicus' heliocentrisch wereldbeeld (33).

De gehanteerde paradigma's binnen een bepaalde wetenschap bepalen mee de grenzen ervan: wat buiten het conceptuele referentiekader valt, wordt niet waargenomen en is kettens. Daarom moet geneeskunde als een empirische discipline beschouwd worden in zijn sociaal-culturele context, want die bepaalt wat de heersende paradigma's zijn. Dit volgens P. Cornillot (13), die ook wijst op het samengaan van epistemologische rupturen en belangrijke sociale veranderingen. Een discipline die zich niet met gangbare onderzoeksmethoden kan bewijzen, is verdacht en wordt sociaal geïsoleerd. Complementaire geneeswijzen gebruiken niet het criterium "wetenschappelijk volgens de huidige kennis", maar wel authenticiteit en effectiviteit, aldus P. Cornillot.

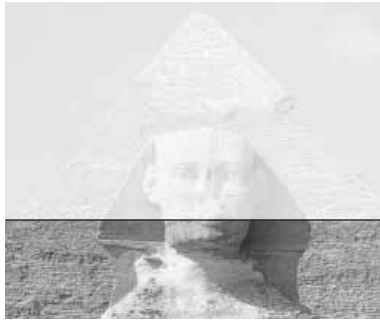
Als besluit kunnen we stellen dat een paradigma noodzakelijk is om het "corpus" van een wetenschap te definiëren in een bepaalde socio-culturele context en dat de grenzen van kennis en mogelijkheden erdoor worden bepaald. Paradigma's zijn veranderlijk en paradigma-wijzigingen kunnen aanleiding geven tot een epistemologische ruptuur zoals besproken wordt in 3.3.

Reguliere en complementaire geneeskunde vertrekken vanuit een verschillend paradigma, waarvan we de grote lijnen hierna bespreken.

3.1.2. Het reguliere paradigma

3.1.2.1. Reductionisme

De arts als objectief onderzoeker spoort de laesie op bij de patiënt, mogelijke drager van



een ziekte. De taak van de arts is de laesie te lokaliseren op niveau van een orgaan, weefsel, cellen of als "biochemische" laesie.

Hierbij moet aangestipt worden dat er dus een discrepantie kan bestaan tussen "ziek-zijn" en "ziekte". "Ziek-zijn" betreft symptomen vertonen die normaal functioneren verstoort (functionele stoornis). "Ziekte" betekent dat men micro- of macro-anatomische afwijkingen kan terugvinden (structurele stoornis).

Op niveau van subcellulaire, biochemische processen vervalt het onderscheid tussen structuur en functie. (33)

3.1.2.2. Causaliteit

De begrippen etiologie en pathogenese verwijzen naar de fysische en chemische werkingsmechanismen die de laesie veroorzaken. Hierbij willen we wel benadrukken dat de huidige reguliere geneeskunde ook vertrouwd is met multicausaal denken.

3.1.2.3. Dualisme

Dualisme, gebaseerd op het Cartesiaanse denken, is momenteel nog een belangrijk uitgangspunt dat weerspiegeld wordt in vele facetten van de geneeskunde. Er is een scheiding tussen lichaam en geest: een ziekte situeert zich primair in één van de twee.

Met de woorden van F. Martens (4):

"La science médicale est née d'une prise au sérieux du modèle de "l'animal machine": ceci au prix d'un congédiement du corps au profit de l'organisme, d'un abandon de la signification au profit de la maîtrise technologique, d'un oubli de la dimension de la vérité et du désir au profit de celle de l'exactitude du couple Stimulus-Réponse."

("De medische wetenschap is voortgekomen uit het model van "het dier-machine": het organisme komt op de voorgrond ten nadele van het lichaam, de betekenis wordt verlaten ten voordele van het technisch meesterschap, de waarheidsdimensie wordt vervangen door deze van de nauwkeurigheid van het duo Stimulus- Respons.")

Over de dualiteit lichaam-psyche schrijft P. Pignarre het volgende (24):

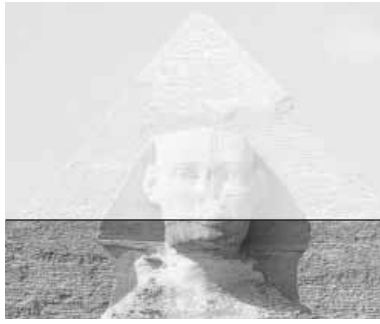
"Psychosomatiek" is een term die gecreëerd is voor de schemerzone, waar psychische decompensatie zijn weerslag heeft op het somatisch functioneren. Gezien dat met de huidige onderzoeksmethoden geen structurele veranderingen geconstateerd worden, valt deze groep buiten de (voor de reguliere arts) minder frustrerende somatische aandoeningen."

De term dateert van na de Tweede Wereldoorlog toen placebo-gecontroleerde studies opgezet werden en definieert wat ontsnapt aan deze onderzoeksmethoden. De term is zinloos voor de patiënt.

De psychische ziekten worden ook gescheiden van de somatische en door psychiaters of psychologen genezen. Deze ideeën zijn diep geworteld in de manier van denken, zodat zelfs binnen opleidingen als bijvoorbeeld osteopathie, fundamenteel holistisch, nog op die manier gedacht en onderwezen wordt.

Eric Henry signaleert dat als het terreinconcept regulier al gebruikt wordt, het meestal beperkt blijft tot het biologische terrein. Dit is ook weer een illustratie van de scheiding lichaam-geest (13). Het terreinconcept duidt op de idee dat ziekten ontstaan op een "verzwakt terrein", waarbij eigen defensiemechanismen decompenseren.

In het deel "epistemologische ruptuur" dat verder volgt, zal duidelijk worden hoe voorbijgestreefd de Cartesiaanse term "psychosomatiek" is. Het begrip psychosomatiek wordt er ontkracht door de Santiagotheorie van Maturana en Varela.



3.1.2.4. Externe etiologie

Een volgende uitgangspunt is dat ziekte door een kracht buiten de patiënt veroorzaakt wordt: afhankelijk van de culturele achtergrond kan de schuldige een streptokok of een demon zijn. De zieke is het slachtoffer en moet geholpen worden om zich van de belager te ontdoen. Dit kan respectievelijk bijvoorbeeld door antibiotica of een ritueel om de demon te verjagen (E. Henry in 13).

3.1.2.5. Geneeskunde, een wetenschap

Primordiaal is ook de idee dat geneeskunde een wetenschappelijk gefundeerde kennis is. De basis voor alle handelen van de alwetende arts zou op wetenschap berusten. Daaraan moet de onwetende zieke zich overgeven om genezen te worden (17).

De arts heeft een "toeschouwersbewustzijn" ten aanzien van de zieke, zijn onderzoeksobject (33).

3.1.2.6. Houding tegenover ziekte en lijden

Symptomen van ziekte en lijden zijn ongewenst en dus ontstaat er een drang om dit te vermijden of te onderdrukken. Ze worden niet beschouwd als een mogelijkheid om het evenwicht te herstellen. Artsen worden opgeleid naar onze eigen ervaring in een context van angst voor verwickelingen, lijden en het ultieme falen: de dood.

Deze obsessie verwijderd artsen van lijden en dood, terwijl het ons inziens noodzakelijk is zich te verbinden met eigen en andermans lijden en dood om therapeut te zijn. Zieken en overledenen worden weggemoffeld in onze samenleving waar de "gezondheid" tot gouden kalf is uitgeroepen.

Illich klaagt deze sociale iatrogenese, waarbij het leven gemedicaliseerd wordt, aan. Onder sociale iatrogenese verstaat Illich de schade die de geneeskunde toebrengt aan de gezondheid door haar sociaal-politieke organisatie en impact. Zowel de gezonde mens (preventie) als lijden en dood worden terrein van de geneeskunde met verregaande gevolgen. Door overconsumptie van medicatie is de tolerantie voor pijn, verdriet en psychisch onbehagen verlaagd. Dit zijn nochtans stimuli die tot contestatie en sociale en individuele vooruitgang kunnen lijden, aldus Illich.

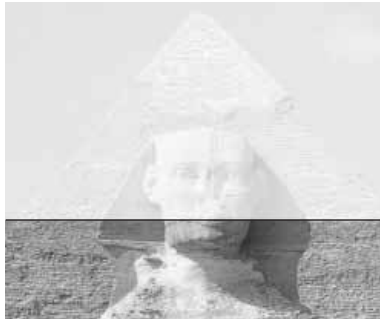
3.1.3. Het alternatieve paradigma

3.1.3.1. Holisme

De gemeenschappelijke noemer tussen de meeste alternatieve geneeswijzen is de holistische benadering van het gehele individu in zijn omgeving. Dit betekent een terugkeer naar de hippocratische beginselen. Elk mens heeft een unieke relatie tussen lichaam, gevoelens en geest. Deze relatie kan niet los gezien worden van de leefomgeving. Het ziek-zijn moet in de eigen biografie betekenis krijgen (33).

F. Capra noemt dit "diepe ecologie", het nieuwe paradigma dat past in systeemdenken. Dit wordt verder uitgebreid besproken in de paragraaf over "epistemologische ruptuur".

Pina Lalli, sociologe (13), stelt het in deze zin: Gezondheid is een dynamisch evenwicht tussen het globale lichaam, geest, ziel (âme), sociale, economische en fysieke omgevingsfactoren. Ziekte maakt deel uit van deze dynamiek. Therapie is er op gericht een meer adequaat antwoord te realiseren op de omgeving door het terrein te behandelen: zo ontstaat er een grotere harmonie tussen micro- en macrocosmos. De reguliere geneeskunde gebruikt, in



tegenstelling tot de alternatieve, artificiële middelen die per definitie de orde verstoren. Terrein-geneeskunde veronderstelt essentieel de erkenning van de individualiteit van de patiënt en zijn mede-verantwoordelijkheid voor zijn ontwikkelingsproces. Het begrip "terrein-geneeskunde" dateert van het einde van de negentiende eeuw. Koch, die de "Koch-bacil" identificeerde als de oorzaak van tuberculose, postuleerde dat als een gezuiverde cultuur van het infectieus organisme toegediend wordt aan de mens of een dier, dit altijd de ziekte veroorzaakt. M. von Pettenkoher bewees de discipelen van Koch, door zichzelf de cholera-bacil toe te dienen en niet ziek te worden, dat andere factoren meespelen. Het postulaat van Koch werd aangevuld met: "...bij een receptieve gastheer" (27). De motivatie die nodig is om voor een complementaire therapie te kiezen, o.a. door een hogere eigen financiële bijdrage en de bewuste beslissing iets anders te kiezen dan officieel erkend is, is dieper mobiliserend naar een genezingsproces, volgens D. le Breton (4).

Een gezondheidsbevorderende geneeskunde houdt zich ook bewust bezig met omgevingsfactoren. Zij kent autoregulatiemechanismen en beperkt zich niet tot het materiële, aldus P.E. Elseviers (13).

I.M. Korr schetst de twee gezichtspunten in de geneeskunde, die al van de oudheid af bestaan. De mythen van Asclepios en Hygeia symboliseren deze thema's.

Het huidige dominante systeem wordt door Asclepios gesymboliseerd en gaat ervan uit dat ziekten autonome entiteiten zijn, met eigen oorzaken (etiologie), specifieke aantasting van bepaalde organen, functies en processen (pathologie), specifieke stoornissen (physiopathologie), eigen symptomatologie en specifieke therapie. Dit idee blijft de basis van de allopatie, alhoewel ook rekening gehouden wordt met verschillen in weerstand tussen individuen. De recentere labels hiervoor zijn: allopatie, etiologie, specifiek, curatief, reconstructief, wetenschappelijk en moderne geneeskunde.

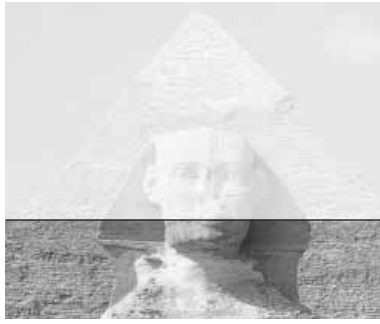
De mythe van Hygeia komt overeen met de geschiedenis van het leven met bepaalde eisen en draagkracht. Ziekte is te begrijpen als een individuele natuurlijke geschiedenis in termen van zijn individuele natuur in relatie met zijn omgeving. Biografie en individualiteit zijn centrale begrippen. De overeenkomst tussen ziekten is gevolg van het feit dat de mens slechts op een gelimiteerd aantal manieren kan reageren op een oneindige variëteit van uitlokkende factoren. Recente labels zijn: ecologie, holisme, fysiologisch, constructief, sociaal en in zijn breedste zin, psychosomatische geneeskunde.

Genezen, is volgens P. Pignarre (24), de patiënt plaatsen in nieuwe netwerken die hem op dwingende wijze beïnvloeden. Chemische beïnvloeding is één mogelijkheid, maar zeker niet exclusief.

"Entre les différentes médecines, c'est donc seulement le choix du réseau de contrainte qui change."

("Tussen de verschillende geneeswijzen gaat het enkel om een andere keuze van netwerk met een dwingende invloed.")

Het begrip "diepe ecologie" gaat verder in het beschouwen van de samenhang met de omgeving dan "holisme", aldus F. Capra. Gezien de consequenties van dit nieuwe paradigma, zeker voor levende systemen, wordt dit onder de hoofd "epistemologische ruptuur" uitgewerkt.



3.1.3.2. Symboliek

De grenzen van de reguliere geneeskunde zijn daar waar zij zich distantieert van de existentiële betekenis van ziekte voor een individu. Het mens- machinemodel heeft tot een technisch meesterschap geleid, maar is niet in staat om de existentiële waarheid te doorgronden en te hanteren.

De "symbolische effectiviteit" hangt af van de boodschap op existentieel niveau. De reguliere geneeskunde is niet in staat de mens te helpen in zijn existentiële malaise op omgevingsfactoren (Henry in 13). De mens, ontworteld van zijn mythen, weet zich niet meer verbonden, is a-religieus (In het Latijn: religere, verbinden). Hem genezen houdt ook in: hem een context bieden, een verbinding maken tussen de elementen die hoger genoemd zijn door Pina Lalli als essentieel voor de gezondheid. De zogenaamd archaische en primitieve geneeswijzen zijn een voorbeeld in het hanteren van magisch-religieuze rituelen die de zieke terug hielpen wortelen en verbinding gaven. Hierin schiepen zij een essentiële voorwaarde tot genezing. De scheiding tussen het arts en priester zijn, is trouwens in de geschiedenis van de mensheid relatief recent en niet enkel positief.

Zoals Eric Henry beschrijft, bevat elke therapie ook een latente boodschap. Deze boodschap roept beelden op die de kracht hebben te mobiliseren. In de Asclepiaden, driehonderd jaar voor Christus, werden de zieken een nacht in het diepste van de tempel achtergelaten. Daar verscheen, dikwijls in hun slaap, Asclepios, God van de geneeskunde. Door die ontmoeting vond de zieke de kracht om te genezen, dankzij het feit dat hij zich opnieuw kon plaatsen in een zinvol symbolisch veld.

Elke technische act heeft ook een symbolische inhoud. Deze is miniem in de reguliere, technische geneeskunde. Deze dimensie is potentieel sterk aanwezig in de complementaire geneeswijzen. Gezien dat de algemene maatschappelijke ontwikkeling niet stimuleert tot spirituele groei, hebben therapeuten in spé hiervoor extra ondersteuning nodig in de opleiding. Dat stelt hen in staat gebruik te maken van meer werktuigen.

Indien ze de extra dimensie niet gebruiken, verliest ook een complementaire geneeskunde haar volle potentie. Zoals A.B. Imhof betoogt (4), wordt ook in de osteopathie de filosofische en spirituele dimensie weinig begrepen en doorgegeven. Er wordt veel gepubliceerd over technieken, terwijl osteopathie drie werktuigen hanteert. Deze werktuigen, fysiek, mentaal en spiritueel, worden door J.A. Duval (bij Imhof, 4) als volgt benoemd:

"Un outil physique: les mains, où converge le corps tout entier, et qui utilisent les facultés de "proprioception" et de "sensorimotricité", un outil mental: la concentration, un outil spirituel: seul capable d'atteindre le niveau de l'involontaire dont parle R.E. Becker, d'atteindre le souffle de vie."

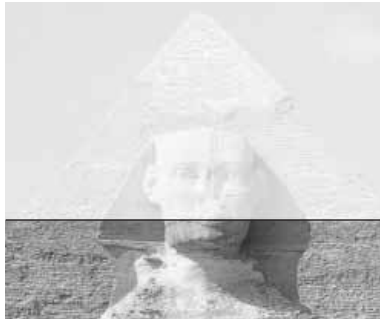
("Een fysiek werktuig: de handen, waar het hele lichaam convergeert, en die de mogelijkheden van de "proprioceptie" en de "sensorimotriciteit" gebruikt, een mentaal werktuig: de concentratie, een spiritueel werktuig: de enige mogelijkheid om het onwillekeurige niveau te bereiken waarover R.E. Becker spreekt, om de levensadem te bereiken.")

3.1.3.3. Individualiteit

Een ander gemeenschappelijk concept van de complementaire geneeswijzen is de benadering van de patiënt als individu met zijn eigen context en reactievermogen.

Het terreinconcept zoals hoger genoemd werd, is fundamenteel: ziekte ontstaat op een verzwakt "terrein", wanneer eigen defensiemechanismen decompenseren. Het lichaam is niet het slachtoffer, maar een agerende entiteit.

Zoals dit citaat van E. Henry zegt:



"...Nous pourrions voir apparaître là la problématique de l'être ou de l'avoir (un corps) des existentialistes. Le premier médicament ne serait pas uniquement le médecin comme le précisait Balint mais aussi les potentialités défensives de la personne. Le thérapeute devient un accompagnateur plus ou moins interventionniste d'une lutte intrinsèque."
("...Hier verschijnt het probleem van het zijn of het hebben (van een lichaam) van de existentialisten. Het eerste medicijn is niet enkel de arts zoals Balint zegt, maar ook de eigen defensiemogelijkheden van de persoon.") (13, p. 63)

De therapeut begeleidt het herstel van de natuurlijke afweer om tot een reconstitutie te komen van het evenwicht zowel op het niveau van het lichaam, geestelijk, de ziel, de sociale en kosmische omgeving. Dit geeft ziekte een betekenis en zin op symbolisch niveau. Dit is de samenvatting van de definiëring van Pina Lalli (13) waar zij schrijft over het evenwicht tussen micro- en macrocosmos.

In die zin is ziekte een gelegenheid tot persoonlijke groei, een mogelijkheid om zich te heroriënteren ten aanzien van vroeger vooropgestelde waarden, doelen en prioriteiten (33). Dit werken wij uit in het volgende hoofdstuk.

3.1.3.4. Dynamisch proces

Uit het voorgaande blijkt dat het doel van de behandeling er uit bestaat het evenwicht te herstellen, de natuurlijke afweermechanismen te optimaliseren. Dit veronderstelt dat de gezondheid van het individu een dynamisch proces is dat door meerdere factoren beïnvloed wordt.

3.1.3.5. De relatie arts-patiënt

In deze optiek zijn gezondheidswerker en patiënt collega's, die samenwerken om de ontwikkelingsmogelijkheden van de patiënt te stimuleren. De therapeut begeleidt het proces en de patiënt neemt steeds meer verantwoordelijkheid voor zijn eigen groei en ontplooiing.

3.1.4. Randgebieden

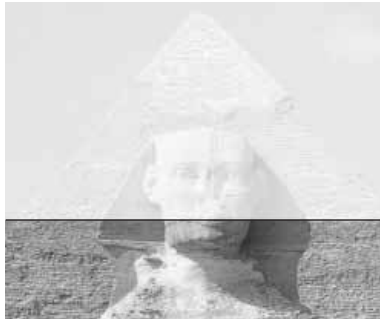
Zoals hoger besproken zijn in de reguliere geneeskunde begrippen als multi-causaliteit en holisme stilaan ingeburgerd. Er gebeurt een "aanpassing" naar het alternatieve paradigma. Daarnaast worden soms ook complementaire "technieken" gebruikt.

Dit betekent een bijsturing, een aanpassing van het paradigma zoals beschreven door Verbrugh (33).

Anderzijds is er vanuit sommige complementaire geneeswijzen een wens om erkend te worden door de reguliere geneeskunde. Daarom hebben ze zich verregaand geconformeerd aan het reguliere paradigma zoals bijvoorbeeld de osteopathie in Amerika en de manuele geneeskunde in Nederland.

Gezien de fundamentele verschillen in de paradigma's, de codes van de reguliere en complementaire geneeswijzen, zijn de theorieën, methoden van onderzoek en behandeling niet vanzelfsprekend te transponeren. Dit verklaart bijvoorbeeld waarom de osteopathie in Amerika vleugellam is geworden.

De kracht van een complementaire geneeswijze ligt niet in een technische act op zich, maar de therapie moet wortelen in het paradigma waarvan de therapeut zich bewust moet zijn. Hiervoor verwijzen wij ook naar deel 2, 5.4. voornamelijk punten 3, 4 en 5.



3.2. Kanttekeningen bij de reguliere geneeskunde

Een kritische beschouwing van het medisch denken en de onderzoeksmethodologieën, ontsluit de redeneringsfouten, verdraaide waarheden, hoe wens realiteit wordt en hoe informatie wordt geselecteerd. Er is ook een opvallende desinteresse voor ziekten en situaties waar de geneeskunde zich niet kan bewijzen, zoals bijvoorbeeld functionele klachten: klachten waarvoor het reguliere diagnostisch kader ongeschikt is om een etiologische verklaring te geven.

Hierbij willen wij ik de belangrijkste sofismen, zoals beschreven door Skrabanek en Cornick (27) opnoemen en illustreren met voorbeelden van hen en van onszelf. Hun bevindingen worden uitgebreid gefundeerd met gedocumenteerde onderzoeken en referenties.

Associatie van bepaalde fenomenen wordt verward met oorzakelijk verband. Enkel een experiment kan een causaal verband bewijzen.

Een associatie tussen de inname van paracetamol en het voorkomen van maagulcera werd beschreven. Men suggereerde dat het gebruik van paracetamol maagulcera zou induceren. Hierbij moet echter aangestipt worden dat het gebruik van acetylsalicylzuur, een andere pijnstillers die duidelijk maagulcera kan veroorzaken, wordt afgeraden bij maaglijders. Paracetamol is hier het alternatief. Patiënten met een maagulcus gebruiken dus paracetamol bij pijn en het maagulcus is dus eerder oorzaak van de inname van paracetamol bij pijn dan gevolg van paracetamolgebruik.

Als een verband causaal is, moet nog aangetoond worden dat de oorzaak voldoende is om het gevolg te veroorzaken. Dit geldt bijvoorbeeld voor het griepvirus dat enkel griep kan veroorzaken bij een gastheer op voorwaarde dat die ontvankelijk is, dus afhankelijk van zijn immuniteit op dat moment.

Ecologische sofismen transponeren onterecht relaties die voor de totale bevolking gelden naar individuen. Dit is het drijfzand waarop preventie gebouwd is.

In het domein van ischemische cardiopathie is dit begrip belangrijk.

De mortaliteit hiervan is afhankelijk van multipele variabelen, dikwijls streekgebonden. Artsen zijn geconditioneerd om dieetwijzigingen en veranderingen in levensstijl voor te schrijven om de mortaliteit te doen dalen, zonder dat dit bevestigd is door experimentele gegevens.

Een sterke correlatie tussen een dieet, rijk aan verzadigde vetten, en borstkanker is geen reden om een vetarm dieet aan een individu voor te schrijven om in de totale groep minder borstkanker te krijgen.

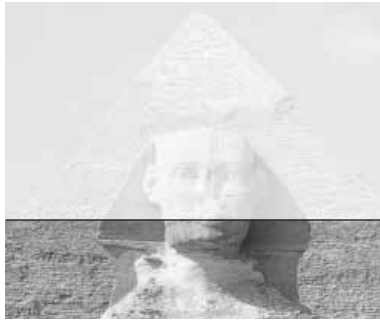
Eenzelfde bedrieglijk instrument dat in preventie gehanteerd wordt, is substitutie van resultaten. Een intermediair resultaat is niet representatief voor het eindresultaat. Het uiteindelijke doel is de daling van de mortaliteit en de stijging van de levenskwaliteit. Het aantal vrouwen met een positief cervixuitstrijkje is niet het doel van een campagne, wel de daling van de mortaliteit door een cervixcarcinoom. Het is perfect mogelijk dat de mortaliteit niet beïnvloed wordt.

Soms worden bewijzen gebundeld om te overtuigen. Meerdere niet-significante verschillen samen, blijven een niet-valide resultaat geven.

Het gewicht dat aan een argument wordt toegekend kan verschillen.

De neiging bestaat om afwijkende resultaten weg te moffelen, terwijl juist de uitzonderingen tot nieuwe inzichten kunnen leiden door de regel te annuleren.

Hoe meer iemand geciteerd wordt en hoe meer mensen dat doen, hoe meer geloof aan een



Geschiedenis en filosofie

stelling gehecht wordt. In dezelfde zin zijn autoriteitsargumenten van belang. Uit respect voor een autoriteit wordt geloof gehecht aan zijn woorden, hoe ondoordacht ook. Hoe meer die woorden herhaald worden door anderen, hoe meer ze geaccepteerd worden als dusdanig.

Zo stuit vernieuwende inzichten op veel weerstand, zoals bijvoorbeeld de ontdekking van de bloedsomloop door William Harvey of het craniale aspect van de osteopathie door Sutherland.

Er wordt gegoocheld met betekenissen als "statistische significantie". Deze affirmeert enkel de waarschijnlijkheid van een fenomeen, maar zegt niets over het individueel klinisch belang. Bij het bekomen van een statistisch niet-significant verschil in een kleine groep, kan het fout zijn hiermee geen rekening te houden, terwijl in een grote groep een risico statistisch erg kan stijgen zonder dat het absolute risico voor een patiënt stijgt.

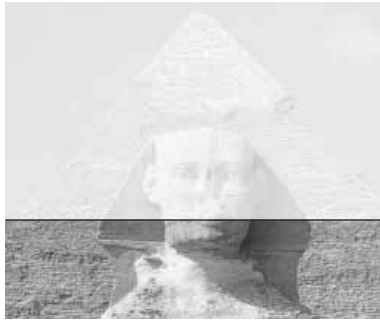
In conferenties worden er via gulden middenwegen nieuwe waarheden gecreëerd. Als een groep poneert dat 2 plus 2 gelijk is aan 4 en een andere groep beweert dat het 6 is, dan is het "redelijk" aan te nemen dat 2 plus 2 gelijk is aan 5.

Voor onopgeloste problemen wordt ook gebruik gemaakt van het creëren van nieuwe syndromen: fibromyalgie, chronisch vermoeidheidssyndroom... Op die manier verdoezelt het etiket dat het probleem even onopgelost blijft.

In wetenschappelijke artikels worden ook informatie en referenties geselecteerd afhankelijk van het doel van het artikel en van de wetenschappelijke en financiële steun.

Een pijnlijke, voorkomende fout in ziekenhuizen is dat artsen foute beslissingen nemen door te steunen op onvolledige informatie met soms de dood tot gevolg, zoals we uit eigen ervaring weten. Het is gangbaar deze fouten te verzwijgen en met de mantel der collegialiteit te bedekken.

Dit toont des te meer hoe empirisch geneeskunde is. Ervaring kan een goede leermeester zijn, maar evengoed leiden tot generalisaties of persevereren in fouten.



3.3. Kanttekeningen bij de complementaire geneeswijzen

3.3.1. Actiemechanisme

Om niet terug te vallen op pure empirie, moet men zich afvragen wat het werkingsmechanisme is van de alternatieve geneeswijzen.

J. Berthet (4) belicht hoe successen uitgelegd worden door de complementaire genezers aan de hand van de specifieke theorie van de betreffende geneeswijze, terwijl tegenstanders beweren dat alles berust op placebo-effect. Het placebo-effect zou groter zijn dan bij de reguliere geneeskunde.

De vraag naar wat dit effect eigenlijk is, blijft hiermee onbeantwoord. Het dubbelblind placebo-gecontroleerd onderzoek heeft vooral in het onderzoek in complementaire geneeswijzen zijn beperkingen en kan weinig oplossen. Hierop wordt later teruggekomen.'

Dr. J Pirart (4) benadrukt dat genezing of verbetering van de gezondheid zo sterk afhankelijk is van psychische factoren en dat symptomen van zo veel variabelen afhankelijk zijn, dat effectiviteit moeilijk in te schatten is.

3.4. De complementaire therapeut

3.4.1. Proces en sociale positie van de complementaire therapeut

Dit wordt beschreven door J.L. Legrand en P. Prayez (4).

Stichters van nieuwe geneeswijzen zijn dikwijls door een sterke emotie bevestigd (schuldgevoel, liefde...) en ervan overtuigd dat er een ideale geneeskunde bestaat. Via de confrontatie met de grenzen van de bestaande geneeswijzen, vinden zij nieuwe mogelijkheden waar ze zich met een therapeutische hartstocht achter zetten. De goede resultaten die ze bereiken, zijn mede het resultaat van hun attitude waardoor zij hoop en geloof wekken. Zoals door placebo-onderzoek aangetoond, is de overtuigingskracht van de therapeut cruciaal voor de resultaten van een behandeling.

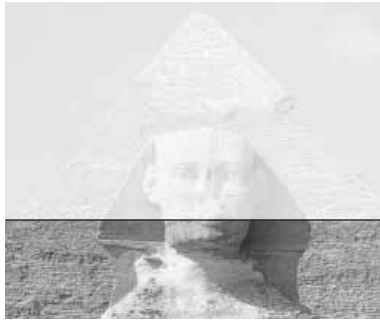
De illusie van onnipotentie maakt gaandeweg plaats voor een meer nederige, wijzere houding. De "harden" van de complementaire geneeswijzen blijven de illusie van almacht koesteren., wat riskant is naar de grenzen van eigen mogelijkheden.

De charismatische positie van de vernieuwende genezer vergt een therapeutische gave en een therapeutisch kapitaal, namelijk voldoende patiënten. Hij wordt mee gedragen door een emotionele gemeenschap van discipelen. Essentieel is dat al die mensen in dezelfde culturele sfeer leven, dezelfde symbolische context hebben. Dit is ook de meerwaarde van autochtone genezers in niet-westerse landen.

De nieuwe geneeswijze evolueert naargelang het charisma meer routine wordt, de therapie zich organiseert naar de economische wetten. Het onderwijs wordt georganiseerd met selectienormen en een vorm van initiatie (zoals examen of een thesis).

De geneeswijze gaat zich sociaal poveren. Ze kan vasthouden aan haar revolutionaire orthodoxie en zich naast de heersende traditie poveren. Ofwel zoekt zij een meestal conflictueus compromis met de dominante geneeskunde en moet zij zich aan het wetenschappelijk experimenteel protocol onderwerpen om gevalideerd te worden. Een integratie van een "heilige geneeswijze" geeft een schok, een herbronning van de dominante geneeswijze, en wordt door de leiders meestal als een verlies van de ware spirit beschouwd.

Dit zijn respectievelijk de wegen van radicalisatie en officialisatie. Een derde strategie is de oecumenisatie van diverse heterodoxe geneeswijzen, wat een zoeken naar erkenning niet uitsluit.



Le Grand spreekt in dit verband over "charisma". Hij stelt de charismatische dominantie van een "alternatieve" genezer tegenover de legale dominantie van de reguliere arts. De laatste moet een gewettigd diploma bezitten om de geneeskunde uit te oefenen.

Voor de eerste moeten een viertal elementen aanwezig zijn. Hij moet over een gave met een sacrale dimensie beschikken. Dit komt met de etymologische betekenis van charisma overeen: goddelijke gratie. Deze gave moet geactualiseerd worden en door patiënten erkend, een cliënteel moet bevestigen dat het "werkt". Rond de therapeut kan zich dan een emotionele gemeenschap vormen van "discipelen" die mee in oppositie zijn met de officiële geneeskunde. De effectiviteit veronderstelt eenzelfde culturele achtergrond van therapeut en patiënt.

3.4.2. Capaciteiten van de therapeut

Er bestaat een algemene bekommernis om patiënten te beschermen tegen interventies van charlatans en andere verlichte geesten.

J. Berthet (4) belicht anderzijds het risico dat bestaat als alle controle in de complementaire geneeswijzen bij artsen zou liggen. Deze hebben vanuit hun opleiding de neiging om te "positiveren" waarbij het globale en individualistische aspect, dat essentieel is in de alternatieve benaderingen, verloren kan gaan. Zowel reguliere als complementaire genezers moeten door competente verantwoordelijken gecontroleerd worden.

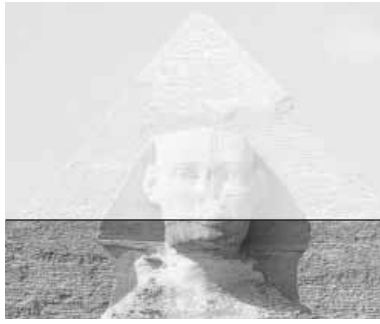
J. Frühling benadrukt dat de legale condities waaronder therapeuten werken, moeten verhinderen dat charlatans een kans krijgen.

3.5. Plaats in de gezondheidszorg

Voor J. Frühling (4) is het belangrijk dat de complementaire geneeswijzen geen vervanging zijn van de reguliere geneeskunde maar zich complementair positioneren.

Ook voor R. Guibert (4) hangt de kwaliteit van de professionele act mee af van het zich exact plaatsen binnen de globale gezondheidszorg.

J. Berthet benadrukt dat zowel de reguliere als de complementaire geneeskunde haar grenzen moet kennen.



3.6. Diagnostiek

P. Skrabanek en J. Mc Cornick hebben het over het proces en de betekenis van de diagnose als volgt.

De diagnose is een etiket dat de zieke van de arts krijgt. Daardoor is zijn ziekte sociaal gelegitimeerd: hij hoeft niet te werken of wordt opgenomen in een instelling of mag functioneren op een lager peil. In ruil levert hij een stuk van zijn autonomie in en geeft zich over aan de voorgeschreven medische interventie.

De meest gebruikte manier momenteel om tot een diagnose te komen, is de hypothetico-deductieve methode. De arts baseert zich voor de diagnose op veronderstellingen: een zekere herkenning van symptomen, rekening houdend met de leeftijd, geslacht van de patiënt en geïnspireerd door zijn eigen specialisatie en ervaring. Hij confirmeert dit met beperkte onderzoeken. Om uiteindelijk een etiket te plakken op het probleem moet de arts abstractie maken van de concrete patiënt en hem buiten zijn eigen context tot een geval maken.

Door het krijgen van een diagnose voelt de patiënt zich au sérieux genomen en lijkt de weg open te liggen naar een prognose en een aangepaste, geuniversaliseerde behandeling. Een diagnose kan zeer geruststellend zijn als ze goedaardig is. De zieke wordt ontheven van bepaalde verplichtingen.

Een diagnose heeft de beperking van haar referentiekader en kan dus foutief negatief zijn, waardoor de zieke zich niet gezien voelt en eventueel steeds verder op zoek gaat naar hulp en erkenning. Anderzijds kan een foutief positieve diagnose door bijvoorbeeld foute observaties of interpretaties, labo-fouten, naamsverwisselingen... de mens door de macht van het etiket ziek maken.

I. Illich bestempelt geneeskunde als een morele onderneming: "De geneeskunde heeft het gezag de klacht van de ene mens tot een echte ziekte te verklaren, een andere mens ziek te verklaren hoewel hij geen klachten heeft en een derde persoon sociale erkenning van zijn pijn, zijn invaliditeit en zelfs zijn dood te weigeren." (17, p. 52)

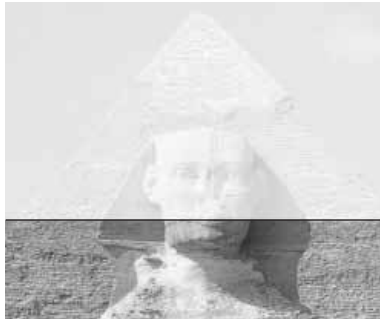
Verdere beschouwingen in verband met diagnostiek van Skrabanek en Mc Cornick volgen. Parameters als bloeddruk en gewicht zijn in de bevolking verdeeld volgens een Gauss-curve. Vanaf een bepaalde afwijking van het gemiddelde worden de mensen patiënten, die een behandeling met medicatie of een dieet ondergaan en een ziekte-etiket opgeplakt krijgen.

Met placebo-gecontroleerde studies heeft men geconstateerd dat een medicamenteuze behandeling van hypertensie op zich bij-effecten induceert bij mensen die voordien geen klachten hadden (Medical Research Council Working Party bij Skrabanek en Mc. Cornick). Daarenboven wordt een grote groep met pseudo-hypertensie (o.a. meten met een te kleine bloeddrukmetermanchet) behandeld met als gevolg risico's die eventueel dodelijk zijn. Behandelde hypertensieven hebben meer depressies, relatieproblemen en het absentisme op het werk is groter.

Psychiatrische etiketten zijn ook de vertaling van een morele norm en zijn in die zin een soort rechtspraak, waardoor niet-getolereerd gedrag verbannen wordt. Misbruiken van dit etiket zijn legio, getuige hiervan de problemen rond collocatie of ook politieke misbruiken in dictaturen.

Heel veel medische "diagnosen" zijn een vertaling van het symptoom: een neusbloeding ziet er heel anders uit als ze epistaxis genoemd wordt. Dit spel creëert de illusie dat de demon onder controle is.

Door een probleem met een medisch etiket te benoemen, behoort het de artsen toe. In het



medisch model waar de arts boven staat, vermindert de verantwoordelijkheid van de patiënt.

Dit is ons inziens eerder een manier om problemen te fixeren, te bevroeren, dan een mogelijkheid voor de patiënt om verder te evolueren in zijn eigen ontwikkelingsproces.

In de toenemende groep van degeneratieve aandoeningen moet de reguliere geneeskunde zich tevreden stellen met symptomatische en palliatieve therapie om de eindeffecten te milderen, aldus I.M. Korr. In de zoektocht naar individuele oorzaken verwacht men volgens hem oorzaak met gevolg. Diabetes mellitus wordt aldus niet veroorzaakt door pancreasinsufficiëntie. Dit eindeffect is zelf gevolg van een complex ziekteproces. Het is belangrijk om jaren voordien in het proces in te grijpen als er nog geen symptomen zijn. In dit verband gebruikt hij de uitdrukking: "locking the stable door after the horse is stolen." De vraag naar het waarom van de pancreasinsufficiëntie dient gesteld te worden (2).

3.7. Preventie

In de bespreking van de "kanttekeningen in de geneeskunde" werden al opmerkingen gemaakt over de denkfouten die gemaakt worden in preventie.

Het doel van preventie is langer en zo gezond mogelijk te leven: een daling bekomen van mortaliteit en morbiditeit. Om lijden en dood te slim af te zijn, worden ongelooflijk dure campagnes opgezet, meestal met het doel de ziekte vroeger op te sporen.

Dit is niet hetzelfde als ziekte voorkomen. Een langer leven is zinnig in het perspectief van een zinvolle en gelukkige invulling. Dit is sociaal een heel zere teen. Een berekening zou uitwijzen dat het uitroeien van kanker tussen 15 en 65 jaar een verlenging van de gemiddelde levensduur van 7 maanden zou betekenen (27).

I.M. Korr heeft het over het belang om tijdig in te grijpen in het proces dat uiteindelijk kan resulteren in een chronische of degeneratieve aandoening. Allopathie faalt hierin volgens hem: "Failing any of these, then restricts the patiënt's life so that he may live within his limited physiological means; add years to his life, but not life to his years." (2, p.226)

Hierna volgt een eigen voorbeeld met commentaar van preventie.

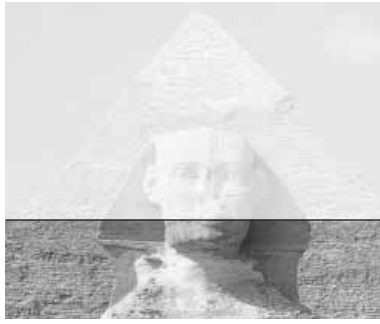
De Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen werkt samen met de Vlaamse regering aan een preventiecampagne rond borstkanker (14). Hierbij wordt een tweejaarlijkse mammografische screening voorgesteld van alle vrouwen tussen 50 en 70 jaar. Deze vrouwen zouden tweejaarlijks een pijnlijk, psychologisch bezwarend onderzoek moeten ondergaan. Eén op vijf van de positieve resultaten zijn vals positief. Daarna moet verder echografisch onderzocht worden en eventueel een biopsie genomen worden. Dit is een onzekere, angst-inducerende periode.

In de USA werd een groep vrouwen bestudeerd die deelnam aan zo'n screening: Na tien jaar had 23,4 % minstens één vals positieve mammografie en een gezonde vrouw had dus 1 kans op 5 om een biopsie te ondergaan. De fysieke, psychologische en financiële gevolgen voor de vrouwen is niet bestudeerd.

In Nederland toont een kosteneffectiviteitsonderzoek dat voor de doelgroep tussen 50 en 70 op die wijze elk gewonnen levensjaar 143 000 bfr kost.

Primaire preventie voor borstkanker is nog onzeker. Er is nog onduidelijkheid rond nutritionele factoren .

Over het effect van hormoongebruik bestaan meer gegevens. Het relatieve risico op borstkanker bij hormonale anticonceptie stijgt met 24% gedurende inname van de pil. Na het



Geschiedenis en filosofie

stoppen van de pil daalt de relatieve stijging gradueel om 10 jaar na de stopzetting verdwenen te zijn. Hormonale substitutietherapie in de menopauze gedurende 5 jaar doet het relatieve risico met 35% stijgen. Na het stopzetten daalt het extra risico.

De substitutie wordt in Vlaanderen fanatiek gepromoot door gynaecologen als preventie tegen osteoporose en cardiovasculaire aandoeningen. Juist in de doelgroep van de preventiecampagne (boven 50 jaar) wordt een extra risicofactor toegevoegd, liefst zo langdurig mogelijk. De preventiebrochure voor huisartsen merkt nog op: "Het extra risico op borstkanker staat tegenover een verbetering van het leven en er is op dit ogenblik geen echt alternatief voor het bestrijden van ernstige menopauzale klachten".

In *The Lancet* van juli 1999 waarschuwt Dr. L. Brinton (National Cancer Institute in Bethesda, Maryland) nochtans dat elke vrouw die bezorgd is over haar risico op borstkanker eerst goed moet nadenken voor zij beslist om te beginnen met hormoonsubstitutietherapie.

De preventiecampagnes getuigen van een ongelooflijke kortzichtigheid en blinde vlekken. Orale anticonceptie en hormonale substitutie zijn "verworvenheden" die blijkbaar niet meer ter discussie kunnen worden gesteld. De constatering dat er een epidemie van bostkanker is, heeft niet geleid tot primaire preventie naar een meer ecologische levenswijze: medisch, voeding, anticonceptie, onderzoek naar andere dan hormonale milieufactoren... In plaats daarvan wordt een paranoia-inducerende campagne gelanceerd, waarvan de ziekte-inducerende effecten niet gekend zijn. Orale anticonceptie hoort samen met vaccinaties, fluoridering van het drinkwater enzovoorts tot middelen die gebruikt worden bij gezonde mensen en die boven alle discussie verheven zijn omdat zij als verworvenheden worden beschouwd. Nochtans zijn van allemaal negatieve effecten bekend.

Deze illustratie dient hier om de denkfouten en vooroordelen aan te tonen.

Door preventie te organiseren (zwangerschapscontrole, zuigelingenconsultaties, schoolonderzoek, vaccinatiecampagnes...) breidt de medische wereld zijn macht uit over de gezonde mens. Een nieuw diagnostisch etiket leidt weer tot nieuwe stigma's.

I. Illich formuleert het zo: "De gemedicaliseerde preventie heeft nu nog een derde manier geschapen. Zij maakt van de arts een officieel erkende tovenaars wiens voorspellingen zelfs hen verlammen, die van zijn brouwsel geen schadelijke gevolgen ondervonden." (17, pag. 103) De resultaten van preventie zijn verre van eenduidig positief.

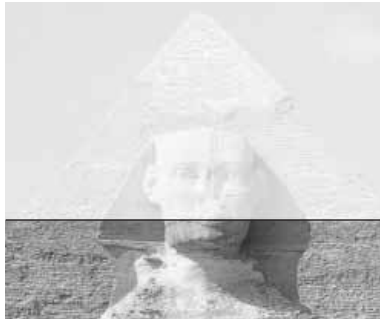
Het beloofde paradijs van een goede gezondheid dat met het vermijden van allerlei risicofactoren beoogd wordt, resulteert in een manipulatie van de mens. De morele beschuldigingen van cardiovasculaire of kankerpatiënten zijn legio. De sociale dwang is soms groot: het verplichten van bepaalde vaccinaties, het isoleren indertijd van lepralijders ...

3. 8. Placebo

"Placebo" komt uit het Latijn en betekent: ik zal behagen.

Volgens Skrabanek en Mc. Cornick (27) is het placebo-effect een complex fenomeen, dat in alle therapeutische successen een rol speelt als hulp of als enige oorzaak. Het liefst zouden artsen dit negeren want het doorprikt hun imago van wetenschappelijkheid en macht. Het gebruik ervan wordt niet aangeleerd in de opleiding.

Er is verzet tegen de studie van het placebo-effect zelf. Nochtans moet een therapeut zelf een placebo-effect hebben. 35 à 45% van de medicatie heeft weinig kans op efficiëntie voor



Geschiedenis en filosofie

de aandoening waarvoor ze gegeven wordt, maar is werkzaam door de overtuiging waarmee ze gegeven en gebruikt wordt. Deze "folie à deux" is krachtig, maar te duur volgens de schrijvers, die één en ander vergelijken met de "brood in suikerpillen" die tegen histerie gebruikt werden.

Volgens G. Bauherz reveleert het placebo-effect de aard van de therapeutische relatie. De officiële geneeskunde erkent het effect en gebruikt het met tegenzin. Tegelijk minacht zij het als een illustratie van de macht van de geneeskunde in plaats van de macht van de arts. De ideale en dus onbestaande patiënt reageert er niet op.

De parallelle geneeswijzen hanteren het placebo-effect beter volgens hem. Deze geneeswijzen staan onder wetenschappelijke en politieke druk om zich te bewijzen. Hij merkt op:

"La première nécessité impose quasi automatiquement la contrainte de la vérification de l'efficacité par le "double aveugle contre placebo", ce qui n'a peut-être pas comme fonction essentielle de déterminer et de chiffrer l'action intrinsèque de la thérapeutique, mais plutôt d'isoler l'effet placebo et d'en diminuer d'autant la validité."

("De eerste noodzaak legt quasi automatisch de dwang op om de effectiviteit te onderzoeken via "dubbel-blind placebo-gecontroleerde studies. Dat heeft misschien niet als essentiële functie om de intrinsieke therapeutische activiteit te berekenen dan wel om het placebo-effect te isoleren en de werking ervan te verminderen.") (14, p. 198).

B. Lachaux en P. Lemoine (18) beschrijven de geschiedenis van het placebo dat ontstond in de pre-wetenschappelijke, magische geneeskunde. In de Papyrus van Ebert in Egypte werden indicaties voor 700 medicamenten beschreven als bijvoorbeeld uitwerpselen van krokodillen, kikkersperma enzovoorts, middelen met een machtig mythische betekenis en vermoedelijk weinig effectiviteit op zich.

Mettertijd kreeg placebo een connotatie van opportunisme en flatterie, maar gedurende eeuwen werden placebo's bewust voorgeschreven, eerder om te behagen, "de geest van de patiënt te amuseren."

In de negentiende eeuw werden experimenten gedaan met twee groepen die respectievelijk een actieve en een inerte substantie toegediend kregen. Beiden hadden effect en Bernheim, bij Lachaux en Lemoine, besloot hieruit dat in alles suggestie zit.

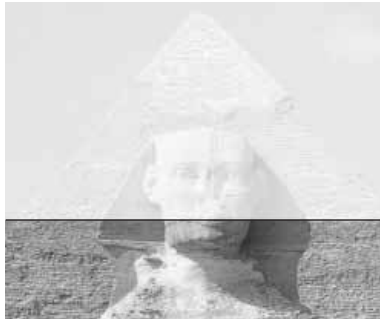
In de twintigste eeuw dwong placebo respect af en werd na de Tweede Wereld-oorlog als referentie (inert middel) gebruikt in het experiment.

Sinds 1962 mag een nieuw medicament van de "American Food- and Drugadministration" pas op de markt gebracht worden nadat de effectiviteit bewezen is in een placebo-gecontroleerde studie. Placebo confronteert de wetenschapper met het irrationele, de magie.

P. Pignarre (24) beschrijft het proces dat alle medicatie, ook "placebo", tot gesocialiseerde moleculen maakt. Van hun ontstaan tot hun inname hebben ze een intense betekenisgeving gekregen, zodat ze uiteindelijk medicament worden. Men test geen molecule, wel iets dat getransformeerd is tot een medicament. Het gebruikte placebo is daarentegen geen vast gegeven en kan niet gemeten worden.

Hij wijst erop dat een placebo-gecontroleerde studie enkel kan gebruikt worden om een medicament te erkennen, maar dat het naïef is om het te willen gebruiken ter evaluatie van alternatieve geneeswijzen. Een experimentele opstelling heeft een administratieve en technisch reglementaire waarde, maar is niet op theoretische vooruitgang gericht.

Een substantie wordt in een bepaald kader voorgeschreven waardoor ze de symboliek van



de vraag van de patiënt en de intentie van de arts incarneert, aldus Lachaux en Lemoine. Ze tonen hierdoor aan dat een placebo in een experiment ook een pharmacodynamisch effect kan hebben en alle zogenaamd actieve medicatie alleszins ook een placebo-effect heeft. Zij onderzoeken de actiemechanismen die maken dat placebo-middelen een vergelijkbare pharmacokinetiek hebben als actieve medicatie. Belangrijk is ook het feit dat in het onderwijs het falen van placebo foutief gebruikt wordt als bewijs voor organiciteit. Met andere woorden: als placebo geen effect heeft, betekent dit niet dat de etiologie van de ziekte in een orgaan teruggevonden kan worden met reguliere methoden.

Het uiteindelijk cruciale epistemologische belang van het placebo-fenomeen is de alomtegenwoordigheid ervan in de medische praktijk en de uiting van medische macht. Het belang van de studie van placebo-effect vinden wij in volgende citaat:

"L'intérêt du placebo réside dans le fait qu'il permet une étude des différents facteurs de la relation médecin-malade et conduit à une vision plus globale. Mais le pouvoir thérapeutique dépasse le simple cas particulier de cette relation. Il est en effet réducteur d'interpréter celle-ci comme une simple relation interpersonnelle, le médecin n'y intervenant pas uniquement comme personne mais comme représentant du corps médical et à ce titre détenteur d'un savoir présumé mystérieux."

("Het belang van placebo berust op het feit dat het toelaat de verschillende factoren van de arts-patiënt relatie te bestuderen en te komen tot een meer globalistische visie. Maar de therapeutische macht overstijgt deze relatie. Men kan haar niet herleiden tot een eenvoudige interpersoonlijke relatie, de arts bemiddelt niet enkel als persoon maar als vertegenwoordiger van het medisch corps en in die zin als drager van een mysterieuze wijsheid.") (18, p. 116)

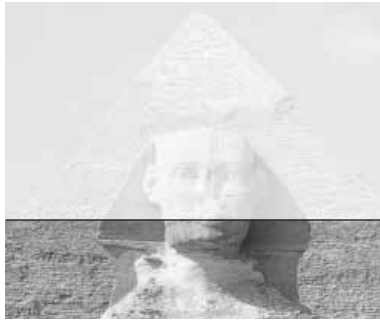
In deze zin leidt de studie van het placebo-effect ons naar holisme, een meer globale visie.

3.9. Evaluatie van therapie, methodologie van onderzoek

Iedereen is het eens over de noodzaak van onderzoek om economische en sociale redenen. R. Guibert (4) betoogt dat de effectiviteit van behandeling voor een individu en voor de populatie op korte en lange termijn moet gecontroleerd worden. Daarnaast is kwaliteitsbewaking noodzakelijk. Ook dit laatste schept problemen omdat binnen de complementaire geneeswijzen meestal geen uniforme behandeling geldt en geen erkende autoriteit bestaat. Het grote vooroordeel volgens J. Pirart (4) is echter dat de reguliere geneeskunde objectief en niet empirisch, wel wetenschappelijk zou zijn in tegenstelling tot de complementairen. Massa's medicatie, chirurgische ingrepen, diëten en andere medische beslissingen zijn zelfs op empirische basis niet te verantwoorden. De dominante therapieën zijn zeker ook dogmatisch en tijdelijk geldend.

Gedurende vijftig jaar werd bijvoorbeeld met felheid gepropageerd dat ter voorkoming van verwickelingen (acuut reumatisch lijden, glomerulonefritis, toxic-shock-like syndroom en suppuratieve verwickelingen) bij een streptokokkenangina antibiotica gegeven moeten worden. Uit diverse studies blijkt nu dat het voorkomen van verwickelingen helemaal niet beïnvloed wordt door antibioticagebruik.

Antibiotica kunnen de ziekte duur met één à twee dagen inkorten als ze binnen de eerste drie dagen gegeven worden. Dit resulteert niet in een vroegere werkhervatting. Dan nog blijft het een probleem om een streptokokkenangina van andere acute keelinfecties te onderscheiden en gaat het in 30% van de gevallen met bewezen aanwezigheid van streptokokken bij een angina om dragers van de kiem. Lokale ontsmettende of pijnstillende mid-



delen kunnen hun nut niet wetenschappelijk onderbouwen (12). De reguliere arts moet steeds meer "niet doen".

Guibert toont aan hoe moeilijk de vier essentiële stappen om te kunnen besluiten tot een effectieve therapie te objectiveren zijn. Die stappen zijn als volgt samen te vatten: het ging slecht, een behandeling werd uitgevoerd, nu gaat het beter, dit is dank zij de toegepaste behandeling. Het is een voorbeeld van een causaal verband dat niet evident is, maar in alle geneeswijzen gangbaar is.

J.J. Aulas (4) bekijkt de methodologische problemen om complementaire geneeswijzen te evalueren. Voor reguliere en complementaire geneeswijzen gelden de eerste twee bemerkingen: op zich is de natuurlijke genezingstijd voor een aandoening geen vaststaand gegeven en het placebo-effect speelt altijd een belangrijke rol, maar kan verschillen afhankelijk van de arts.

Evaluatie gebeurt traditioneel door vergelijking. Voor medicamenteuze geneeswijzen wordt hiervoor een experiment opgezet in een dubbelblind placebo-gecontroleerde onderzoek.

De belangrijkste criteria zijn: inclusiecriteria, randomisatie, dubbelblind onderzoek, statistisch correcte analyse en controle door een objectieve waarnemer.

Bij onderzoek naar niet-medicamenteuze behandelingen is dubbelblind onderzoek onmogelijk wegens de subjectiviteit van de therapeut, die een behandeling zou moeten simuleren. Hij stelt dat een pragmatisch model van effectstudies zich opdringt. Daarbij moet het mogelijk zijn, mits methodologische voorzorgen, de waarde van totaal verschillende therapieën te vergelijken. Hiervoor verwijzen we naar deel 2, 6.2.2.

Hij raakt ook het probleem aan van kwaliteitsbeoordeling van de professionele act door het gebrek aan consensus over experts in diverse beroepsgroepen.

Voorlopig roept het onderwerp "onderzoek naar effectiviteit" meer vragen op dan dat er antwoorden voorhanden zijn.

Wij citeren Aulas' besluit:

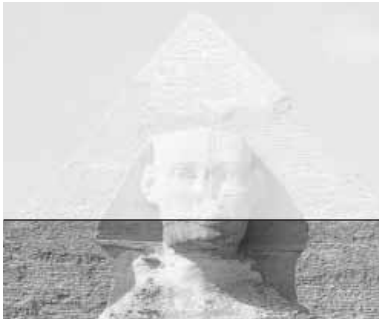
"Cependant, au préalable, il faut déterminer quels sont les objectifs visés par les interventions ainsi que les ressources envisagées. Tout outil n'est ni bon en soi, c'est l'utilisation que l'on fait de l'outil qui donne sa valeur. Il faut aussi déterminer les objets des études évaluatives envisagées..."

("Men moet bij voorbaat bepalen welke doelen men met de interventies beoogt en welke de mogelijke oplossingen zijn. Geen enkel middel is op zichzelf goed, maar de waarde wordt bepaald door hoe het gebruikt wordt. Men moet ook bepalen wat het onderwerp is van de beoogde studie...")

3.10. Epistemologische ruptuur

3.10.1. Wetenschappelijke inzichten

Een crisis in de wetenschappelijke inzichten kan, samen met lessen uit de geschiedenis en de nodige filosofische inzichten, leiden naar een transformatie in de geneeskunde.



J. Kint schetst het einde van de klassieke positieve wetenschappen door zijn opsomming van de concrete mathematische, fysische, neurofysiologische en chemische nieuwe wetten en de vernieuwde inzichten.(4)

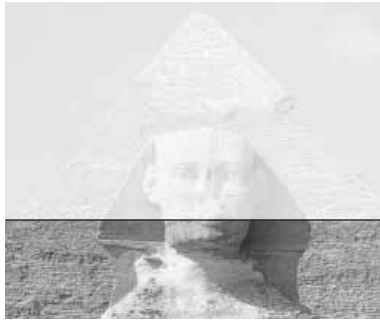
Hierna volgen eerst de klassieke wetenschappelijke inzichten zoals hij ze samenvat en daarna welke nieuwe pijlers de huidige wetenschap heeft. De klassieke inzichten zijn gebaseerd op Cartesiaans denken, wat resulteert in reductionisme ook atomisme of mechanicisme genoemd.

Het gedrag van de natuur verloopt volgens vaste wetten en is dus te voorzien mits kennis van deze natuurwetten. Sinds Aristoteles wordt deze kennis verkregen door logische deductie en later door experimentele inductie.

- * Er bestaat dus een objectieve wetenschappelijke kennis van fenomenen die voorspelbaar zijn en te reproduceren.
- * De complexiteit van de natuur wordt verklaard door onze gebrekkige kennis en verdere technische vorderingen zullen een volledig inzicht geven. Hiervoor volstaat het analytisch zoeken naar steeds kleinere delen: reductionisme is de sleutel tot volledige kennis.
- * De nieuwe verworven inzichten spreken dit tegen en vragen om een herdenken van de wetenschappen als volgt:
- * Determinisme is geen basiswet, maar onvoorziene factoren in tijd en ruimte zijn de regel.
- * Objectieve observatie wordt niet verkregen door zich verder te verdiepen in kleinere details. Hoe meer men zich verdiept, hoe minder het mogelijk is om niet te interfereren. Dit is voor osteopaten een vertrouwd gegeven. Door de geconcentreerde contactname van de osteopaat met de somatische dysfuncties van de patiënt (de plaatsen waar bewegingsverlies is opgetreden) tijdens het onderzoek, is er in mindere of meerdere mate al een mobilisatie opgetreden.
- * Complexiteit en chaos zijn regel, wat dus fundamenteel in strijd is met reproductiviteit.
- * Het geheel is niet gelijk aan de som der delen, delen op zich hebben geen van allen de eigenschappen van het geheel.
- * Tegengestelden sluiten elkaar niet uit.

F. Capra beschrijft de diverse wetenschappelijke inzichten uit de twintigerjaren die aanleiding zijn geweest tot systeemdenken (5).

- * Binnen de biologie kwamen de organicisten tot het inzicht dat levende systemen geïntegreerde gehelen zijn: zij zijn niet enkel een som van natuurkunde en scheikunde. "Wat er meer is", zijn de organiserende verbanden en patronen. Dit verschilt van de idee van de vroegere vitalisten die dit toevoegde, wat er meer is, als een niet fysieke kracht of veld omschrijven. Het organicisme was aanleiding tot het systeemdenken: de wezenlijke eigenschappen van een levend systeem, zijn eigenschappen van het geheel die de delen geen van allen hebben. Dit betekent dat een systeem niet kan worden begrepen door analyse, maar enkel contextueel.
- * De bevindingen van de quantummechanica waren nog schokkender: op subatomair niveau lossen de materiële elementen op in golfachtige waarschijnlijkheidspatronen en zijn er dus zelfs geen objecten te bestuderen.
- * De Gestaltpsychologen zagen het bestaan van de organische vorm, het niet reduceerbare geheel als essentieel in de waarneming. Ook zij zagen dit als een overstijging van vitalisme en mechanicisme.
- * De ecologen lanceerden het ecosysteembegrip: een gemeenschap van organismen en hun levenloze omgeving die als ecologische eenheid functioneert. Ook de begrippen



"netwerk" en "gemeenschap" werden door hen geïntroduceerd. Het netwerkidee werd door systeemdenkers overgenomen en als model toegepast op levende systemen.

3.10.2. Het nieuwe paradigma

Dit deel over het nieuwe paradigma en de toepassing op levende systemen (3.10.3) is omwille van het geheel van de thesis vrij gecomprimeerd en niet eenvoudig te vatten gezien de nieuwe begrippen en denkpistes. Vele begrippen over het (nieuwe) paradigma vinden we ook terug bij H. Verbrugh (34).

Dit systeemdenken leidt naar het nieuwe paradigma "**diepe ecologie**" dat niet enkel sociale maar ook verregaande wetenschappelijke consequenties heeft. Wij beschrijven kort de essentie van dit nieuwe paradigma.

Fundamenteel is de onderlinge afhankelijkheid van alle verschijnselen: wij zijn (als individu en gemeenschap) ingebed in cyclische natuurprocessen, een levensweb. Ecofeminisme, een filosofische stroming die ook kadert in het nieuwe paradigma, benadrukt dat de vrouwelijke kijk op dingen bron is voor een ecologische kijk op de werkelijkheid. Maatschappelijk moet de fase van zelfverwerkelijking (competitie, expansie, overheersing) in evenwicht gebracht worden door integratie in de context.

In onderstaande tabel worden deze waarden en denkwijze uitgewerkt. Daarbij wordt duidelijk waarom loslaten van "zelfverwerkeliijkende waarden" voor vele mensen (vooral mannen) bedreigend is.

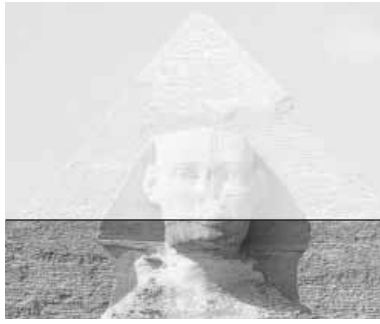
denken		waarden	
zelfverwerkelijking	→ integrerend	zelfverwerkelijking	→ integreren
rationeel	→ intuïtief	expansie	→ behoud
analyse	→ synthese	competitie	→ samenwerking
reductionnistisch	→ holistisch	kwantiteit	→ kwaliteit
lineair	→ niet lineair	overheersing	→ deelgenootschap

(Tabel pag. 22, F. Capra, Het Levensweb.)

De „waarden en denken“ in de tabel, bijvoorbeeld zelfverwerkelijking en intergratie zijn beiden wezenlijk voor een levend systeem. Op zich zijn ze geen van beiden goed of slecht. Het is een kwestie van evenwicht, waarbij we zien dat de waarden en denkwijzen vóór het pijltje in onze westerse cultuur overdreven worden en in patriarchale samenlevingen met macht en rijkdom beloond worden. De overgang naar een evenwichtiger waardensysteem is niet evident.

3.10.3. Toepassing van systeemdenken op organisatiepatronen in levende wezens

Levende wezens zijn open systemen die zichzelf organiseren in patronen, netwerken. Als het systeem ver van zijn evenwicht verwijderd is, ontstaan er nieuwe structuren en gedragingen. De systemen zijn gekenmerkt door interne terugkoppelingskringen.



Er zijn drie criteria voor levende systemen:

1. Een organisatiepatroon (het samenstel van verbanden dat de eigenschappen van het systeem bepalen),
2. De structuur (de materiële belichaming van het organisatiepatroon)
3. Het levensproces (de activiteit die gepaard gaat met de voortgaande belichaming van het organisatiepatroon). Het proces is dus het derde criterium voor leven en meteen ook de tussenschakel tussen de twee andere criteria: organisatiepatroon en structuur.

Een levend systeem is open qua energie- en materiestromen, maar organisatorisch een gesloten systeem, waarin door interne terugkoppelingskringen drempels van onevenwicht bereikt worden (vertakkingspunten), die tot nieuwe ontwikkelingen leiden. De gekozen weg hangt af van de voorgeschiedenis. Dit maakt de creativiteit, de organiserende activiteit uit van levende systemen: cognitie.

Cognitie is een geestelijke activiteit, een mentaal proces waarvan emotie integraal onderdeel uitmaakt en dat ook bestaat los van het voorkomen van hersenen. Dit is de definitie van kennis door Bateson, (bij F. Capra pag. 272).

Dit is ook de basis van de Santiagotherapie van Maturana en Varela (bij F. Capra pag. 264), die geest en materie twee dimensies van het verschijnsel leven noemen. De geest is het kenproces, het leefproces en vormt een eenheid met de materie en het leven. Dit is strijdig met het Cartesiaanse begrip "psychosomatiek".

De Santiagotherapie poneert dat het organisme niet reageert op omgevingsstimuli via een lineaire keten van oorzaken en effecten, maar wel met structurele veranderingen in zijn niet-lineaire, organisatorisch gesloten, autopoietisch netwerk. Die structurele koppeling hangt af van de eigen structuur.

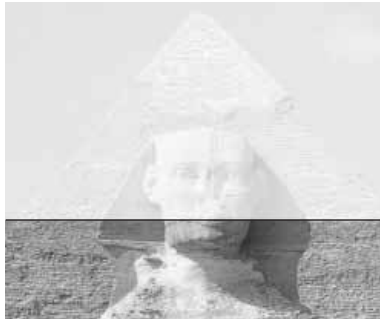
Een interessante toepassing van de netwerkidée vindt men in het cognitief netwerk: immuunsysteem, zenuwstelsel en endocrinologisch systeem. Recent onderzoek van Varela en Coutinho (bij F. Capra pag. 278), toont ons dat het immuunsysteem niet zozeer een defensieve taak heeft tegen agressoren, dan wel de taak om cellulaire en moleculaire reparaties te verrichten als onderdeel van de zelfregulatie.

Levende systemen functioneren ver van een stabiele toestand (dood) en bezitten een grote mate van entropie. Zij kunnen niet als lineaire systemen bestudeerd worden. Hoe netwerken bestudeerd kunnen worden, is een vraag waar wetenschappers zich nu mee bezighouden en waarvoor enkele modellen beschikbaar zijn voor zeer eenvoudige netwerken. De toepassing naar holistische geneeswijzen is een kluif voor een wetenschappelijke commissie zoals voorgesteld wordt in deel 2, 6.2.1.

J.R. dos Santos (27) vergelijkt de kennis van de volksgeneeskunde met de kennis van de "wetenschappelijke" geneeskunde. Hij concludeert dat beider wijsheid empirisch is, maar dat het grote verschil zit in de aanwezigheid van de sacrale, religieuze dimensie in de populaire geneeskunde. Deze wendt zich dan ook tot allerlei genezers en priesters. Hij beschrijft anderzijds hoe de officiële geneeskunde sinds de jaren dertig veel technischer wordt en in de industriële samenleving ingebed, een triomf voor de chemie. Dit industriële model verliest krediet vanaf de zestiger jaren.

Zijn besluit (4, pag. 40) kan ook in het licht van de nieuwe wetenschappelijke inzichten gezien worden en is te mooi om niet geciteerd te worden:

"Le nouvel ensemble se construit autour d'un expérimentalisme scientifique hypertechnique"



Geschiedenis en filosofie

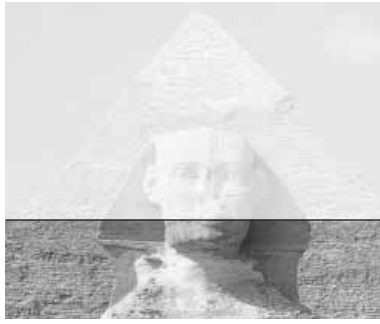
nisé et, en même temps sur une théologisation de la pensée du mal corporel: les médecines "parallèles" sont le corrélat- les strictes contemporaines de la nouvelle révolution médicale."
„Het nieuwe geheel berust enerzijds op een hypertechnische, wetenschappelijke proefondervindelijkheid en anderzijds op een theologisatie van het denken over lichamelijk lijden: de "parallele" geneeswijzen vormen de verbinding- de eigentijdse dragers van de nieuwe medische revolutie."

F. Capra stelt dat het abstracte denken ons er toe bracht onze natuurlijke omgeving te fragmenteren en aldus te exploiteren. Ook in de samenleving zijn we gaan opdelen in verschillende volkeren, rassen, religies en politieke groeperingen.

Wij citeren Capra (pag. 295): "Het geloof dat al die fragmenten in onszelf, in onze omgeving en in onze samenleving werkelijk gescheiden zijn, heeft ons van de natuur en van onze medemensen vervreemd en onszelf daarmee minder gemaakt dan we zijn.

Om ons volle menszijn te herwinnen zullen we ons gevoel van verbondenheid met het gehele levensweb moeten herwinnen. Die herverbinding, "religio" in het Latijn, is wezen van de spirituele basis van de diepe ecologie."

Wij besluiten: ...en van de osteopathie...



Besluiten van de literatuurstudie met discussie en aanbevelingen

1. Positie van osteopathie

Het lijkt ons essentieel om osteopathie niet te laten absorberen binnen de kaders van de huidige reguliere geneeskunde om de authenticiteit en effectiviteit te behouden. Gezien het alternatieve paradigma fundamenteel verschilt van het reguliere, lijkt osteopathie niet te transponeren naar de reguliere context zonder zijn waarde en effectiviteit te verliezen. Ook voor verschillende andere complementaire, holistische geneeswijzen geldt dit.

Dit leert ons de geschiedenis in de USA, de mening van osteopaten als A.T. Still, I.M. Korr, G.W. Northup die vertrouwd zijn met het concept, de sociologische beschouwingen van Legrand en Prayez en het begrip van paradigma.

Binnen het nieuwe paradigma "diepe ecologie" passen verschillende vormen van complementaire geneeswijzen. In deze onstuitbare evolutie is het de reguliere geneeskunde die zich stilaan herpositioneert. De osteopathie en andere complementaire geneeswijzen zullen een volwaardige plaats binnen de totale geneeskunde van de toekomst in kunnen nemen. Gezien de huidige tendenzen, ook binnen de reguliere geneeskunde, wijzen naar een verbreding van de visie op gezondheid en geneeskunde, verdient het aanbeveling dat elke geneeswijze haar vakterrein zal kunnen innemen met bepaling van haar grenzen en indicatiestelling.

catiestelling.

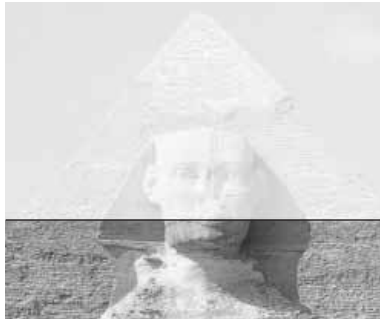
2. Zoals hoger vermeld is de essentie van de humoraalpathologie naar huidige begrippen getransponeerd, samen te vatten als volgt : holisme, individuele proces (in tegenstelling tot het zoeken naar de lokalisatie van laesies) en gerichtheid op zelfgenezende tendensen.

Ook binnen de osteopathie zijn deze kenmerken essentieel.

Het nieuwe paradigma benadrukt eveneens de onderlinge afhankelijkheid van verschijnselen binnen een geheel, een netwerk. De synthese van de delen, het holisme, de integratie van de elementen primeert. In deze context kan men stellen dat de kennis en de mogelijkheden van de reguliere geneeskunde en de osteopathie beiden een plaats kunnen hebben binnen de gezondheidszorg. Een verdere afbakening van de grenzen en kennis van wederzijdse kwaliteiten zijn noodzakelijk gezien de eigen, specifieke en verschillende indicatieterrijnen. Het basisbioregulatiesysteem zou hierbij als wetenschappelijk onderzoeksterrein kunnen fungeren. Het BBRs past zowel in het reguliere als in het "nieuwe" paradigma.

Een toepassing van het netwerkidee van het nieuwe paradigma vinden wij in de homeostasis, het inwendig milieu zoals in deel 3 besproken wordt. Het is de materialisatie van het organisatiepatroon van levende wezens.

Het basisbioregulatiesysteem (deel 3) kan men de organiserende activiteit, de cognitie van levende systemen noemen.



Discussiepunten.

1. Opleiding.

Men kan zich de vraag stellen hoe de opleiding optimaal kan stimuleren om in het osteopathisch concept te groeien. Dit vergt namelijk een loslaten van de reguliere kaders waarmee studenten opgevoed zijn. We suggereren volgende mogelijkheden om naar dit doel toe te werken.

- * Een enquête bij het begin en aan het einde van de opleiding zou een beeld kunnen geven over de manier van leven en de wijze waarop de student zorg vraagt bij ziekte van zich zelf en nakomelingen...
- * De geschiedenis en de filosofie van de geneeskunde en het osteopathisch concept kunnen explicieter onder de aandacht gebracht worden.
- * Naar analogie met bijvoorbeeld bepaalde opleidingen voor managers die via ervaringsgerichte methoden hun manier van leidinggeven veranderen, kan in de opleiding osteopathie ervaringsgericht gewerkt worden om het alternatieve paradigma te integreren. Managers worden via ervaringsgerichte methoden geconfronteerd met de onwerkzaamheid van klassieke paradigma's rond leidinggeven. Ook daarin primeerden unicausale, externe verbanden. Zij ervaren gaandeweg hoe een andere vorm van leidinggeven werkt. Daarin zijn systeemgerichtheid en de invloed van de eigen zijswijze essentieel. Hierin herkennen we het nieuwe paradigma zoals beschreven in hoofdstuk 3. Deze werkwijze zou ook voor osteopaten in opleiding een manier kunnen zijn om oude kaders los te laten en de peilers "holisme", "individueel proces" en "netwerken" via ervaring eigen te maken.

Daarnaast vragen we ons af hoe de student genoeg ondersteund kan worden om voldoende zelfvertrouwen en capaciteiten te ontwikkelen om een osteopathische praktijk te voeren. Volgende punten kunnen hiervoor overwogen worden:

- * Naast het "meevoelen" van de docent tijdens de praktijklessen om de proprioceptieve ontwikkeling van de student te evalueren, zouden stages georganiseerd kunnen worden.
- * Aanbevelingen die in deel 2, 5 gedaan worden.
- * Moeten studenten die blijvend niet aan de criteria voldoen, geweigerd worden?

Men kan zich ook afvragen welke maatschappelijke, eventueel socio-economische factoren meespelen in het hoger gestelde probleem.

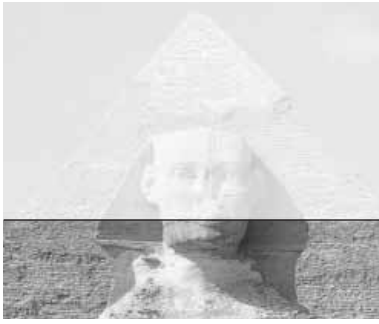
Door de sociale context is er een druk om de wetenschappelijkheid van de complementaire geneeswijzen te bewijzen. Is het mogelijk dat de ambitie om wetenschappelijk te zijn, resulteert in thesissen die een effect van een osteopathische manipulatie op een parameter gaan onderzoeken? Kadert dit in het osteopathisch concept?

Is een herziening van het concept van thesissen noodzakelijk in het kader van de reserves rond de methodologie van het wetenschappelijk onderzoek?

2. Kwaliteitscontrole.

De kwaliteit van de opleiding in scholen, moet van gelijk en hoog niveau zijn. De geschiedenis van de reguliere geneeskunde leert dat op het moment dat subsidies verleend werden aan kwalitatief betere, particuliere scholen, de concurrentie voor erkenning en subsidie zorgde voor kwaliteit.

- * Kan de erkenning en subsidiëring van scholen die voldoen aan strenge programmacriteria kwaliteit garanderen?
- * Voor kwaliteitscontrole op de praktijkvoering van de osteopaat, verwijzen we naar deel 2, 4.2, hoofdstuk 5 en 6. Deel 3 werkt concreet een model voor uitsluitingsdiagnostiek uit

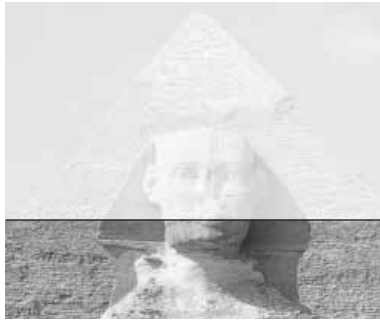


Aanbevelingen.

Onderzoek naar actiemethoden en effecten

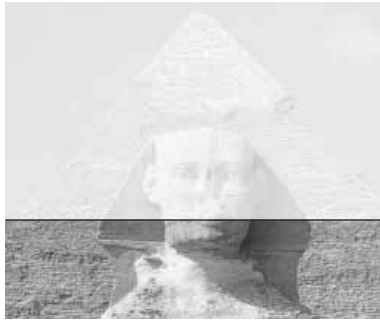
De Santiagotherapie en het feit dat er nog onvoldoende methodologie is ontwikkeld om niet-lineaire fenomenen te bestuderen, bemoeilijkt de studie van complementaire therapieën momenteel. Het hanteren van lineaire modellen in de studie van deze geneeswijzen is een abstraherende, fragmenterende benadering van de realiteit en staat dus haaks op het concept van deze geneeswijzen. Een lineaire onderzoeksmethode past ons inziens niet in het holistisch paradigma.

- * Wetenschappelijk onderzoek gebeurt best in een breed maatschappelijke context onder vorm van effectstudies, een pragmatische methode volgens P.D. Schwartz (bij J.J. Aulas in 4, pag. 217).
Placebo-gecontroleerde studies, onderzoeken waarbij een "pseudo-manipulatie" wordt uitgevoerd is onwetenschappelijk, omdat de therapeut subjectief is (J.J. Aulas)
- * Voor aanbevelingen rond wetenschappelijk onderzoek verwijzen we nog naar deel 2, 6.2.
- * Een vergelijkende studie naar studierichtingen van sociologie, psychologie, antroposofie zou wellicht de multi-causale gedachtengang meer in het voetlicht kunnen plaatsen, dit zowel ten aanzien van het onderwijs als ten aanzien van de wetenschappelijke toetsing.

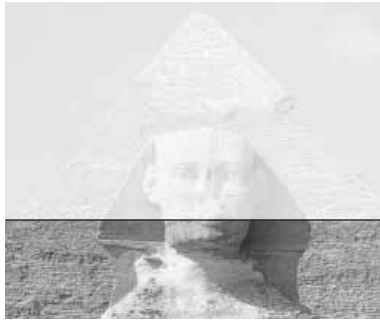


Literatuuroverzicht

1. Abehsera A.
Traite de médecine ostéopathique: Histoire et Principes de l'Ostéopathie à ses débuts; (1986 Charleroi, OMC).
2. American Academy of Osteopathy(
The collected papers of Irwin M Korr (1979)
3. American Osteopathic Association
Foundations for Osteopathic Medecine; (1997 Baltimore, William & Wilkins).
4. Bauherz G., Lacrosse J.M., Moulin M., Perissino A., Poucet T., Rosa-Rosso N.,
Ruttiens H.J.,
Comprendre le recours aux médecines paralleles: comportements, savoirs, politiques,
(1989, Brussel, C.R.I.O.C., U.L.B., G.E.R.M).
5. Capra F.
Het levensweb: Levende organismen en systemen; verbluffend nieuw inzicht in de grote
samenhang, (1996, Utrecht, Antwerpen, Kosmos-Z&K Uitgevers).
6. Cole W.V.
Holism, Its background and application in osteopathic medecine,
Symposium on the historical evolution of osteopathic medecine at the 63rd annual
convention of the American Osteopathic Association, (1959, Chicago, AOA).
7. Corriat P.
De la naissance de la médecine à la naissance de l'ostéopathie, (1992, Brussel, Vrije
Universiteit Brussel).
8. Corriat P.
Son nom, sa définition, (1992, Brussel, Vrije Universiteit Brussel).
9. Corriat P.
Still et son oeuvre, (1994, Brussel, Vrije Universiteit Brussel).
10. Corriat P.
Sutherland ou l'approche cranienne en médecine ostéopathique, (1992, Brussel,
Vrije Universiteit Brussel).
11. Delaunois P.
Introduction à la médecine ostéopathique, (1983, Maidstone, Ecole Européenne
d'ostéopathie).
12. Demeyere M., Matthys J.
Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering: Acute keelpijn, (1999, Berchem,
Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen vzw).



13. Dougier H. (ed)
Autres médecines, autres moeurs, Autrement, (1986, Parijs, 85).
14. Garmyn B., Pas Leo
Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering: Voortijdige opsporing van borstkanker, (1999, Berchem, Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen vzw).
15. Gevitz N.
The D.O.'s, Osteopathic Medecine in America, (1982, Baltimore and London, The John Hopkins University Press).
16. Gracovetsky P.H.D.
Third interdisciplinary world congress on low back pain & pelvic pain: Lack of objectivity in the low back patient: recognizing this situation, evaluating & improving diagnostic performance, (1998, Wenen).
17. Illich I.
Grenzen aan de geneeskunde, (1981, Bussum, Het Wereldvenster).
18. Lachaux B., Lemoine P.
Placebo: Un médicament qui cherche la vérité, (1988, MC Graw-Hill, Medsi).
19. Lichtenhaeler Charles
Geschichte der Medizin, (1982, Köln-Lövenich, Deutscher Ärztenverlag GmbH).
20. Lindeboom G.A.
Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde, (1971, Haarlem, De Erven F Bohn N.V.).
21. Littlejohn J.M.
Notes on the principles of osteopathy, (1974, Maidstone, The John Wernham College of classical osteopathy).
22. Littlejohn J.M.
Principles, (1974, Maidstone, Maidstone College Of Osteopathy).
23. Northup W.N.
Osteopathic medecine: An American reformation, (1979, Chicago, American osteopathic Association).
24. Pignarre P.
Qu'est-ce qu'un médicament? Un objet étrange, entre science, marché et société, (1997, Paris, Editions de la découverte).
25. Sigerist H.E.,
A history of medecine: Early Greek, Hindu and Persian medecine, (1961, Oxford, Oxford University Press).



Geschiedenis en filosofie

26. Sigerist H.E.
A history of medicine: Primitive and archaic medicine, (1977, Oxford, Oxford University Press).
27. Skrabanek P., Mc Corninck J.
Idées folles, idées fausses en médecine, (1997, Paris, Editions Odile Jacob).
28. Sondervorst F.A.
Geschiedenis van de geneeskunde in België, (1981, Brussel, Elsevier).
29. Still A.T.
Philosophy of osteopathy, (1995, Indianapolis, American Association of Osteopathy).
30. Still A.T.
The philosophy and mechanical principles of osteopathy, (1986, Kirksville, Osteopathic Enterprise).
31. Still C.E.J.
Frontier doctor, medical pioneer: The life and time of A.T. Still and his family, (1991, Kirksville, Missouri, The Thomas Jefferson University Press).
32. Vanleeuwe T., Rensen R.
Bibliografisch refereren, (1985, Leuven, Amersfoort, Acco).
33. Verbrugh H.
Paradigma's en begripsontwikkeling in de ziekteleer, (1978, Haarlem, De Toorts).
34. Magoun H.A.
Osteopathy in the cranial field, (1976, Indianapolis, The Cranial Academy)

*Positie van de osteopathie binnen
de gezondheidszorg vanuit
historisch en juridisch perspectief:
een model voor uitsluitingsdiagnostiek.*



*Deel 2
Juridisch maatschappelijke implicaties*

*Auteur:
L.L. Veldstra*

**Opleiding:
Nederlandse Academie voor Osteopathie (NAO)**

**Promotoren:
W.I.J. Poels, arts te Bussum
R.K.Muts, osteopaat D.O. te Amsterdam**



Inhoud deel 2

	Pagina
Dankbetuiging	59
Voorwoord	60
Inleiding	62
Hoofdstuk 1.	
Rapportages van diverse Commissies van Alternatieve Geneeswijzen en aanbevelingen	
1.1. Periode voor 1900	63
1.2. De 20e eeuw	63
1.2.1. Het methodisch-technisch handelen	65
1.2.2. De beroepsattitude	66
1.2.3. De organisatie van de beroeps uitoefening	66
Hoofdstuk 2.	
De wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (B.I.G.)	
Een beknopte uitwerking van de inhoud	
2.1. Karakter van de wet BIG	68
2.2. Voorzieningen wet BIG	68
2.2.1. Titelbescherming	68
2.2.2. Voorbehouden handelingen	70
2.2.3. Strafmaatregelen bij het veroorzaken van schade	71
2.2.4. Tucht	71
Hoofdstuk 3.	
De Wet op de Geneeskundige Behandelings-Overeenkomst (W.G.B.O.)	
Een beknopte uitwerking van de inhoud	
3.1. Plaats en reikwijdte WGBO	73
3.2. Regelingen in de WGBO	74
3.2.1. Recht op informatie	74
3.2.2. Toestemming	74
3.2.3. Privacy-bescherming	75
3.2.4. Dossiervorming	76
Hoofdstuk 4.	
Algemene gevolgtrekkingen met betrekking tot het "beroep osteopaat	
4.1. Algemene gevolgen van de wetgeving	78
4.2. Kwaliteitseisen t.a.v. de osteopathie	79
4.2.1. Deskundigheid	79
4.2.2. Kwaliteitswaarborgen	81
4.2.2.1. Evidence-based practice	82
4.2.2.2. Methodisch handelen	82



	Pagina
Hoofdstuk 5.	
Aanbevelingen voor opleidingseisen met betrekking tot de uitsluitingsdiagnostiek	
5.1. De vaardigheid "methodisch handelen"	85
5.2. De strategie van het methodisch handelen	85
5.3. Toespitsing van het methodisch handelen op de osteopathie praktijk	86
5.4. Aanbevelingen	89
Hoofdstuk 6.	
Aanbevelingen voor interne kwaliteitsbevordering en kwaliteitsbewaking	
6.1. Inleiding	91
6.2. Aanbevelingen	92
6.2.1. Wetenschappelijke commissie	92
6.2.2. Wetenschappelijk onderzoek	92
6.2.3. Handelingsprotocol	93
6.2.4. Registratie van gegevens	96
6.2.5. Tucht	97
6.3. Samenvatting	98
Conclusie	99
Bibliografie	100



Dankbetuiging

De afgelopen jaren hebben in het teken gestaan van studeren, totstandkoming van de Nederlandse Academie voor Osteopathie (N.A.O.) en het maken van een thesis. Het behoeft dan ook geen betoog dat al deze activiteiten met elkaar enorme hoeveelheden tijd hebben opgeslokt. Tijd die niet geïnvesteerd kon worden in gezin, familie en vrienden.

Hen allen wil ik danken voor hun trouw!

In de eerste plaats dank ik onze kinderen, Hanneke, Denise en Marleen voor het vele geduld dat zij hebben opgebracht. Vooral mijn echtgenote Riet is al deze jaren, naast mijn meest trouwe steun en toeverlaat, degene geweest die altijd weer wist te motiveren en zodoende een onmisbare stimulans voor mij was en is.

Veel dank aan onze promotoren, Drs. Lambert Poels en Rob Muts D.O.-MRO, die ons hebben begeleid in het produceren van onze thesis. Van alle gesprekken en kritieken hebben wij veel geleerd en de betrokkenheid met het onderwerp heeft ons gesteund in het werk. Bijzondere dank aan Siebe de Ree, die vanaf het eerste uur metgezel is in al het genoemde werk en blijkt hierin en daarbuiten een goede vriend te zijn. Ook Ria en Tynke wil ik hiervoor bedanken.

Dank aan Klaartje Peeters voor de positieve inzet en bijdrage aan het geheel van onze thesis; als collega's hebben we prettig samengewerkt, maar ook haar inbreng als arts heeft voor veel nuancering en verheldering gezorgd.

Ook Hans en Mienke Roohé bedankt voor de collegiale steun en voor de goed geplande geboden gastvrijheid om even te kunnen bijkomen, thuis of in Bergen.

Tenslotte, maar niet in de laatste plaats, veel dank aan alle docenten van de A.T.S.A. die ons hebben opgeleid. Een speciale plaats wordt ingenomen door Alain Gassier D.O.-MRO-F, van wie wij niet alleen veel hebben geleerd, maar die ons heeft begeleid en gesteund in moeilijke tijden, die met de oprichting van de N.A.O. gepaard gingen. Ook voor wat betreft de status van de osteopathie in de geneeskunde en in het politieke veld heeft hij ons veel duidelijk gemaakt en gecoached.



Voorwoord

Tot in de helft van de vorige eeuw was sprake van een enorme hoeveelheid "geneeskundigen" die, al of niet geschoold, de samenleving van ziekte en ongemakken zeiden te kunnen bevrijden.

Eén van de eerste wetten, die hierin het kaf van het koren moest scheiden (Thorbecke, 1865) was een poging tot het realiseren van kwaliteitsgaranties naar de burger.

Sinds de Tweede Wereldoorlog is sprake van een periode van toenemende belangstelling voor de rechten van de mens. Er was grote behoefte de samenleving te organiseren naar meer humane maatstaven. Mede hierdoor, maar ook vanwege de enorme toename in de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, groeide het besef van de noodzaak om de regelgeving in de gezondheidszorg duidelijker te ontwikkelen.

De universele rechten van de mens vormen uitgangspunt voor de wetgeving op het Europees en nationaal niveau. De nationale overheid heeft de taak om de "sociale grondrechten" in wetgeving zo te regelen, dat de voor de gemeenschap beschikbare goederen en diensten zodanig worden verdeeld dat iedere burger hiervan in evenredige mate kan profiteren. Dit geldt voor onderwijs, werkgelegenheid, sociale zekerheid en niet in de laatste plaats ook voor de beschikbare gezondheidszorg.

Daarnaast bestaan de zogeheten "individuele grondrechten", die een waarborg vormen voor een zekere vrijheid van iedere burger tegenover de overheid en medeburgers.

In het kader van wat in deze thesis aan de orde komt, is een aantal van deze individuele grondrechten van belang:

Tot de universele rechten van de mens behoort het individuele recht op gezondheidszorg. Tevens bestaat het recht op een individuele keuzevrijheid, mits deze keuze niet strijdig is met het algemeen of individueel belang. Belangrijke internationale documenten bevatten deze bepalingen (24).

Ook de Nederlandse wet kent hiertoe relevante bepalingen:

- * Ned. grondwet artikel 6: Hierin wordt de vrijheid van godsdienst en levensovertuiging vastgesteld.
- * Ned. grondwet artikel 10: Bepaalt het recht op de persoonlijke levenssfeer.
- * Ned. grondwet artikel 11: Regelt het zelfbeschikkingsrecht.

Door de toegenomen institutionalisering en bureaucratisering binnen de gezondheidszorg bestaat een tendens tot relativeren van met name het zelfbeschikkingsrecht. Dit heeft tot gevolg dat de patiënt, die zich ook al vanwege zijn ziek zijn, in een afhankelijkheidspositie bevindt, gedrongen wordt in de richting van die vormen van geneeskunde, die tot op heden maatschappelijk toonaangevend zijn geweest.

Zonder afbreuk te willen doen aan de objectieve waarde van deze, wat we gewend zijn te noemen, "reguliere geneeskunde", moeten we deze waarde niet verheffen tot een absolute waarde. Die mechanismen, die de ontwikkeling van de reguliere geneeskunde in belangrijke mate bepalen zijn zodanig, dat er gezien vanuit het bredere perspectief van wat te maken heeft met de kennis en kunde van het genezen, te veel buiten ons blikveld zou blijven.

Dat geneeskunde, regulier of alternatief, een empirische wetenschap is, maakt duidelijk dat niet alleen datgene wat onomstotelijk is komen vast te staan, waarde heeft in de medische praktijk, maar de kritische beroepsattitude van de beroepsbevolking ten aanzien van eigen kunde en handelen.

Juridisch maatschappelijke implicaties



Ten aanzien van de wet- en regelgeving is sprake van een ontwikkeling, die deze maatschappelijke vraag naar meer nuancering in de gezondheidszorg, mogelijk heeft gemaakt. De uitkomst hiervan ligt in Nederland vervat in de wet B.I.G., die de toegankelijkheid van het systeem in de gezondheidszorg regelt.

Wat betreft de individuele bescherming van de patiënt is de "Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst" (WGBO) van toepassing.



Inleiding

In de volgende hoofdstukken zal een overzicht gegeven worden van de belangrijkste ontwikkelingen, die geleid hebben tot de wet- en regelgeving die nu actueel is.

Tevens zullen wij trachten hieraan conclusies te ontleen, die van belang zijn voor de beroepsattitude van de osteopaat, de deontologie en uiteindelijk ook voor de interne kwaliteitsbevordering en bewaking.

De uitsluitingsdiagnostiek speelt hierin een sleutelrol, omdat hierdoor de afbakening van het werkterrein inzichtelijk wordt gemaakt (deel III: 4.24.3).

Er is gebruik gemaakt van een groot aantal rapportages van advies en wetenschappelijke commissies, die door de overheid zijn ingesteld. Verder is in de universiteitsbibliotheek een selectie gemaakt van literatuur, waarnaar verwezen wordt als zijnde wetenschappelijk relevante literatuur met betrekking tot de diverse onderwerpen, die van belang zijn in het kader van de doelstelling van deze thesis: De juridisch maatschappelijke implicaties van de uitsluitingsdiagnostiek in de osteopathiepraktijk.

In de eerste drie hoofdstukken wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste maatschappelijke en politieke ontwikkelingen, die de wet en regelgeving omtrent de uitoefening van geneeskunde hebben bepaald. Daarnaast wordt een korte beschrijving gegeven van de essentie van de meest recente wetgeving op dit terrein: de wet B.I.G. en de W.G.B.O..

De laatste drie hoofdstukken laten zien hoe, ons inziens, deze wetgeving dient te worden geïnterpreteerd door de beroepsgroep osteopathie. Ook wordt voorgesteld een aantal maatregelen te ontwikkelen en uit te voeren om het kwaliteitspeil van de hele beroepsgroep naar een hoger niveau te brengen.

Tevens moet door deze maatregelen bescherming gewaarborgd worden voor de patiënt en het beroep.

Hoewel in België de geschiedenis een enigszins ander beloop heeft gehad, heeft dit ons inziens weinig andere consequenties voor de hierboven genoemde aanbevelingen.



Hoofdstuk 1

Rapportages van diverse Commissies voor Alternatieve Geneeswijzen (3,8,15,16,19,25)

1.1 Periode voor 1900

Tot in de vorige eeuw was in hoofdlijnen sprake van 3 groeperingen van "geneeskundigen", die pretendeerden het volk te kunnen bevrijden van hun ziekten en/of kwalen, te weten :

1. Doctores: Deze waren opgeleid aan universiteiten en hadden zich gespecialiseerd in medicijnen, chirurgie of in de obstetrie.
2. Genees- en verloskundigen, dentisten, oculisten, die niet universitair geschoold waren maar aan één van de toenmalige klinische scholen (Hoorn, Alkmaar, Amsterdam, Haarlem, Rotterdam of Middelburg) of door een wat meer gerichte vakopleiding bepaalde bevoegdheden hadden verworven, op basis waarvan zij met de lokale overheden toestemmingen konden regelen met betrekking tot hun praktijkvoering.
3. Volksgenezers, die soms wat geschoold of vaak ook niet geschoold, maar in ieder geval ongeorganiseerd, meestal buiten de stedelijke gebieden door middel van kruiden, wichelroedes, pendelen, steensnijden, piskijken, etc. hun "kwaliteiten" aan de man brachten.

Het was Johan Rudolf Thorbecke (1798-1872), een Nederlands liberaal staatsman, die tijdens zijn eerste zittingsperiode als minister president, in 1865 een wet tot stand bracht, die het volk moest beschermen tegen allerlei vormen van kwakzalverij.

Deze wet hield in, dat alleen diegenen die een artsenexamen aan één van de universiteiten hadden afgelegd, de wettelijke bevoegdheid hadden om geneeskundige handelingen te verrichten. Dat betekent dat een ieder die zich op enigerlei wijze in raad of daad begeeft op het terrein der genees- of verloskunde zich aan een strafbaar feit schuldig maakt. Een stevige basis voor de monopoliepositie van de universitaire geneeskunde, die tot op de dag van vandaag nog duidelijk manifest is, was hiermee gelegd.

Ondanks alle goede bedoelingen, die aan deze regelgeving ten grondslag zullen hebben gelegen, is toch weinig aandacht geschonken aan de kritieken, die al voor de inwerkingtreding van deze wet werden geventileerd.

Eén van de meest aansprekende kritieken, niet alleen vanwege de grondrechtelijke inhoud, maar vooral ook vanwege de actualiteit, was die van Majoor Revius, reeds in 1864:

"Het monopolie der geneeskunst is klaarblijkelijk ingesteld met het doel om de ingezetenen tegen kwakzalverij te beschermen. De wet geeft de burger vrijheid zijn godsdienst te kiezen, de opvoeding van zijn kinderen te regelen, zich aan gevaren bloot te stellen in kruit-, stoom-, en andere fabrieken, doch hij mag geen vertrouwen stellen in enige geneeswijze, die niet door de monopolisten is goedgekeurd zonder medeplichtig te worden aan een overtreding van de wet.

Die toestand druist in tegen alle redenen, recht en billijkheid"

1.2. De 20e eeuw

Pas in 1916 kwam er weer wat beweging op regeringsniveau naar aanleiding van een verzoek van een aantal prominenten: Mr. van Houten (oud-minister van Binnenlandse



Zaken), prof. mr. van Hamel (lid van de Tweede Kamer) en Jhr. mr. van Holthe tot Echten (Raadsheer van het gerechtshof in Den Haag).

Deze heren verzochten om opheffing van het artsenmonopolie en pleitten voor de vrijheid in de keuze van een behandelaar waarin men vertrouwen heeft. Ook de Centrale Gezondheidsraad adviseerde de regering naar aanleiding van dit verzoek: "een wijziging van de wettelijke bepalingen tot stand te brengen, die meerdere vrijheid in de uitoefening van de geneeskunst kan bieden."

Twee staatscommissies waren het gevolg, een juridische, onder voorzitterschap van Van Houten, die zich in aanpassingen in de wetgeving moest verdiepen en een medische, onder voorzitterschap van Pekelharing (hoogleraar aan de universiteit van Utrecht). Deze laatste moest de effecten van behandelingen door onbevoegden bestuderen. De medische commissie was fel tegen en de juridische commissie voor verruiming van de vrijheden zodat de regering geen mogelijkheden zag om hierin enige verandering aan te brengen en zij liet de zaak voor wat het was.

Naar aanleiding van jurisprudentie in een aantal zaken, die handelden over het ongeoorloofd uitoefenen der geneeskunst, werd in de jaren vijftig opnieuw een werkgroep ingesteld onder voorzitterschap van prof. dr. P. Muntendam. Deze ambtelijke werkgroep kreeg de opdracht een voorstel tot wetswijziging te creëren, zodat ook onbevoegden, in de zin van de toenmalige wet, de geneeskunst zouden moeten kunnen uitoefenen.

Dat de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst geen middel onbenut heeft gelaten dit tijt te keren, is een van de redenen dat pas een volgende Staatscommissie Peters in 1965 erin slaagt met een wetsvoorstel te komen waarin het niet langer verboden is voor onbevoegden de geneeskunst uit te oefenen, mits zij zich niet begeven op een aantal "voorbehouden terreinen":

1. Verrichten van een heelkundige behandeling.
2. Verrichten van een verloskundige behandeling.
3. Verrichten van tandheelkunde.
4. Geven van injecties of verrichten van puncties.
5. Aanwenden van enig gevoelloos makend middel.

Mede door deze adviezen besluit de regering eind jaren zestig de medische, alsook de tucht-wetgeving te gaan wijzigen. De Staatscommissie, die daartoe aan het werk gezet werd, onder leiding van prof. mr. J.Th. M. de Vreeze, bracht in 1973 een rapport uit met als belangrijkste advies de tot nu toe bestaande wetten te vervangen door een nieuwe wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (de wet BIG).

Vervolgens wordt weer een Commissie Alternatieve Geneeswijzen ingesteld, met wederom als voorzitter prof. dr. P. Muntendam. Deze commissie brengt in 1981 verslag uit met een aantal aanbevelingen die ver strekkende consequenties, maar ook perspectieven voor het niet reguliere veld inhouden. Een aantal van deze aanbevelingen:

- * Het bevorderen van de totstandkoming van de wet op de Beroepsuitoefening Individuele gezondheidszorg. Het bevorderen en nastreven van minimale kwaliteitseisen ten aanzien van opleidingen in het alternatieve veld.
- * Het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek in het alternatieve veld.
- * Krachtige bestrijding van kwakzalverij.
- * Het instellen van een nationaal informatie- en documentatie centrum.
- * Voor zover er geen sprake is van bedrog of het aanbrengen van merkelijke schade aan



de gezondheid van de hulpvragende, af te zien van strafrechtelijke vervolging tegen alternatieve genezers.

- * Het bevorderen van informatieverstrekking aan en door reguliere opleidingsinstellingen met betrekking tot alternatieve geneeswijzen.
- * Het instellen door de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne van een commissie die de regering adviseert en begeleidt bij de uitvoering van de gemaakte plannen.
- * Het opnemen van een post "alternatieve geneeswijzen" op de begroting van het ministerie voor de komende jaren.
- * De Ziekenfondsraad te verzoeken voorstellen te doen met betrekking tot het opnemen van nog nader te noemen alternatieve geneeswijzen in het verstrekkingenpakket.

Veel van wat de navolgende commissies hebben uitgewerkt en geadviseerd heeft te maken met het juridische "hang en sluitwerk" van de wet BIG. Omdat dit in het kader van deze thesis van minder groot belang is willen wij ons beperken tot die aspecten, die voor de behandeling van ons onderwerp relevant zijn.

Het advies van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen onder voorzitterschap van prof. L. Menges bestond uit een omschrijving van wat men kan vatten onder de noemer "Kwaliteit beroepsuitoefening alternatieve geneeswijzen."

Hierin zijn een drietal kwaliteitscategorieën te onderscheiden, met elk een aantal aandachtsgebieden:

- 1.2.1. Het methodisch technisch handelen.
- 1.2.2. De beroepsattitude.
- 1.2.3. De organisatie van de beroepsuitoefening.

1.2.1. Het methodisch technisch handelen

Onder deze categorie valt alles wat te maken heeft met het concreet omschrijven van de specificiteit van het vakgebied, de toepassing daarvan in de praktijk en de afbakening van het werkterrein:

1. Doeltreffendheid:

De waarde van het handelen dient objectief vast te stellen te zijn. Hierin speelt wetenschappelijk onderzoek een belangrijke rol, waarop ook in latere adviezen van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen (1993) wordt teruggekomen.

2. Deskundigheid:

Waarborgen van deskundigheid worden bereikt door uniformiteit in eindtermen van opleidingen, c.q. diplomering. Ook is dit een verwijzing naar registratie, waarop eveneens in het rapport van 1993 wordt teruggekomen.

3. Indicatiestelling:

De beroepsbeoefenaar dient zich consequent binnen de grenzen van zijn vakgebied te begeven en zodra deze moeten worden overschreden dient hij/zij tijdig en gericht te verwijzen. Dat houdt in dat hij / zij hiervoor verantwoordelijk is en dient te weten van de mogelijkheden en onmogelijkheden van zowel zijn eigen vakgebied als dat van anderen, regulier en niet-regulier.

4. Geschiktheid:

In de wet moet een en ander worden vastgelegd omtrent lichamelijke en \ of geestelijke geschiktheid van de beroepsbeoefenaar. Ook de beroepsorganisaties hebben de verantwoordelijkheid daarvoor regels in te stellen.



5. Veiligheid:

Praktijkinrichting, apparatuur en eventueel te gebruiken middelen moeten aan bepaalde eisen voldoen en er dient een controle op mogelijk te zijn.

6. Zorgvuldigheid:

Er dient getoetst te worden of kwaliteiten, zoals hierboven omschreven onder punt 2 en 3, adequaat in de praktijk worden toegepast. Hierin heeft ook de beroepsorganisatie een belangrijke verantwoordelijkheid.

1.2.2. De beroepsattitude

In deze categorie worden die aspecten behandeld, die de relatie met de patiënt betreffen, ofwel de ethische normen.

1. Respectvolle bejegening:

In alle voorkomende gevallen dient de patiënt als gelijkwaardig mens tegemoet getreden te worden.

2. Informatiebereidheid:

Zodra het in het belang van de patiënt kan zijn, of anders op diens verzoek, zal de beroepsbeoefenaar alle medewerking moeten verlenen aan het verstrekken van de hem ter beschikking staande informatie met betrekking tot de patiënt.

3. Vertrouwensrelatie:

Geheimhoudingsplicht en respecteren van de persoonlijke levenssfeer worden hier als belangrijke aspecten genoemd.

4. Coöperatie:

Er dient sprake te zijn van samenwerking tussen patiënt en behandelaar.

5. Beleid ter verantwoording:

De behandelaar moet bereid zijn desgevraagd zijn handelen te verantwoorden.

De meeste van deze kwaliteitscriteria worden later in de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (W.G.B.O.) geregeld.

1.2.3. De organisatie van de beroepsuitoefening

1. Beschikbaarheid en Continuïteit:

Behalve de continuïteit binnen de eigen beroepsuitoefening dient ook in geval van verwijzing gestreefd te worden naar een optimale communicatie. Hiervoor is het noodzakelijk dat gewerkt wordt aan gemeenschappelijk taalgebruik en kennis van de competenties, regulier en alternatief.

2. Doelmatigheid:

Adequaat en efficiënt behandelen dient zoveel mogelijk gegarandeerd te zijn. In voorkomend geval zal dus altijd de afweging moeten zijn of behandelen dit doel dient of dat doorverwijzen geboden is.

3. Integrale zorg:

Behandelt de noodzaak, dat de verschillende disciplines op elkaar zijn afgestemd, c.q. kunnen samen spreken en samen werken.

Zoals reeds vermeld, adviseerde de Commissie Muntendam in 1981 al het wetenschappelijk onderzoek naar alternatieve geneeswijzen te bevorderen. Naar aanleiding van dit advies zijn toen werkgroepen in het leven geroepen, die zich met dit vraagstuk moesten bezighouden. Helaas zijn de uitkomsten van deze onderzoeken te eenzijdig geformuleerd, doordat enkel artsen zich hiermee hebben bezig gehouden.



Wel is een aantal conclusies van belang:

- * Er is sprake van acceptatie van alternatieve geneeskunde op het niveau van maatschappij, volksvertegenwoordiging en overheid.
- * Met de inwerkingtreding van de wet BIG zal iedereen geneeskundige handelingen mogen verrichten, behoudens de aan artsen voorbehouden handelingen, welke expliciet omschreven zijn.
- * Goed toegankelijke voorlichting moet ontwikkeld worden.
- * Registratie van disciplines en de daarin werkzame beroepsbeoefenaren, handelingen, geneesmiddelen en indicaties is noodzakelijk voor de bewaking van kwaliteit.
- * Noodzaak om klachten te kunnen behandelen, waarbij de Geneeskundige Inspectie een wezenlijke plaats, c.q. rol heeft.
- * In principe kan wetenschappelijk onderzoek naar alternatieve geneeswijzen plaats vinden, door middel van effectiviteitonderzoek volgens de zgn. "black box-methode".

Hoewel men in dit laatste advies wel aangeeft dat er verschillen in opvattingen over causaliteit bestaan, blijft enigszins onderbelicht, dat ook andere grondgedachten de denk- en handelwijze van diverse alternatieve geneeswijzen bepalen en dus zal dit ook de vorm van het wetenschappelijk onderzoek in belangrijke mate bepalen.

Tenslotte adviseerde deze commissie de instelling van een werkgroep, die zich bezighoudt met:

1. Registratie.
2. Opleidingseisen.
3. Voorlichting.
4. Wetenschappelijk onderzoek.

Veel van wat de verschillende Commissies Alternatieve Geneeswijzen hebben uitgewerkt en aanbevolen heeft geresulteerd in concrete wetgeving, welke later nog zal worden besproken.



Hoofdstuk 2

De wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (B.I.G.)

Een beknopte uitwerking van de inhoud (3,15,16,21,25)

2.1. Karakter van de wet BIG

Zoals uit de vorige paragraaf al is gebleken, kan het niet anders dan dat de wet BIG een zeer complexe wet is, waarin veel zaken geregeld worden. Om te voorkomen dat we verzanden in de complexiteit, zal worden volstaan met een overzicht van de hoofdlijnen en, daar waar het ter zake dienend is, wat meer details.

Het karakter van de wet BIG is, dat in deze wet waarborgen worden gecreëerd ten aanzien van de kwaliteit van alle beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg.

Van individuele gezondheidszorg is sprake, wanneer er zorg verleend wordt die specifiek gericht is op de gezondheid van een bepaald persoon. Het is echter niet zo, dat het alleen het geneeskundig handelen betreft, maar het gaat in deze wet om alle handelingen, die te maken hebben met de beoordeling, bewaking, bescherming, herstel of bevordering van iemands gezondheid. Dit betekent dat allerlei verschillende bezigheden hieronder zijn te vatten: niet alleen de directe behandeltechnische activiteiten, maar ook de diagnosestellingen, het geven van adviezen, verzorging, etc. Voor zover er sprake is van preventieve zorg t.a.v. de gezondheid van een individu, valt deze zorg ook onder deze definitie.

Kortom, deze wet bedoelt dan ook de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg in een zo ruim mogelijke zin te bevorderen. Hieraan gekoppeld is de bescherming van de patiënt tegen het ondeskundig handelen van de beroepsbeoefenaren. Die doelstellingen tracht de wet te realiseren door een globale regeling van een aantal zaken, die minimale kwaliteitsgaranties waarborgen. Daarnaast is er een grote diversiteit aan noodzakelijke nuanceringen, die onmogelijk te vatten is in een wet. Hierbij kan gedacht worden aan diverse opleidingen, deskundigheidsgebieden, etc. Gedurende het traject van inwerkingtreding zijn mogelijkheden open gelaten om via "Algemene Maatregelen van Bestuur" (AMvB's) nadere regelingen vast te leggen met betrekking tot tal van dit soort zaken.

2.2. Voorzieningen wet BIG

Hiertoe zijn in hoofdlijnen de navolgende voorzieningen getroffen:

2.2.1. Titelbescherming.

2.2.2. Voorbehouden handelingen.

2.2.3. Strafmaatregelen bij het veroorzaken van schade.

2.2.4. Tucht.

2.2.1. Titelbescherming

Een belangrijk kenmerk van de wet BIG is dat, in tegenstelling tot voorgaande wet (WUG, 1865), iedereen in principe gerechtigd is geneeskunde te bedrijven. Dit impliceert nog niet dat iedereen in de gezondheidszorg daarmee eenzelfde status heeft en dus bestond de



noodzaak een onderverdeling te maken in verschillende beroeps categorieën:

1. De artikel 3 beroepen:

Artsen, tandartsen, apothekers, verloskundigen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, psychologen (in de gezondheidszorg), psychotherapeuten.

2. De artikel 34 beroepen:

Apothekersassistenten, ergotherapeuten, logopedisten, mondhygiënisten, tandprotheticci, orthoptisten, diëtisten, oefentherapeuten, podotherapeuten, radio-diagnostisch en therapeutisch laboranten, optometristen, verzorgenden (in de individuele gezondheidszorg).

3. Andere, niet nader omschreven beroepen.

Ad 1. De artikel 3 beroepen:

Na lang debatteren is uiteindelijk besloten om acht beroepen in de wet op te nemen, die een bescherming van titel genieten op basis van bij de wet geregelde opleidingseisen, een statutief registratiesysteem, dat door de overheid wordt beheerd, en een publiekrechtelijk tuchtsysteem (artikelen 3 en 4). Nadat iemand een volledige opleiding, die wettelijk erkend is, met goed gevolg heeft beëindigd, kan hij/zij zich statutief laten registreren in een overheidsregister, dat wordt beheerd door de minister van VWS.

Dit betekent dat dan een voor dat beroep geldende titel gevoerd mag worden en dat eenieder die onrechtmatig deze titel voert of misleidt in dit verband, strafbaar is (artikelen 4 lid 2, 99 en 100). Tevens is deze registratie periodiek, wat wil zeggen dat de werkzaamheden in die hoedanigheid niet langer dan bepaalde tijd onderbroken mogen worden en dat aantoonbaar moet zijn dat men door bij- en nascholing het kwaliteitsniveau heeft geoptimaliseerd (artikel 8).

Ook kunnen specialisten binnen een bepaalde beroepsgroep hierin hun registratie c.q. bescherming regelen. De specifieke deskundigheden van de verschillende "art. 3 beroepen" worden in hoofdstuk III van de wet beschreven, iets waarop we in dit verband niet verder zullen ingaan. Een aantal risicovolle handelingen, die tot de "voorbehouden handelingen" behoren, worden hierin ook beschreven.

Deze beroeps categorie staat onder toezicht van het College van Medisch toezicht, een college, dat toeziet op de lichamelijke en/of geestelijke vermogens van de beroepsbeoefenaren en dat maatregelen zal nemen ingeval verondersteld wordt dat een betrokken persoon niet in staat geacht kan worden zijn of haar werkzaamheden naar behoren te kunnen uitoefenen. Tevens staat deze categorie onder toezicht van de tuchtrechter.

Ad 2. De artikel 34 beroepen:

Deze categorie onderscheidt zich van bovengenoemde op een aantal punten:

- * Er is geen toezicht van het Medisch College van Toezicht.
- * Er is geen toezicht door de tuchtrechter.
- * Er is geen sprake van enige voorbehouden handeling.
- * Er is geen overheidsregister.

Wel is de opleiding wettelijk geregeld, en voor beoefenaren van deze categorie zijn de deskundigheidsgebieden omschreven. De bevoegdheid van deze beroeps categorie is dus automatisch het gevolg van het met succes afsluiten van een erkende opleiding.



Ad 3. De niet nader omschreven beroepen:

De wet BIG is een kwaliteitswet, zodat de wettelijke bepalingen, die gelden voor het waarborgen van kwaliteit, ook van toepassing zijn op de beroepsgroepen, die niet nadrukkelijk in de wet zijn omschreven.

Hoewel de wet ruimte biedt aan de afzonderlijke beroepsgroepen hun eigen regelgeving op te stellen, ligt de verantwoordelijkheid van de regelgeving binnen deze beroepsgroepen nog nadrukkelijker bij de beroepsorganisaties zelf. Dit geldt vooral voor deze beroepen omdat de wet de mogelijkheid laat om de overheid maatregelen te laten treffen ingeval onvoldoende regelingen worden ingesteld. Dit houdt in dat zichzelf respecterende beroepsgroepen zich vanzelf uitkristalliseren.

De wettelijke kwaliteitseisen voor iedere beroepsgroep zijn toegespitst op bepaalde criteria waarin de organisatie van het beroep moet voorzien:

- * Omschrijving van het deskundigheidsgebied.
- * Omschrijving van de opleidingseisen.
- * Omschrijven en organisatie van na- en bijscholingseisen, intercollegiale toetsing en instrumenten ter bewaking van kwaliteit.
- * Omschrijven van beroepsethische aspecten, zodat ook tot uiting komt dat de rechten van de patiënt worden gekend en gerespecteerd.
- * Omschrijven van eisen met betrekking tot de praktijkvoering, zoals praktijkinrichting, bereikbaarheid en beschikbaarheid, vorming en beheer van patiëntendossiers, communicatie en samenwerking.

2.2.2. Voorbehouden handelingen

Het uitgangspunt in de nieuwe bevoegdheidsregeling is dat iedereen vrij is om geneeskundige handelingen te verrichten. Hiermee is de monopoliepositie van de arts dus komen te vervallen. Het zou echter te veel risico's met zich meebrengen als iedereen ook alle geneeskundige handelingen zou mogen verrichten.

Daartoe zijn er voorbehouden handelingen geformuleerd, die horen tot de specifieke deskundigheid van bepaalde, met name genoemde, beroepen. Deze handelingen zijn dan ook niet voorbehouden voor een beroepencategorie. Deze voorbehouden handelingen zijn:

- * Verloskundige handelingen.
- * Catheterisaties en endoscopieën.
- * Het geven van injecties.
- * Uitvoeren van puncties.
- * Het onder narcose brengen.
- * Het gebruik van ioniserende straling.
- * Elektieve cardioversie.
- * Defibrillatie.
- * Toepassing van elektroconvulsie.
- * Geneeskundig steenvergruizen in holle organen.
- * Het handelen met menselijk materiaal, teneinde een buitennatuurlijke zwangerschap tot stand brengen.



Er zijn uitzonderingen op deze regel:

- * Indien er sprake is van een noodsituatie, waarbij geen bevoegd persoon aanwezig is.
- * Zodra het niet beroepsmatige handelingen zijn (b.v. patiënt met diabetes).
- * Zodra dit in opdracht van een bevoegd persoon is (onder bepaalde voorwaarden).

2.2.3. Strafmaatregelen bij het veroorzaken van schade

De strafbepalingen, die onder dit hoofdstuk in de wet BIG worden gesteld, staan naast de bepalingen in het Wetboek van Strafrecht. Op die manier wordt de vrijheid van handelen, die deels inzet was voor de ontwikkeling van de wet BIG, in de individuele gezondheidszorg aan banden gelegd.

Wat betreft de straf- c.q. schadebepalingen wordt namelijk niet alleen het veroorzaken van schade maar ook het veroorzaken van een "aanmerkelijke kans" op schade aan lichamelijke of geestelijke gezondheid van de patiënt strafbaar gesteld.

Dit betreft niet alleen schadeberokkenende behandelingen. Ook gaat het hier om het geven van verkeerde adviezen, onthouding van adviezen of behandelingen. Al deze verantwoordelijkheden komen op het moment van consultatie bij de betreffende beroepsbeoefenaar te liggen.

De weg, waarlangs een voorkomende procedure zal verlopen, hangt af van de vraag of de beroepsbeoefenaar een beroep uitoefent dat bij de wet geregeld is. Ingeval het een beroepsbeoefenaar betreft, die een "artikel 3" beroep uitoefent, zal veelal in eerste instantie de tuchtrechter de zaak behandelen. Afhankelijk van de aard van de aanklacht zal er daarna (ast) een strafrechtelijke vervolging plaatsvinden of een civielrechtelijke, indien het een zaak betreft, die met een onrechtmatige daad of niet nakoming van een overeenkomst te maken heeft. Dit gaat meestentijds in overleg met het Openbaar Ministerie. In alle andere gevallen is de medisch tuchtrechter niet van toepassing en gelden de regels van het Straf en/of het Civiel recht. In dit verband kent met name het Wetboek van Strafrecht belangrijke strafbare feiten. Zonder hierin volledig te kunnen zijn, kan gedacht worden aan: aanbieden of verstrekken van levens- en gezondheidsbedreigende waren (art.174 en 175), ontucht met een patiënt (art.249), verlating van hulpbehoevenden (art.255 en 257), wederrechtelijke dwang iets te doen, na te laten of te dulden (art.284), schending van geheim (art.272), mishandeling en toebrengen van zwaar lichamelijk letsel (art.300-304), veroorzaken van lichamelijk letsel door schuld (art.307-309), onbevoegde uitoefening van een beroep (art.436), nalaten van hulpverlening bij direct levensgevaar.(art.450).

2.2.4. Tucht

In het Strafrecht en in het Civiele recht ligt te weinig besloten om te kunnen spreken van een afdoende bewaking van de kwaliteit van de verschillende beroepsbeoefenaren. Hiervoor heeft deze wetgeving een te algemeen karakter en kan in die zin dus ook een genuanceerde uit spraak geweld aandoen.

In het verleden is veel discussie geweest over de vraag of het Tuchtcollege een objectief oordelende instelling was vanwege de samenstelling daarvan. In de nieuwe regelingen hieromtrent is een en ander gewijzigd, evenals op andere punten waarop kritiek gerechtvaardigd was. Desondanks moge duidelijk zijn dat het, vanwege de bijzondere rol in de rechtspraak, een onmisbaar instrument is in het systeem van kwaliteitsbewaking. Onmisbaar omdat deze rechtspraak geënt is op de specifieke beroepssituatie. In de commissie hebben beroepsgenoten zitting, die mede kunnen oordelen over de vraag of in voorkomend geval gehandeld is conform de beroepsinhoudelijke en beroepsethische normen, gesteld door de beroepsgroep.



De tuchtrechtspraak doet recht aan de patiënt omdat het een middel is om ook handelingen en/of nalatigheden, die niet te vatten zijn onder het "gewone recht" te laten beoordelen. Ook wordt hiermee de beroepsgroep gediend, omdat de tuchtrechtspraak op deze manier te zien is als een middel om de beroepsethiek te ontwikkelen en als een toetssteen voor de beroepsbeoefenaren.

Op dit moment bestaat de wettelijke tuchtrechtspraak in de wet BIG als operationeel onderdeel voor alleen de beroepen die vallen onder de regeling volgens artikel 3.

De maatregelen, die door het Tuchtcollege kunnen worden opgelegd, zijn de volgende:

- * Een waarschuwing (correctie, voorlichtend).
- * Een berisping (ernstig verwijt).
- * Een geldboete (tot max. F 10.000,-).
- * Een schorsing van de registratie als beroepsbeoefenaar (tot max. 1 jaar).
- * Een gedeeltelijke ontzegging van het recht op beroepsuitoefening (beperkende maatregel t.a.v. bevoegdheden).
- * Een beëindiging van de registratie (definitieve beëindiging van bevoegdheid).

De maatregel van tuchtrechtspraak bij wettelijke regeling heeft bepaald niet dezelfde consequenties als voor beroepsbeoefenaren, die zich binnen hun beroepsorganisatie onderwerpen aan het zgn. verenigingstuchtrecht, maar daarover meer in hoofdstuk 6.



Hoofdstuk 3

De wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (W.G.B.O.)

Een beknopte uitwerking van de inhoud (15,16,17,20,21,25)

3.1. Plaats en reikwijdte WGBO

Het gegeven van het zelfbeschikkingsrecht als individueel grondrecht kan op gespannen voet staan met de afhankelijkheidspositie van de patiënt in de gezondheidszorg. Dit leidt tot de behoefte de rechtspositie van de patiënt te versterken.

Met de introductie van het vak "gezondheidsrecht" bij een aantal Nederlandse universiteiten in de jaren '60 is een groeiende belangstelling ontstaan voor de rechten van de patiënt. Niet alleen hier, maar ook door jurisprudentie, de media en de organisaties die zich hebben beijverd voor het patiëntenrecht, aanvankelijk vooral vanuit de hoek van de psychiatrie en de geriatrie (verpleeghuizen), zijn belangrijke impulsen gegeven aan de ontwikkeling hiervan.

Op advies van de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid werd in 1978 een Commissie Rechten van de Patiënt geïnstalleerd. De verschillende deeladviezen, die deze commissie heeft uitgebracht, hebben uiteindelijk geleid tot een voorontwerp wet op de behandelingsovereenkomst. De onderwerpen, die behandeld zijn: juridische relatie tussen patiënt en arts en het recht van de patiënt op informatie en het toestemmingsvereiste (1980), privacybescherming van de patiënt (1981), medische experimenten met mensen (1982), klachtenbemiddeling voor patiënten (1982), kernbepalingen voor de regeling van de relatie tussen patiënt en arts (1982).

Via de Tweede Kamer is tenslotte in 1994 de WGBO aangenomen. Hoewel in deze wet hoofdzakelijk zaken zijn opgenomen, die de rechten van de patiënt moeten regelen, wordt hiermee ook voor de behandelaar rechtszekerheid gekregen.

De wet gebruikt de term "de zorg van een goed hulpverlener". Dit geeft de betrokken behandelaar de mogelijkheid zijn specifieke deskundigheid in te brengen. In dit verband wordt verwezen naar de "professionele standaard" (art.453). Op het moment dat een patiënt zich om hulp bij een behandelaar vervoegt en de behandelaar gaat in op dat verzoek, is sprake van een overeenkomst. Dit benadrukt ook de verantwoordelijkheid van beide betrokken partijen.

Omdat de WGBO regelingen treft, voortvloeiend uit die overeenkomst, is deze wet een onderdeel van het Burgerlijk Wetboek en valt derhalve onder het Civiel Recht. Uitgangspunt van de wet is dat er een relatie bestaat op basis van gelijkwaardigheid en dat er dus in die sfeer zoveel mogelijk overleg is en zaken worden besloten.

Een hulpverlener heeft te maken met de WGBO zodra hij/zij een geneeskundig beroep of bedrijf uitoefent of handelingen verricht op het gebied van de geneeskunst (art.446). Deze handelingen zijn als volgt omschreven:

- * Alle verrichtingen, het onderzoeken en geven van raad daaronder begrepen, die ertoe strekken een persoon van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel het verlenen van ver-



loskundige bijstand.

- * Andere handelingen, die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon, die worden verricht door een arts of tandarts in die hoedanigheid, zoals medische experimenten.
- * Het in het kader van dergelijke handelingen verplegen en verzorgen van de patiënt en ten behoeve van de patiënt voorzien in materiële omstandigheden waaronder die handelingen kunnen worden verricht (art.446).

3.2. Regelingen in de WGBO

De WGBO regelt in hoofdzaak de volgende zaken:

- 3.2.1. Recht op informatie.
- 3.2.2. Toestemming.
- 3.2.3. Privacybescherming.
- 3.2.4. Dossievorming.

3.2.1. Recht op informatie

"Hulpverlener moet de patiënt op duidelijke wijze en desgevraagd schriftelijk inlichten over het voorgenomen onderzoek, de behandeling, diagnose en prognose." (art.448)

Voor deze formulering is gekozen omdat deze informatie essentieel is voor een patiënt om een weloverwogen besluit te kunnen nemen tot toestemming. Tevens wordt in lid 2 van dit artikel beschreven dat ook alternatieven besproken dienen te worden als dit terzake dient. Hiermee is dus de hulpverlener mede verantwoordelijk voor de keuze van de voor die patiënt meest adequate behandelmethode. De informatievervalsing mag echter wel afgestemd zijn op de behoefte en de mogelijkheden van de patiënt.

Een uitzondering vormt de zgn. "therapeutische exceptie", wat wil zeggen dat de informatie de patiënt onthouden mag worden indien de verstrekking daarvan een kennelijk nadeel voor de patiënt oplevert. Wel moet hierover in voorkomend geval overleg met een collega plaats vinden en dient die informatie dan aan een ander, bijv. een familielid, verstrekt te worden, mits dit geen nadeel voor de patiënt oplevert (art.449).

Ook moeten instructies duidelijk gegeven worden in geval patiënten door bepaalde leefregels actief in hun genezingsproces betrokken kunnen worden. Tenslotte wordt nog bepaald dat de patiënt naar beste weten alle medewerking en informatie verschaft, die nodig is voor het uitvoeren van de overeenkomst (art.452).

3.2.2. Toestemming

Voor iedere geneeskundige handeling heeft een hulpverlener toestemming van de patiënt nodig. Ook dit is een consequentie van het zelfbeschikkingsrecht. Bij verrichtingen van niet-ingrijpende aard mag toestemming verondersteld worden als het gedrag van de patiënt deze veronderstelling rechtvaardigt.

De hulpverlener moet zich wel realiseren dat dit gedrag niet het gevolg mag zijn van veronderstelde voldoende informatie.

Verder bestaat nog de mogelijkheid gebruik te maken van het zgn. "informed consent." Dit is een methode om toestemming vast te leggen, ingeval het voor een patiënt wenselijk is vast te leggen voor welke verrichting onder welke omstandigheden toestemming is verleend. Ook in denkbare situaties kan dit voor de hulpverlener een gewenste bescherming betekenen.



De manier waarop hiermee wordt omgegaan zal bepalen of de vertrouwensrelatie hierdoor niet beschadigd wordt, omdat dit een strikt zakelijke actie is. Hiertoe zou men binnen bepaalde beroepsgroepen formulieren kunnen ontwikkelen. De toestemming kan worden ingetrokken. De hulpverlener zal in dergelijke gevallen met de patiënt moeten nagaan wat voor de patiënt een acceptabele vorm is waarin behandeling mogelijk is.

Bij wilsonbekwame patiënten ligt een en ander anders. Iemand is wilsonbekwaam als hij/zij niet in staat is noodzakelijke informatie op te nemen, voor zichzelf af te wegen, en op basis daarvan een genuanceerd besluit tot toestemming te nemen. In dergelijke gevallen kan de verantwoordelijkheid ingeroepen worden van een curator, mentor, een speciale gemachtigde, echtgenoot of partner, ouder, broer, zus of kind. Wanneer echter de wens van een vertegenwoordiger de zorg voor en goede hulpverlening in de weg staat, zal deze zorg voorrang moeten genieten.

Bij minderjarigen moet onderscheid worden gemaakt in leeftijd. Voor kinderen tot 12 jaar nemen alleen de ouders een beslissing. Voor kinderen tussen 12 en 16 jaar beslissen ouders en kind, terwijl het kind het laatste woord heeft, tenzij die keuze strijdig is met de goede zorgverlening.

Kinderen, ouder dan 16 jaar kunnen zelf hun beslissing nemen.

3.2.3. Privacybescherming

Er zijn algemene regels, die het recht op privacybescherming regelen. Te noemen zijn het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens art.8, Ned. Grondwet art. 10, Wetboek van Strafrecht art. 272, Wet op de Persoons Registratie.

Enerzijds is de WGBO een uitbreiding van algemene bepalingen, toegespitst op het systeem van de gezondheidszorg, anderzijds zijn er uitzonderingen hierop in vastgelegd. Kort samengevat kan de strekking van deze wet het best omschreven worden als dat alle handelingen, overleggingen, verslagleggingen buiten de waarneming van derden moeten plaatsvinden en gehouden dienen te worden, tenzij de patiënt dit anders wenst.

In gevallen waarbij overleg noodzakelijk is met beroepsgenoten of andere hulpverleners, in het belang van de patiënt ter verkrijging van aanvullende informatie of in geval van overdracht mag, mits de patiënt hiertegen geen uitdrukkelijk bezwaar maakt, worden afgeweken. De aanwezigheid van een stagiaire of assistent moet in deze zin ook beschouwd worden als "een derde", wanneer dezer aanwezigheid niet noodzakelijk is voor het naar behoren uitvoeren van de behandeling.

Bij wilsonbekwame patiënten en minderjarigen geldt de zelfde privacybescherming, met inachtneming van de regels die gelden voor vertegenwoordiging, zoals hierboven beschreven. De hulpverlener dient een dossier aan te leggen over de gezondheidsstatus van de patiënt en de uitgevoerde behandeling. Dit dossier moet de hulpverlener minimaal 10 jaar bewaren of langer als dit redelijkerwijs verlangd mag worden in de zin van de zorg als goed hulpverlener. De patiënt heeft het recht het dossier in te zien of te verzoeken het te vernietigen. Ten aanzien van gegevensverstrekking ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek geldt dat de hulpverlener de patiënt hiervan op de hoogte moet brengen. Dit mag in een algemene aankondiging van een bestaande mogelijkheid, maar met vermelding van de mogelijkheid hiertegen bezwaar maken. Deze mogelijkheid moet wel "laagdrempelig" zijn.



In het dossier dient ruimte te zijn voor het uitdrukkelijk noteren van evt. bezwaren van de patiënt. Uiteraard gaat het hier om geanonimiseerde gegevensverstrekking, waarin de hulpverlener zelf de beslissing kan nemen of hij gegevens verstrekt, ook als de patiënt geen bezwaar heeft gemaakt.

Voor de verstrekking van gegevens gelden de normen zoals neergelegd in de W.P.R., waarbij opgemerkt moet worden dat ook gecodeerde gegevens in de sfeer van de "persoonsgegevens" gezien moeten worden.

3.2.4. Dossiervorming

Zoals reeds is genoemd is iedere hulpverlener verantwoordelijk voor het aanleggen van een dossier, waarin alle, met betrekking tot de gezondheidstoestand van de patiënt relevante informatie, wordt opgeslagen en bewaard. De belangrijkste redenen om een dossier aan te leggen zijn:

- * Een middel voor de hulpverlener om overzicht te houden in het behandelverloop van de patiënt. Dit is ook van belang om op enig moment efficiënt overleg te kunnen hebben met andere hulpverleners en om een noodzakelijke communicatie in verband met verwijzing te kunnen optimaliseren. De inhoud van het dossier betreft voornamelijk alle informatie die dit doel dient. Een dossier moet dan ook persoonlijk zijn en mag niet de gegevens bevatten van b.v. moeder en kind, omdat deze nu eenmaal beide in behandeling zijn.

Behalve natuurlijk alle persoonsgegevens, moet het dossier alleen de "relevante gegevens" bevatten. Relevante gegevens zijn alleen die gegevens, die voor de directe of toekomstige behandeling van de patiënt van belang zijn, of noodzakelijk kunnen zijn voor een gewenste controle achteraf. Hieronder wordt begrepen alle aanvullende medische informatie die voor de behandeling binnen het deskundigheidsgebied betekenis heeft. Alle persoonlijke werkaantekeningen die dit doel niet dienen en evt. correspondentie rond een melding van een calamiteit of klacht vallen hier niet onder, hetgeen niet betekent dat deze zaken buiten de geheimhoudingsplicht vallen.

Een dossier moet altijd een neutraal verslag zijn, zodat ingeval een ander hiervan kennis moet nemen, een onbevooroordeeld beeld kan ontstaan. Deze functie is dus kwaliteitsstimulerend.

- * Een middel om het handelen te kunnen verantwoorden. Hiertoe is het van belang dat een aantal gegevens wordt opgenomen met betrekking tot de verstrekte informatie, eventuele weigeringen of toestemming voor bepaalde handelingen, vertegenwoordiging en dergelijke zaken.

Verder is opname van gegevens, zoals hierboven vermeld, met betrekking tot diagnoses telling, het behandelverloop en dergelijke, voldoende om verantwoording hiervan te kunnen doen. Er mag geen sprake zijn van een indekkingsverslag of antedatering.

Tot deze verantwoording behoort ook het inzagerecht van de patiënt. Een patiënt heeft altijd recht op inzage in het dossier. Hierop vormt de "therapeutische exceptie" geen uitzondering.

In datgene, wat in de sfeer van de bescherming van de persoonlijke sfeer van een ander valt, bv. vertrouwelijke correspondentie van een echtgenoot, mag geen inzage gegeven worden. Ook mag, op diens verzoek, een afschrift niet geweigerd worden.

Op een verzoek van een patiënt het dossier te vernietigen moet worden ingegaan, tenzij de wet zich hiertegen verzet, of het belang van een ander dan de patiënt hierdoor wordt geschaad. Wel is het aan te bevelen hiervan een schriftelijke, gedateerde bevestiging te



verlangen omdat hiermee ook eventueel bewijsmateriaal voor de hulpverlener verloren kan zijn gegaan.

Als een patiënt gedurende een behandeling om vernietiging vraagt, mag dit een reden voor de hulpverlener zijn de behandelingsovereenkomst te beëindigen.

Het dossier moet minimaal 10 jaar na datum van de laatste behandeling bewaard blijven en mag daarna vernietigd worden, wanneer de zorg als goed hulpverlener dit toelaat. Incidenteel zou dit echter kunnen betekenen dat ook na verstrijken van deze periode bewijsmateriaal verloren zou kunnen zijn gegaan.



Hoofdstuk 4

Algemene gevolgtrekkingen met betrekking tot "het beroep osteopaat"

4.1. Algemene gevolgen van de wetgeving

Uit voorgaande hoofdstukken wordt duidelijk dat de wet BIG niets meer of minder doet dan het regelen van beroepen, deskundigheidsgebieden en opleidingseisen.

Omdat de overheid als belangrijke doelstelling heeft om te "dereguleren" (17, 21, 25), stelt zij zich vragen over de noodzaak beroepen nader te regelen alvorens hiertoe over te gaan. Deze deregulering houdt in, dat zoveel mogelijk regelgeving vanuit het werkveld geïnitieerd dient te worden, teneinde te voorkomen dat de wetgeving te gecompliceerd wordt. Immers met het vervallen van de Wet Uitoefening der Geneeskunst (WUG) zou de overheid belast worden met het wettelijk vastleggen van een schier eindeloze hoeveelheid beroepen in de gezondheidszorg.

Over de voornaamste vragen, die gesteld dienen te worden, als het gaat om het regelen van bepaalde beroepen, juist ook om dit dereguleringsprincipe te kunnen handhaven is veel gediscussieerd en geadviseerd in genoemde commissies. Zo moest het volksgezondheidsbelang ermee gediend zijn, met hieraan gekoppeld ook de noodzaak van een publiekrechtelijke opleidingsregeling; is er sprake van een beroep of meer een functiedifferentiatie en laat dat beroep zich voldoende onderscheiden van andere, bestaande groepen; gaat het primair om op individuen gerichte gezondheidszorg?

Uiteindelijk was er eenstemmigheid over de twee navolgende vragen (25):

1. Is een beroep voldoende uitgekristalliseerd?

Daarvoor geldt een aantal criteria:

- * welk een onderscheid met andere beroepsgroep(en).
- * Is er een specifieke beroepsopleiding.

2. Is er in sociologische zin sprake van een professionele bezigheid?

Criteria hiervoor zijn:

- * Is er een zelfregulerend vermogen of wordt het beroep door derden bepaald.
- * Is dat beroep als zodanig bij het groter publiek bekend.

Na het beantwoorden van deze items moet dan de vraag gesteld worden of het volksgezondheidsbelang in betekende mate gediend is bij het nader regelen van dat beroep.

Tenslotte zijn voor regeling en opneming in de wet als belangrijkste criteria te noemen: de behoefte aan publiekrechtelijke tuchtregeling en aan het verlenen van een zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen (16).

Dan nog dient in het oog gehouden te worden dat het de bedoeling was en is het voortouw in dit soort regelingen bij de beroepsorganisaties zelf te laten, terwijl het meer als een overheidstaak gezien kan worden een wildgroei te beteugelen.

Dit bereikt men door kwaliteitscriteria te stellen waaraan moet worden voldaan.



Voor de vorming van een algemeen beeld over de status van "het beroep osteopaat" is het van belang de geschiedenis van de geneeskunde, de ontwikkelingen van de verschillende paradigma's, de filosofie en geschiedenis van de osteopathie, zoals in het eerste deel (deel I) van deze thesis beschreven, te kennen.

Daarnaast is het noodzakelijk de ontwikkelingen in het maatschappelijk denken, zoals in de vorige hoofdstukken is uiteengezet, te begrijpen. Dit denken is uiteindelijk vertaald in de regelingen, zoals neergelegd in de wetgeving.

Naar aanleiding van bovenstaande kunnen osteopaten zich afvragen wat de zin is van een eventueel streven naar een erkenning en opneming in de zin van de wet BIG (21):

In de eerste plaats is aan een beroepserkenning en opneming in de wet BIG, al of niet met titelbescherming, geen maatstaf of waardeoordeel te koppelen. Hieraan kan, ook al wordt dat wel eens anders gevoeld, geen redelijk statusaspect worden ontleend. De waarde, die de osteopathie heeft voor de gezondheidszorg, is gelegen in andere zaken, zoals omschreven in het beroepsprofiel (N.A.C.O 1995).

In de tweede plaats is ook de vergoeding van de osteopathische behandelingen niet hiervan afhankelijk. Het kan immers niet zijn dat "de waarde" in dit opzicht toegeschreven kan worden aan of de een of andere partij op basis van momentane maatschappelijke kwantitatieve aanwezigheid (22).

4.2. Kwaliteitseisen t.a.v. de osteopathie

Veel nuttiger is het om als osteopaten op andere gronden een gerespecteerde status te verwerven, ook in de zin van de wet BIG:

4.2.1. Deskundigheid

4.2.2. Kwaliteitswaarborgen.

4.2.1. Deskundigheid

"Het beroep zal zich zodanig moeten ontwikkelen dat er duidelijkheid bestaat ten aanzien van de deskundigheid. In het bijzonder dient duidelijk te zijn hoe men komt tot diagnosesstelling en welke therapie hierbij toegepast kan worden" (21).

Hierbij doen zich een aantal moeilijkheden voor die voorsnog onvoldoende zijn opgelost, hetgeen ook als aanbeveling kan gelden voor verdere uitwerking.

Vanuit de verschillen in filosofie, die de grondslag vormen voor het denken in regulier medisch- en ostepatisch land, bestaat een enorme communicatiekloof, die alleen te overbruggen is door te zoeken naar methoden, die voor alle partijen begrijpelijk en acceptabel zijn.

Zoals uit voorgaande hoofdstukken moge blijken, schept de huidige wetgeving hiervoor de mogelijkheden, maar kent echter ook bepalende voorwaarden.

Belangrijk voor osteopaten is te werken aan een systeem van controleerbare diagnosesstelling en therapie. Hiervoor is het noodzakelijk te beseffen dat het voornaamste referentiekader gelegen is in de medische basiskennis. Dit mag echter niet inhouden dat om deze reden het verloochenen van het conceptuele denken gelegitimeerd zou zijn.

In het osteopatische onderzoek spelen ook anamnese, inspectie en lichamelijk onderzoek een hoofdrol. In de osteopatische zienswijze zijn "de pathologie" of "het syndroom" zeer betrekkelijke fenomenen, waarvan men dus ook niet kan zeggen dat hier de grens ligt van het werkterrein.



Hoewel in het osteopatisch onderzoek ook van regulier-medisch onderzoek gebruik wordt gemaakt, spitst dit onderzoek zich uiteindelijk toe op andere aspecten.

Osteopaten denken meer in termen van somatische dysfuncties, die zich manifesteren op het niveau van het bindweefsel. Het bindweefsel omhelst de functie van het "basis-bioregulatiesysteem", waarvan de functie in hoofdstuk III-(2.3 en 2.4) is beschreven.

Een verstoring van het bindweefsel uit zich in een verandering in kwaliteit en/of kwantiteit van beweging. Dit bewegingsverlies of, beter gezegd, het kader waarin deze veranderingen in weefselspanning en - mobiliteit wordt geplaatst, vormt het belangrijkste aangrijpingspunt in diagnostiek en therapie van de osteopaat.

Hieruit voortvloeiend wordt volgens vier principes de diagnostiek en het behandelplan opgebouwd:

- a. Het lichaam is gevormd als een biologische eenheid.
Het lichaam is een eenheid in psychisch en fysisch functioneren en functioneert in een continue wisselwerking met zijn omgeving.
- b. Er bestaat een onderlinge en wederkerige afhankelijkheid tussen de structuur en de functie.
"De structuur dirigeert de functie en de functie creëert de structuur." (A.T. Still)
- c. Door een complex evenwichtssysteem neigt het lichaam tot zelfregulatie en zelfgenezing ten aanzien van ziekteprocessen.
- d. De bloedvaten spelen in alle lichaamsprocessen een hoofdrol.
Alle lichaamsstructuren zijn in hun besturing en voeding hiervan afhankelijk.
(Voor verdere uiteenzetting hiervan kan worden verwezen naar het Beroepsprofiel Osteopathie Nederland, N.A.C.O. 1995)

Deze uitgangspunten vormen, samen met de actuele regulier-wetenschappelijke kennis, de basis van het handelen.

De diagnostische criteria en de behandelbare grootheden kunnen dus alleen door een osteopaat herkend en tot onderwerp van therapie gemaakt worden. Dit maakt de osteopathie tot een manueel geneeskundig specialisme in de gezondheidszorg, dat vraagt om een zelfstandige diagnose- en/of indicatiestelling en therapie.

Het genoemde basisbioregulatiesysteem heeft zowel regulier als ook in de osteopathie veel aandacht. Hoewel op dit vlak nog veel wetenschappelijk moet worden onderbouwd, vormt dit wel een belangrijk handvat om tot communicatieverbetering met de reguliere geneeskunde te kunnen komen. Op dit punt ligt een zware verantwoordelijkheid bij de beroepsgroep. Deze gemeenschappelijke interesse in, wat men zou kunnen noemen, het hoofdbestanddeel van de osteopatische geneeskunde zou moeten worden uitgebuit in wetenschappelijk opzicht. Ook om de genoemde communicatiekloof te verkleinen en zodoende respect af te dwingen voor de toegevoegde waarde van het osteopatisch concept.

De osteopathie is een specialisme, dat zich op alle terreinen van de geneeskunde begeeft. Dit betekent niet dat de osteopathie een "alternatief" wil zijn voor al deze terreinen.

In een groot aantal gevallen zal effectonderzoek moeten kunnen uitwijzen dat dit zo is, terwijl in andere situaties de osteopathie een belangrijke aanvulling op andere interventies kan betekenen. Hetzelfde geldt voor de preventieve waarde, die de osteopathie heeft. Eén van de belangrijkste middelen om geloofwaardigheid en respect af te dwingen is niet alleen de competenties te onderbouwen en die te prediken. Ook het kunnen instaan voor het



onderkennen van de grenzen van de competenties en het werkterrein behoren hiertoe. Daar regelt de wet BIG ook een strafbaarheidstelling, indien een patiënt adviezen onthouden worden met betrekking tot meer adequate behandelvormen, omdat dit gezien kan worden als schadeberokkening. Ook verplicht ons het "goed zorgverlenerschap" ertoe een objectieve indicatie te stellen. In dit kader moet de uitsluitingsdiagnostiek in de osteopathie dan ook gezien worden.

Hoewel de pathologie en de differentiaaldiagnostiek belangrijke onderdelen vormen in de opleiding tot osteopaat, moet hiermee ook gezegd zijn dat de "differentiaaldiagnostiek" grotendeels tot het werkterrein van de medicus behoort.

Deze differentiaaldiagnostiek is noodzakelijk voor zover het de afbakening van het werkterrein betreft. De reguliere geneeskunde richt zich met name op de pathologische processen in de zin van objectiveerbare, aantoonbare anatomisch-histologische veranderingen.

In de osteopathie (en ook in ander complementaire geneeswijzen) ligt het aandachtsterrein vooral bij de dysfuncties, ofwel fysiologisch-biochemische veranderingen.

Functieverstoringen, die gezien kunnen worden als fysiologische grensoverschrijdingen, die zich uiten in een bewegingsdeficiet.

De grenzen van deze terreinen zijn tot op heden niet voldoende duidelijk. Eenduidigheid in terminologie en objectiveerbaarheid hiervan moet dan ook inzet zijn van wetenschappelijke toetsing binnen deze beroepsgroep.

Het inzicht op het terrein van de osteopathie verruimt echter wel het denkkader van de reguliere geneeskunde. Het bovenstaande betekent dat de medische differentiaal- en uitsluitingsdiagnostiek onderdeel uitmaakt van het osteopatisch diagnostisch protocol om dit onderscheid te kunnen maken en zodoende voor de meest adequate begeleiding van de patiënt te kunnen besluiten. Begeleiding, omdat ook de osteopathiepraktijk niet voldoende geoutilleerd is voor de medische diagnostiek.

Het gepresenteerde model voorziet in de mogelijkheden om ook dit perspectief zichtbaar te maken.

Essentieel is dus, naast het inzichtelijk maken van het diagnostisch en therapeutisch handelen, een en ander te vertalen naar het medisch referentiekader. Dit wordt wel "transparantie" genoemd.

4.2.2. Kwaliteitswaarborgen

"Er moeten kwaliteitswaarborgen zijn voor het methodisch-technisch handelen, de attitude, de organisatie van de beroepsuitoefening. Dit kan onder meer blijken uit een gedegen opleiding, een eigen registratie door de beroepsgroep, een beroepscode en een intern tuchtrecht" (21).

Hiertoe zijn in Nederland door het Nederlands Academisch College voor Osteopathie (N.A.C.O.) al deze zaken vastgelegd in reglementen. Hoewel in het implementatietraject zich bij de beroepsorganisatie problemen voordoen op het beleidsniveau, zodat men zich geconfronteerd ziet met politieke intriges, kan en mag op deze kwaliteitswaarborgen niet worden afgedongen.

De kwaliteitswaarborg voor het methodisch-technisch handelen reikt o.i. echter verder. Men zal zich als osteopaat in dit opzicht in de persoonlijke praktijkvoering moeten ontwikkelen om ook het eigen handelen te kunnen evalueren.



In hoofdstuk I-3.1.3 werd het holisme al beschreven, met als belangrijkste kenmerk de primaire waarde van het geheel. De moeilijkheid van een holistische benadering is dat holisme op zich niet als wetenschappelijk te betitelen is.

Holisme is een metafysisch begrip, hetgeen inhoudt dat een wellicht oneindige hoeveelheid invloeden bepalend is voor het functioneren van het wezen. Dat gegeven houdt in dat de eindige vermogens van de mens dit totaal nooit zullen kunnen bevatten (19).

4.2.2.1. Evidence-based practice

Wel kan men voor een empirisch-wetenschappelijke opstelling kiezen, die helpt het mogelijk te maken om volgens de principes van de "evidence-based practice" te werk te gaan in de osteopathiepraktijk, principes die in de huidige geneeskunde erg actueel zijn.

Een definiëring hiervan is: "the conscientious, explicit and judicious use of current best available evidence in making decisions about the care of individual patients, integrating individual clinical expertise with the best available evidence from systematic research." (22)

Dit is een meer wetenschappelijke manier om onder andere de effectiviteit van het handelen te toetsen op grond van onderzoek. Golden (11) geeft hiervoor een aantal criteria aan die, vrij vertaald, daarbij kunnen helpen.

- * Handelingen moeten zijn gebaseerd op modellen of concepten die overeenstemming hebben met de huidige stand van wetenschappelijke opvattingen.
- * Resultaten van onderzoek naar effectiviteit en / of doelmatigheid worden in handelen geïntegreerd.
- * De effectiviteit van de handelingen moet kunnen opwegen tegen de kans op bijwerkingen; eventuele negatieve effecten moeten zorgvuldig worden afgewogen tegen het gewenste positieve effect.
- * De handelingen moeten zijn geïndiceerd voor bepaalde patiënten.
- * Er mag door anderen aan de uitgevoerde handelingen worden getwijfeld; een gezond punt, gezien de discussie omtrent de effectiviteit.

4.2.2.2. Methodisch handelen

Er kan dus worden gestreefd naar het inzichtelijk maken van wat men doet, op basis waarvan men dingen doet en wat het concrete gevolg is van dit handelen. Kortom zou men zich systematisch moeten laten leiden door de volgende vragen, en deze ook in verslag vastleggen:

- * Wat is mijn doel? (en dat van de patiënt?)
- * Welke middelen kies ik om het gestelde doel te bereiken en waarom?
- * Wat zijn mijn evaluatiemomenten en welk gevolg geef ik hieraan?

Door deze zaken goed te documenteren wordt niet alleen de efficiëntie van het handelen vergroot, maar wordt een en ander inzichtelijk gemaakt, zodat hierdoor de eigen vaardigheden en inzichten kunnen worden ontwikkeld. Ook kan op deze wijze de toetsbaarheid worden gerealiseerd, waarvan de noodzaak in de vorige hoofdstukken al is aangegeven.

Kenmerken van "methodisch handelen" zijn bewustheid, doelgerichtheid, systematiek en procesmatigheid (5).

- * Bewustheid betekent dat de osteopaat zich realiseert wat zijn / haar competenties zijn en wat zich binnen de gegeven situatie bij hem / haar zelf en bij de patiënt voordoet en wat de effecten kunnen zijn in een zich veranderende situatie onder invloed van zijn/haar handelen.



Er moet dus sprake zijn van een te beargumenteren, bewust handelingsproces met betrekking tot diagnostiek, ingestelde therapie en evaluatie hiervan.

- * Doelgerichtheid wil zeggen dat de osteopaat zich bewust is van de noodzaak zich een haalbaar einddoel te stellen, zich hierdoor in zijn/haar handelen te laten leiden en de te maken afspraken met de patiënt hierop afstemt. Zie voor dit laatste de betreffende regelingen in de WGBO.
- * Systematiek houdt in dat de osteopaat handelt vanuit het geaccepteerde kader van osteopatische mogelijkheden en dat de gekozen handelingen in relatie staan met de gekozen doelstelling.
- * Van procesmatigheid is sprake wanneer de uitkomsten van voorgaande behandelingen consequent worden geëvalueerd en bepalend zijn voor de eventuele handelingen die hierop volgen.

In de literatuur over methodisch handelen worden vele "strategieën" beschreven om problemen op te lossen. (Elstein, et al 1978; Cutler, 1985; Wulff, 1981; Brouwer et al 1995). Een gedetailleerde beschrijving hiervan is in dit verband niet relevant.

Vier van de bestaande strategieën zullen we hierna kort kenschetsen:

1. Clinical strategy of exhaustion.

Hierin wordt alle informatie verzameld m.b.t. de momentane gezondheidstoestand van de patiënt, zijn ziektegeschiedenis, sociale omstandigheden. Nadien wordt een en ander geordend en geanalyseerd.

2. Algoritme of beslisboom.

De te zetten stappen in het diagnostisch proces zijn gestandaardiseerd. Men kiest bij een bepaald antwoord op een vraagstelling voor een vaststaande volgende stap in het diagnostisch proces.

3. Patroonherkenning.

Herkenning van bepaalde symptomatiek of klachtenbeeld, behorende bij een bepaalde ziekte of eerder gezien probleem.

4. Hypothetico-deductieve methode.

Uit de onderzoeksgegevens worden hypothesen geformuleerd, die vervolgens worden getoetst door middel van verdergaand onderzoek.

De meest voor de hand liggende strategie voor het oplossen van een osteopatisch probleem middels methodisch handelen lijkt ons de zogeheten "hypothetico-deductieve" methode (1,5,12,18,22).

Andere methoden zijn of minder efficiënt (clinical strategy of exhaustion) of baseren zich meer op lineaire verbanden (algoritme) of op "patroonherkenning" en passen derhalve niet in het osteopatisch concept. Niettegenstaande dat elementen hiervan wel in de osteopatische praktijk zullen voorkomen.

De hypothetico-deductieve methode is bij uitstek geschikt om complexe problemen, zoals die zich vaak voordoen in de osteopatische praktijk, op te lossen. Door het analyseren van een dergelijk probleem kan een aantal hypothesen geformuleerd worden met betrekking tot de inhoud van het probleem. Door anamnese en onderzoek worden deze hypothesen bevestigd of ontkracht, zodat door middel van deductie een uiteindelijke werkhypothese overblijft.

Hanteren van het model voor uitsluitingsdiagnostiek binnen de osteopatische praktijk is o.i. een praktisch en methodisch verantwoord middel om tot een indicatiestelling, c.q. behan-

Juridisch maatschappelijke implicaties



delplan te komen. (zie deel III-4)

In dit verband wordt bewust gekozen voor de term "werkhypothese" en niet van "diagnose" omdat de osteopaat zich binnen het strikte osteopatische concept dient te realiseren dat het "diagnose stellen" aan de hand van zo vele bevindingen en symptomen een onmogelijke zaak is.

Binnen het kader van de diagnostische mogelijkheden in de osteopathiepraktijk wordt de context zo groot, dat dit niet kan leiden tot een duidelijk te definiëren diagnose (19)

Integratie van de genoemde elementen in de praktijkvoering van iedere osteopaat zal een belangrijke bijdrage kunnen betekenen in de professionalisering van " het beroep osteopaat".

STATUS VERPLICHT!!



Hoofdstuk 5

Aanbevelingen voor opleidingseisen met betrekking tot de uitsluitingsdiagnostiek.

5.1. De vaardigheid "methodisch handelen"

Zoals in voorgaand hoofdstuk is uiteengezet, is het "methodisch werken" één van de belangrijkste elementen voor het inzichtelijk maken van het handelen. De kenmerken, bewustheid, doelmatigheid, systematiek en procesmatigheid moeten dan ook herkenbaar zijn, zowel in het handelingsproces alsook in de verslaglegging. Methodisch werken mag gezien worden als de basis voor het onderzoek naar professionaliteit.

Deze vaardigheid "methodisch handelen" is te beschouwen als een complex van cognitieve vaardigheden als interpreteren, analyseren, uitleggen, beslissen, etc. ofwel het beargumenteerd kiezen voor een interventie. Hiervoor is niet alleen beroepsinhoudelijke kennis noodzakelijk, maar ook kennis van het methodisch werken op zich.

Romiszowski ontwikkelde een classificatie van vaardigheden die in onderwijskundig opzicht model staan voor indeling van soorten vaardigheid (7,27):

- * Cognitieve vaardigheden, zoals genoemd.
- * Psychomotore vaardigheid: de technische uitvoering van handelingen.
- * Interactieve vaardigheden: sociaal-communicatieve vaardigheden in relatie met de patiënt en andere disciplines.
- * Reactieve vaardigheid: het adequaat kunnen reageren op verschillende omstandigheden vanuit deskundigheid of beroepsattitude.

De cognitieve, psychomotore, reactieve en interactieve vaardigheden zijn onderdeel in de uitvoering van het methodisch handelingsproces, terwijl de reactieve vaardigheden vooral ook een belangrijke plaats innemen bij de analyse van en op beslissingsmomenten in het handelingsproces. Deze verschillende domeinen kunnen dus ook niet los van elkaar gezien worden.

Een volgend begrip dat van belang blijkt te zijn hierin is "clinical reasoning" (9). Dit is de toepassing van het methodisch denken in een klinische setting en hieraan kan beroepsspecifieke vorm gegeven worden.

Onderscheid is te maken in clinical reasoning voor artsen, fysiotherapeuten, etc. en in clinical reasoning voor osteopaten.

5.2. De strategie van het methodisch handelen

De keuze van een strategie voor het oplossen van een osteopatisch probleem is al even ter sprake geweest. In deze context moet hierop echter nog wat dieper worden ingegaan.

Om adequaat te kunnen handelen moet men bewust gebruik kunnen maken van een strategie. Om een goede keuze te maken zullen we de voor- en nadelen van genoemde strategieën kort bespreken.

1. Verzamelmethode:

Het voordeel van deze methode is dat er weinig over het hoofd gezien wordt. Als nadeel



is te noemen dat er een betrekkelijke ongerichtheid in kan bestaan, zodat overbodig onderzoek gedaan zou kunnen worden.

2. **Patroonherkenning:**

Dit is een zeer doelgerichte en efficiënte methode. Nadeel is echter, dat het aantal patronen, dat de onderzoeker kent, bepalend is voor de beoordeling van het probleem. Hierbij is de kennis en ervaring de beperkende factor.

3. **Algoritme:**

Voordeel kan zijn de bijna rekenkundige standaardisatie, waardoor zeer gericht en inzichtelijk gewerkt wordt. Nadeel is ontegenzeggelijk dat alle individuspecifieke signalen categorisch gemist kunnen worden.

4. **Hypothetico-deductieve methode:**

Ook hiervan is de efficiëntie en doelmatigheid een voordeel. Het nadeel is dat het aantal geformuleerde hypothesen ook hier wordt beperkt door de kennis en ervaring van de onderzoeker, zodat een te beperkte kijk op het probleem kan ontstaan.

Bij alle genoemde strategieën moet echter opgemerkt worden dat de efficiëntie van een strategie wordt bepaald door het bewust zijn van de nadelen, of liever gezegd de valkuilen van de gekozen strategie. Duidelijk zal zijn dat het kennisfundament, zowel medisch als ook osteopatisch, van waaruit wordt gehandeld, een belangrijke bepalende factor is.

Uit het voorgaande kan worden afgeleid dat het methodisch werken niet verplicht tot het kiezen van een enkele strategie om een probleem op te lossen. Het is veeleer bedoeld om bewuste keuzes te maken, die op verschillende momenten in ons handelen op een efficiënte en beargumenteerbare wijze leiden naar het vooraf gestelde doel.

Zodra men zich bewust is van een keuze van een te volgen strategie zal men al een doel geformuleerd hebben en moet men attent zijn niet in een zogeheten valkuil, die inherent is aan die strategie, te stappen. Anders geformuleerd: Men is zich "bewust" dat men "systematisch" werkt aan "doelmatigheid" in het handelingsproces op basis van argumenten, dus "procesmatig" ingesteld is.

5.3 Toespitsing van het methodisch handelen op de osteopathiepraktijk

Om een en ander meer toe te spitsen op de osteopathiepraktijk moet eerst uitgewerkt worden hoe informatie verwerkt wordt door een osteopaat.

In figuur 1 wordt dit schematisch weergegeven. In het denkproces wordt een begin gemaakt (horizontale lijn I) op het moment van binnenkomst van de patiënt met diens eerste hulpvraag. Hier gaat het om weinig gestructureerde informatie, zoals algemene presentatie, presentatie van de hulpvraag, houding en bewegen etc, op basis waarvan indrukken ontstaan, met daaraan gekoppeld mogelijke vroege hypothese(n),

Daarna worden anamnese en onderzoek ingezet (horizontale lijn II) om zoveel mogelijk relevante informatie te vergaren, waarvoor in de osteopathiepraktijk de verzamelmethode een goed bruikbaar middel is, omdat de zo verkregen informatie in een zo ruim mogelijk perspectief geplaatst kan worden. Het holistische principe verplicht ons hiertoe.

Wel moet men zich hier dus bewust zijn van de valkuilen, behorend bij de verzamelmethode. In deze fase van onderzoek wordt de informatie geordend, geanalyseerd en geïnterpreteerd op basis van het kennisfundament, zodat meerdere hypothesen ontwikkeld kunnen worden. De ontwikkeling van deze hypothesen wordt door verdergaand onderzoek geëvalueerd. Dit is het moment dat in het denkproces loop's gemaakt worden om te kunnen evalueren en eventueel al gemaakte hypothesen te toetsen, c.q. nieuwe te formuleren.

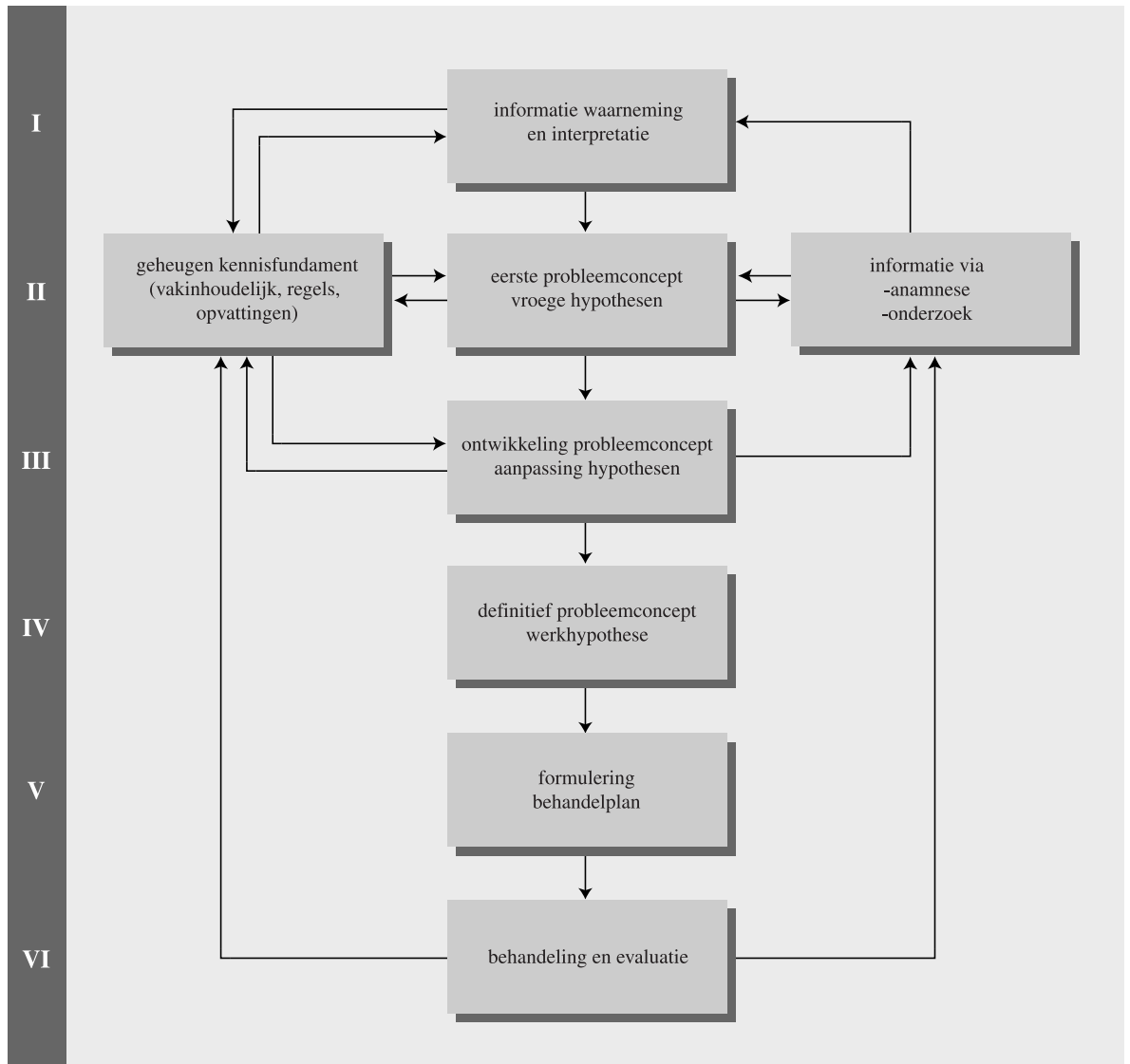


Fig. 1 Schematische voorstelling van informatieverwerking bij de osteopaat.

Hier kunnen momenten optreden, die het rechtvaardigen om door middel van patroonherkenning of algoritmen mogelijke verbanden te definiëren, te bevestigen of uit te sluiten. Hiertoe kan het landschapsmodel (zoals in hoofdstuk III-1 gepresenteerd) een verantwoord middel zijn, omdat dit alle genoemde elementen van methodisch werken in zich heeft. Door dit model op deze wijze in de praktijk te gebruiken, kan de indicatiestelling of eventuele verwijzing goed beargumenteerd bewust worden afgewogen.

Inmiddels wordt zodoende overgegaan naar een hypothetico-deductieve strategie (horizontale lijn III) zodat door voortgezette toetsing via een of meerde loop's op osteopathiespecifieke wijze gedifferentieerd en gededuceerd kan worden totdat een uiteindelijke werkhypothese geformuleerd kan worden (horizontale lijn IV).

Hieruit kan een doelstelling worden afgeleid en een behandelplan opgesteld (horizontale lijn V).



Tenslotte zal de osteopaat tijdens zijn/haar behandeling(en) bevindingen en resultaten waarnemen die via hernieuwde loop's geëvalueerd worden en de werkhypothese op validiteit toetsen (horizontale lijn VI).

Voor het concretiseren hiervan wordt verwezen naar hoofdstuk III-4.3.

Essentieel is om gekozen strategieën zeer bewust te hanteren. Hierdoor blijft het voor de osteopaat ook duidelijk wanneer hij in gegeven omstandigheden genoodzaakt is een uitstap te maken naar een andere vorm van clinical reasoning. Dit om de grenzen van zijn/haar deskundigheidsgebied te bepalen en een afweging te maken in indicatiestelling en/of verwijzing zodat een optimale begeleiding van de betrokken patiënt kan blijven gewaarborgd.

Door deze manier van werken wordt het vermogen van de osteopaat om klinisch te denken en redeneren vergroot, waardoor ook het kennisfundament wordt vergroot. Door consequente toepassing van het landschapsmodel blijft het overzichtelijk wanneer op bepaalde beslissingsmomenten gekozen wordt voor strategieën of voor opties die buiten het osteopatisch concept of werkveld vallen, maar hiervoor bestaan dan ook voldoende afgewogen argumenten.

Het stellen van een diagnose kan in een aantal gevallen essentieel zijn om te voorkomen dat tijd verloren kan gaan doordat we te maken kunnen hebben met snel verlopende of levensbedreigende ziekteprocessen. Hier valt te denken aan verschillende infectieziekten of besmettelijke aandoeningen, oncologische en diverse acute aandoeningen. (beroepsprofiel osteopathie NACO, 1995). Ook kan er sprake zijn van aandoeningen waarvan de eerst verantwoordelijke begeleider een regulier arts moet zijn. Zonder hierin compleet te willen zijn kan het gaan om bijvoorbeeld systeemaandoeningen, structurele gastro-intestinale pathologie, ziekten van tractus respiratorius of circulatorius, neurologicus, infecties, acute en oncologische aandoeningen.

In die gevallen is het noodzakelijk snel te verwijzen. Ten eerste omdat de osteopaat met middelen die hem/haar ten dienste staan, geen volledige differentiaal-diagnostiek kan garanderen. Ten tweede omdat in veel van deze gevallen in die disciplines adequatere primaire hulp geboden kan worden. Tenslotte ook omdat deze benadering van ziekte buiten het concept van de osteopathie valt. Wel kan uiteraard door een osteopaat de afgeleide en met de pathologie samenhangende symptomatiek behandeld worden om een betere kwaliteit van leven te laten ontstaan. Dit is echter alleen mogelijk wanneer dus de arts als eerst verantwoordelijke behandelaar in het behandelingsproces is betrokken.

Helaas is het niet zo dat dit soort aandoeningen zich altijd even gemakkelijk door duidelijke alarmbellen laten identificeren. Daarom is het zaak bij een vermoeden al door te verwijzen, om de deskundigheid en verantwoordelijkheid van het definitief stellen van de diagnose en/of het uitsluiten daar te laten waar deze hoort: bij de reguliere arts.

Hiervoor is gedegen kennis van pathologie en medische diagnostiek onontbeerlijk. Behalve deze kennis is ervaring door middel van clinica-trainingen, stages en werkervaring noodzakelijk om met de beperkte middelen voor diagnostiek in de osteopathiepraktijk toch op een verantwoorde wijze een "niet- pluis-gevoel" te ontwikkelen.

Hoewel de kennis en kunde per osteopaat verschillend zal zijn, bestaan op deze manier voor iedere verwijzing gegronde redenen. Voor hospitaliseren moet worden gewaakt!

Wanneer de gehanteerde principes van het methodisch handelen duidelijk in de verslaglegging zijn terug te vinden, kan dit ook dienen de vaardigheden in dezen te ontwikkelen. In dit licht moet uitsluitingsdiagnostiek in de osteopathie ook gezien worden.



5.4. Aanbevelingen

Om te kunnen werken op de manier, zoals die hierboven wordt voorgesteld, kunnen we niet anders dan aanbevelingen doen, waaraan de opleidingssystemen zou kunnen worden getoetst. In deze aanbevelingen worden ook de in voorgaande hoofdstukken beschreven onderwerpen meegenomen omdat al deze zaken relevant zijn voor het profiel van de osteopaat:

1. In veel gevallen is het zo dat aan de deeltijdopleiding voor osteopathie begonnen wordt door fysiotherapeuten of andere (para)medici die al meer of mindere jaren in de praktijk hebben gewerkt. Na hun opleiding is veel parate kennis van pathologie en epidemiologie vervaagd, omdat de praktijk dit niet direct vergde. Omdat toelatingsexamens op dit punt voor velen een beletsel zouden betekenen om aan een opleiding osteopathie te beginnen, noopt dit gegeven tot nadenken om aan dit onderwerp in de opleiding meer gestructureerd aandacht te schenken. Voor het afstuderen zouden hierover toetsingsmomenten kunnen worden ingericht.
2. De vorm en de plaats van het behandelen van deze pathologie en epidemiologie zou zo gekozen kunnen worden dat dit als "Capita Selecta" geïntegreerd wordt. Aparte hoofdstukken omdat veel van deze, overigens zeer nuttige kennis, niet past binnen het denkmodel van de osteopathie. Hiertoe zou een beperkt pakket van de symptomatologie met vitale risico's en de belangrijkste alarmbellen van risicogebieden uitgewerkt kunnen worden. Zo zou ook de kennis van mogelijkheden en beperkingen van andere universitaire en niet universitaire behandelwijzen hierin een plaats kunnen krijgen. Het inzicht in andere of mogelijke aanvullingen van disciplines zouden in een dergelijke opzet meegenomen kunnen worden. Hoewel de opleidingen osteopathie in Nederland en België pretenderen in het oorspronkelijk holistische concept te onderwijzen, c.q. te vormen, kan o.i. niet worden waargemaakt dat dit ook alle terreinen bestrijkt. In dit verband moet verwezen worden naar deel I (2.7 en besluiten literatuurstudie).
Hierin moet een duidelijk bewustzijn bijgebracht worden om te voorkomen dat ons beroep, topzwaar geworden door pretenties, bezwijkt onder ongeloofwaardigheid.
3. Hoewel in de opleiding(en) veel aandacht besteed wordt aan het concept van de osteopathie blijft het voor veel afgestudeerde osteopaten steeds onduidelijk welke plaats in het hele scala aan mogelijke behandelwijzen zij innemen.
Behalve het aanleren van het vak osteopathie is het voor het conceptueel zuiver uitoefenen van dit vak noodzakelijk ook een mentale evolutie, ofwel een osteopatische denkontwikkeling door te maken. (Zie in dit verband ook deel I, besluiten van de literatuurstudie. Van iemand met een perfecte kennis van het alfabet en de Nederlandse taal kan immers nog niet gezegd worden dat hij dichter is!
Voor deze evolutie is een opleiding o.i. mede verantwoordelijk. Allerlei onderwerpen zoals: geschiedenis van de geneeskunde, filosofische stromingen op dit terrein en de ontwikkelingen hierin, ontwikkelingen (ook internationaal) binnen de osteopathie, wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen, kennis van het gezondheidsrecht en wetskennis maken hier deel van uit en zouden derhalve bekend en gekend moeten zijn.
Omtrent de inhoud van deze onderwerpen kan verwezen worden naar de overige delen van deze thesis. Ook in dit verband geldt dat de structuur de functie beheerst en dat de functie de structuur creëert!!



4. In wat hiervoor is betoogd wordt wellicht duidelijk dat het methodisch werken voor het inzichtelijk maken van het osteopatische handelen onontbeerlijk is en dat het een structurele plaats moet krijgen in de dagelijkse osteopathiepraktijk van eenieder. Daartoe zou binnen de opleiding een module ontwikkeld moeten worden die geïntegreerd wordt in theorie- en praktijklessen.
5. Het "landschapsmodel" (deel III-1.3 en 4) is uitermate geschikt voor de osteopathische uitsluitingsdiagnostiek. Het heeft alle mogelijkheden in zich om zuiver methodisch het indicatieterrein te bepalen. Daardoor wordt het mogelijk tijdig gericht te verwijzen. Tevens dient het als instrument om attent te zijn gedurende het handelingsproces op de momenten dat men het osteopatisch kader verlaat, terwijl dit tegelijkertijd voor derden ook inzichtelijk wordt. Samen met het actualiseren van pathologische en epidemiologische kennis en de kennis van de deskundigheidsgebieden van overige disciplines kan men zich in trainingssessies deze methode eigen maken.
6. Voor alle hierboven beschreven aanbevelingen geldt dat het o.i. nuttig zou zijn als de genoemde onderwerpen ook toegankelijk zouden zijn voor reeds afgestudeerde osteopaten. Dit zou deel kunnen gaan uitmaken van een (verplicht) na- en bijscholingsprogramma.
7. Beroepsverenigingen kunnen in samenwerking met de opleidingen (Academisch College) ontwerpen maken voor dossiers en verslaglegging, die uiteindelijk in de opleidingen en in het werkveld ingevoerd worden. Hierdoor wordt het mogelijk om de opleidingen en de praktijk op elkaar aan te laten sluiten als het gaat om stages. Ook is dit van belang voor de afstemming van eenduidigheid in terminologie en een voorwaarde voor wetenschappelijke toetsing.
8. Stage moet een structureel onderdeel zijn van de opleiding. Stageplaatsen zouden dan ook na- en bijscholing moeten hebben gevolgd in bovengenoemde onderwerpen en dit hebben geïntegreerd in de praktijkvoering. Praktijkbegeleiding is essentieel om op weg te geraken van osteopatische geneeskunde naar osteopatische geneeskunst.
9. Het vervaardigen van een thesis speelt in dit verband ook een belangrijke rol, maar daar op zullen we in het volgende hoofdstuk verder ingaan.



Hoofdstuk 6

Aanbevelingen voor interne kwaliteitsbevordering en kwaliteitsbewaking

6.1 Inleiding

Binnen opleidingen en in het werkveld wordt veel gediscussieerd over de waarde van de osteopathie. Helaas zullen we in het algemeen moeten vaststellen dat de stellingen en uitgangspunten, die in dat kader vaak worden geponeerd, veelal zijn ontstaan op basis van ervaringsfeiten, echter in wetenschappelijk opzicht weinig steekhoudend zijn.

Ook is bij osteopaten gemiddeld vaak onduidelijk waar in hun kennisfundament de grenzen liggen tussen het "weten" en het "geloven". Dit hiaat zou in de hierboven voorgestelde modules voor een groot deel al kunnen worden ingevuld. In deel I is uitvoerig beschreven wat de tekortkomingen zijn in het algemeen tot nu geaccepteerde wetenschappelijk denken. Ook welke inconsequenties in het handelen van de universitaire geneeskundigen worden doorgevoerd en in stand gehouden.

Echter, al deze feiten ten spijt, we zullen de kritiek over wetenschappelijke verantwoording in ons handelen voor een groot deel serieus moeten benaderen. Het bewijst eerder dat, in termen van objectieve waardetoekenning, het de moeite waard zou kunnen zijn deze discussie nog enige tijd te blijven voeren.

Wel is het de voorsprong in maatschappelijke acceptatie dat de reguliere geneeskunde die andere behandelwijzen in een underdogpositie gevangen houdt. Niettegenstaande dat, is er een toenemend aantal universitaire geneeskundigen, die minder moeite hebben met het relativeren van hun jarenlang gekoesterde academische dogma's en deze ook aan nieuwe inzichten willen toetsen, en dus interesse tonen voor nieuwe paradigma's en denkmodellen (deel I hoofdstuk I-3.1.4).

Nu, sinds de veranderingen op Europees niveau en invoering van de wet B.I.G., zijn er reële mogelijkheden geschapen om ons aan deze positie te ontworstelen. Tegelijkertijd kunnen we lering trekken uit datgene wat in andere hoeken van de geneeskunde al is opgedaan aan ervaringen, zoals die reeds beschreven zijn (deel I).

Eén van de belangrijkste conclusies moet dan zijn dat naarstig gezocht moet worden naar toetsbaarheid en wetenschappelijke onderbouwing van ons handelen. Het is een begrijpelijk fenomeen dat daar, waar osteopathie opleidingen particuliere initiatieven zijn waarin markteffecten mede bepalend zijn voor de overlevingsverwachting, dit soort diepte-investeringen vaak niet veel verder komen dan een hoge plaats op een verlanglijst. Toch zullen binnen opleidingen en de beroepsorganisatie hiervoor oplossingen moeten worden gezocht.



6.2. Aanbevelingen

Verschillende stimulerende maatregelen kunnen o.i. hiervoor worden genomen:

- 6.2.1 Het instellen van een wetenschappelijke commissie.
- 6.2.2 Het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek.
- 6.2.3 Het ontwikkelen van een handelingsprotocol.
- 6.2.4 Registratie van onderzoeks- en behandelingsgegevens.
- 6.2.5 Tucht

6.2.1. Het instellen van een wetenschappelijke commissie

Dit zou een commissie kunnen zijn, die een (politiek) neutrale samenstelling kent, waarin behalve osteopatische ook medische en wetenschapsdeskundigheid vertegenwoordigd is, evenals eventuele aanvullende deskundigheid als de aard van de werkzaamheden dit wenselijk maakt.

De taken van een dergelijke commissie kunnen bestaan uit:

- * Het verzamelen en ordenen van wetenschappelijke literatuur.
- * Het ondersteunen en toetsen van uit te brengen publicaties.
- * Het ondersteunen van thesiscmissies, promotoren en studenten.
- * Begeleiding in actualiseren van scholingsprogramma's en thema's voor na- en bijscholing

De financiering zou kunnen geschieden door middel van bijdragen van opleidingen, de beroeps organisatie, al dan niet via de organisatie vanuit het werkveld en verder door vergoeding voor verleende diensten. Al in 1992 werd de Alliantie Natuurlijke Geneeswijzen (ANG) tot stand gebracht, die als één van de voornaamste prioriteiten stelt: "het entameren en het begeleiden van wetenschappelijk onderzoek, welke past bij de uitgangspunten van de natuurlijke geneeswijzen" (6).

Daar de overheid met name met dit soort organisaties regelmatig communicatie onderhoudt, zijn er via dit soort kanalen wellicht mogelijkheden voor het mobiliseren van middelen. Wanneer particuliere opleidingen voor subsidiering in aanmerking komen, zullen erkenningcriteria worden gesteld. Hierdoor krijgt vanwege de concurrentie het kwaliteitspeil een positieve impuls.

6.2.2. Het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek

Het voornaamste potentieel ligt hier bij de studenten. Deze zouden ertoe kunnen worden aangezet naar actuele maatstaven effectonderzoeken te doen. In voorgaande hoofdstukken is al uitvoerig besproken dat dit soort studies goed aansluiten op het nieuwe wetenschappelijke criterium: "het systeemdenken" (I, 3.10).

Tevens voorkomt deze vorm van het schrijven van een thesis dat studenten gevoed worden in de veronderstelling dat het verlaten van een osteopatische grondslag gelegitimeerd zou zijn in het kader van een uit te voeren onderzoek.

Teruggrijpend naar wat in hoofdstuk 5 hierover werd gezegd, is het presenteren van voorstellen, die meer in de richting gaan van onderzoek naar lineaire verbanden, al een stil teken van onvoldoende mentaal-osteopatische evolutie. Voorbeelden hiervan te over, zoals een voorstel waarbij het effect op bloeddruk zou kunnen worden onderzocht door het toepassen van een enkele osteopatische techniek of het effect van een viscerale behandeling op de bloedsuikerspiegel.

Mogelijk dat middels beschikbare literatuur de eerste theses te vervaardigen zijn, maar op de wat langere termijn zal hierin bijstaan moeten worden door het hele werkveld. Te denken



valt dan aan het ter beschikking stellen van patiënten gegevens. Hiervoor is het o.i. noodzakelijk dat hieraan door middel van systematische behandelingenregistratie door iedere osteopaat wordt meegewerkt. Dit vergroot de mogelijkheid om met minder moeite gegevens voor studenten beschikbaar te stellen. Om deze en meerdere redenen zouden wij willen pleiten voor invoering van standaard registratieformulieren, die naar een algemeen osteopatisch handelingsprotocol worden ontwikkeld. Hierop komen wij later terug.

De waarde van een effectonderzoek wordt bepaald door stringente eisen, die men daaraan moet stellen. In die zin is begeleiding door een wetenschappelijke commissie haast voorwaarde. Ook in het rapport *Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek* wordt deze vorm van onderzoek voorgestaan volgens de "black box" methode (6) hetgeen betekent dat (citaat):

- * "Begin en eindpunt in reguliere en in alternatieve termen worden vastgesteld (dit houdt in dat duidelijke begripsomschrijvingen nodig zijn van het te onderzoeken ziektebeeld) (diagnose en symptomatologie/typologie) en de te bereiken veranderingen daarin.
- * De behandelaar zijn patiënt volgens zijn eigen inzichten behandelt, maar wel overeenkomstig hetgeen aanvaard is binnen de desbetreffende beroepsgroep.
- * Per patiënt een uitvoerige anamnese wordt vastgelegd, alsmede zeer nauwkeurig aantekening wordt gemaakt van hetgeen de behandeling precies inhoudt (inclusief leef- en voedingsvoorschriften), maar ook hoe het behandelaar-patiënt-contact verloopt, wat tijdens het gesprek aan de orde komt (inclusief niet-medische onderwerpen) en hoe lang de contacten duren.
- * Tevoren afspraken zijn gemaakt over de duur van de behandelperiode.
- * In eerste instantie alleen de resultaten van de behandeling in de beschouwingen worden betrokken, zonder dat men zich verdiept in de mechanismen die deze resultaten teweeg hebben gebracht."

In de wet BIG wordt onder het veroorzaken van schade verstaan o.a. het een patiënt onthouden van adviezen en / of adequate behandeling. Immers pas wanneer meer objectieve duidelijkheid bestaat over de effectiviteit van de osteopathie op verschillende terreinen kan door ons een dergelijke plicht geclaimd worden.

Tot die tijd zullen vooral patiënten en, mits een zorgvuldig beleid hierin wordt gevoerd, verzekeraars onze belangrijkste ambassadeurs zijn op de weg naar maatschappelijke erkenning.

6.2.3. Het ontwikkelen van een handelingsprotocol

Als men op een systematische wijze onderzoeks- en behandelingsgegevens wil vastleggen, zal eerst nagedacht moeten worden over een handelingsprotocol, dat voldoet aan de methodische eisen, zodat inzichtelijk wordt welke stappen een osteopaat in het volledige proces van handelingen zet.

In de hierna gegeven figuur 2 willen we een schematische voorstelling hiervan geven met een uitleg van de verschillende fasen, vanaf het moment van aanmelding tot en met het moment van ontslag.

In figuur 1 is al bij verschillende stappen uitleg gegeven, die ook hier weer van toepassing is. Het handelingsprotocol is immers methodisch een logisch gevolg van de manier waarop de informatieverwerking bij de osteopaat verloopt. Deze uitleg zullen we hier dan ook niet herhalen.

In horizontale lijn I en II is dit het geval en verwijzen we naar de uitleg bij figuur 1. In horizontale lijn III kan blijken dat aanvullende informatie vanuit een andere discipline nodig is



om een compleet beeld te krijgen of om via een (beargumenteerde) verwijzing naar de arts een diagnose te bevestigen of uit te sluiten. (stippellijnen tussen horizontale lijnen III, IV en V).

In geval van een diagnose of werkhypothese die uitwijst dat een andere discipline de meest aangewezen weg is voor een patiënt om behandeld te worden zal dit met de patiënt worden besproken en eindigt voor ons hier het protocol. (stippellijn terug van V naar IV).

Op lijn V wordt dus de afweging gemaakt of er een indicatie is voor osteopathische interventie of een andere. Over de lijnen III, IV en V zullen de diverse bevindingen te plaatsen zijn in het "landschapspectief" teneinde hypothesen te genereren omtrent eventuele diagnosestelling en/of indicatiestelling.

De onderwerpen op de lijnen V, VI en VII worden met de patiënt besproken om hem/haar de mogelijkheden aan te reiken actief betrokken te worden in het behandelingsproces (pijlen van lijn V, VI, VII naar lijn I // van lijn VIII naar lijn I en weer terug). Voor de uitleg bij de loop's van lijn VIII en IX naar II, III, IV en V wordt weer verwezen naar figuur 1.

Tenslotte worden de evaluaties met de patiënt besproken en eventueel in verslag meegegeven (pijl van lijn X naar lijn I) en indien het verloop van het proces dit noodzakelijk maakt naar de arts of andere discipline (stippellijn van lijn X naar lijn IV).

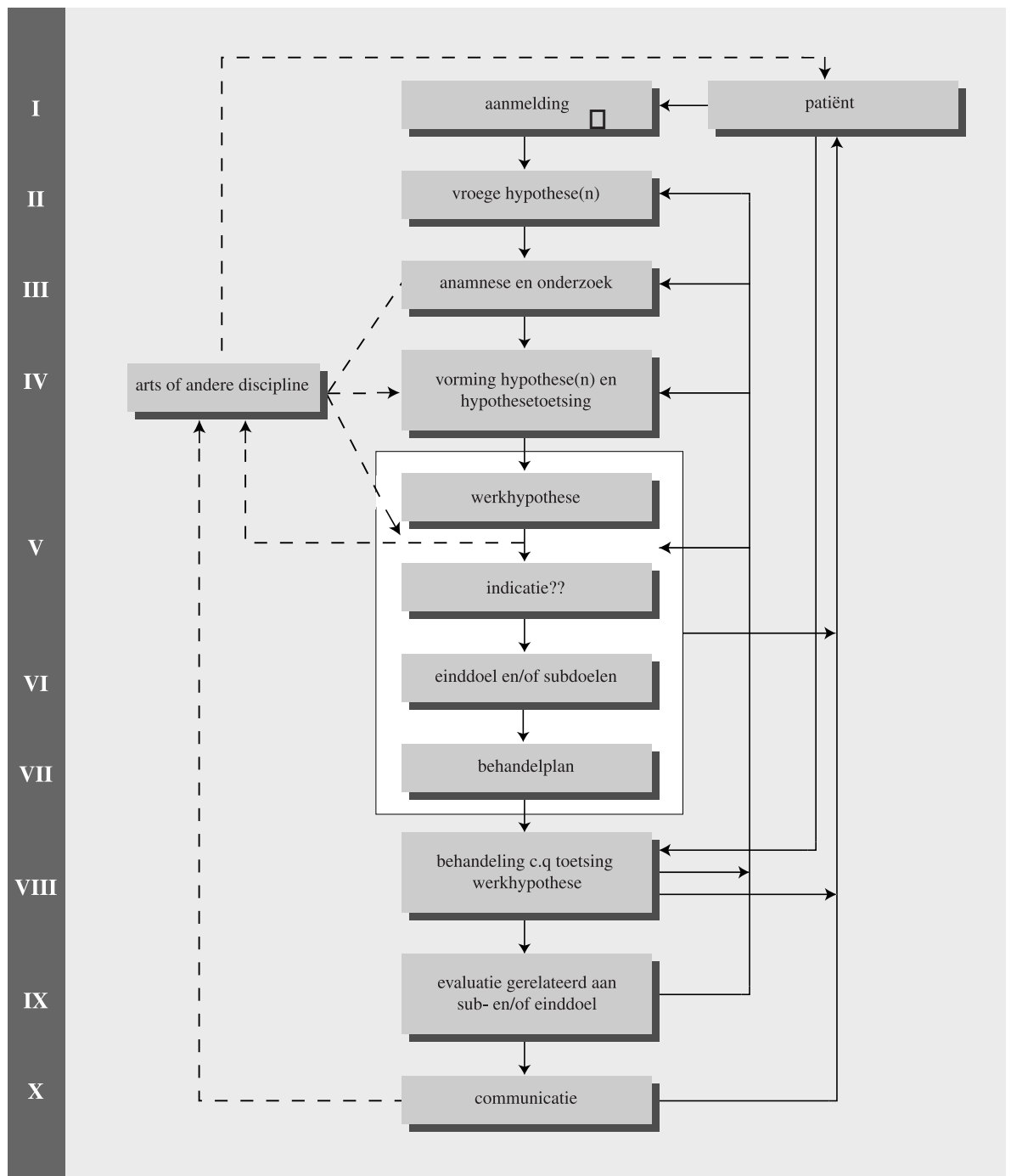


Fig. 2 Schematische voorstelling van het osteopatisch handelingsprotocol.



6.2.4 Registratie onderzoeks- en behandelingsgegevens

De WGBO verplicht iedere hulpverlener een dossier aan te leggen. Over de functie hiervan is al in hoofdstuk 3 geschreven. Er moet uit de verslaggeving herleidbaar zijn, wanneer er in het handelingsproces waarom en welke beslissingen genomen zijn en wat hiervan het resultaat is geweest.

Met betrekking tot de functie ten behoeve van het wetenschappelijk onderzoek verdient het aanbeveling om een universeel concept hiervoor te ontwikkelen, dat op grote schaal gebruikt kan worden. Eenduidigheid in het noteren van gegevens is noodzakelijk voor het kunnen doen van wetenschappelijk onderzoek.

Een ander effect van standaardverslaggeving is dat hierdoor de beroepsgroep de specifieke deskundigheid en werkwijzen inzichtelijk maakt en hierdoor het specialistisch terrein zichtbaar wordt.

De eisen, die aan effectonderzoeken worden gesteld om tot verantwoorde conclusies te kunnen komen, zijn zeer gecompliceerd. Het zou, met name voor het vakinhoudelijk deel, een goede zaak zijn een wetenschappelijke commissie te betrekken in de ontwikkeling van een dergelijk standaarddossier (6). In dit dossier moet ruimte ingericht worden, waarin nadrukkelijk opgenomen is dat de patiënt is geïnformeerd en verzocht deze gegevens beschikbaar te willen stellen en onder welke condities wat betreft privacybescherming.

Er mag niet een zodanige formulering zijn gekozen dat de patiënt vanuit een gevoel van morele druk hierin zou toestemmen. Weigering of toestemming moet hier uiteraard ook vastgelegd worden.

Toetsing

Een volgend aspect van gestructureerde verslaggeving is de toetsing. Toetsing is ook een wettelijk verplicht onderdeel in de beroepsstructuur.

Deze toetsing werkt in drie richtingen:

a. Toetsing door de behandelaar.

Aan de hand van gestructureerde verslaggeving is het mogelijk voor de behandelaar op ieder gewenst moment zichzelf te toetsen op de gevolgde onderzoeksstrategie (en), indicatiestelling, doelmatigheid, controleerbaarheid.

b. Toetsing door de patiënt.

Het gegeven van de behandelingsovereenkomst verplicht ons tot informatiebereidheid. Een patiënt kan desgewenst toetsen of de hulpvraag en gemaakte afspraken hieromtrent voldoende zijn genoteerd en opgenomen in de uitvoering van het behandelplan.

c. Toetsing door derden.

Eerstens kan alleen dankzij een goede verslaggeving correspondentie gevoerd worden met andere disciplines, verzekeringsdeskundigen, etcetera.

Ten tweede kan het van belang zijn dat het handelingsproces reproduceerbaar is wanneer er sprake is van een (aan) klacht.

Toetsing op macro-niveau moet nog duidelijker gestalte krijgen. Zoals al eerder is vermeld heeft het NACO reglementen opgesteld met betrekking tot het opleidingsprogramma, geënt op Europese standaarden. Het op bladzijde 95 gepresenteerde handelingsprotocol, met daarin geïntegreerd het "landschapsmodel" (hoofdstuk III-4), kan bijdragen in de ontwikkeling van professionele standaarden. Deze standaarden zijn een middel om vakinhoudelijke toetsingscriteria te formuleren. Hierin zou ook een wetenschappelijke commissie belangrijk werk kunnen doen.



Overige reglementen zijn opgesteld naar de richtlijnen, gesteld in de wetgeving. Algemene aanvaarding van al deze regelgevingen binnen de beroepsgroep moet getuigen van een streven naar professionaliteit. Slechts op voorwaarde hiervan kan (door) de beroepsgroep getoetst worden op deskundigheid, doeltreffendheid, ethiek, beschikbaarheid en continuïteit, integrale zorg.

6.2.5. Tucht

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat het een plicht is klachten en tuchtcommissies in te stellen, waarin osteopaten zitting hebben, die een eensgezindheid in opvattingen kunnen vertegenwoordigen. Zeker in contacten met de overheid wordt dit als een kwaliteitscriterium gezien waarvoor de beroepsorganisatie verantwoordelijk wordt gehouden.

Het is de bedoeling dat een dergelijk instrument zich uitspreekt over de normen en waarden van de osteopatisch-geneeskundige stand. Het bewaakt dus de vaardigheid en de belangen van de osteopathie en van de patiënt. Wil een beroepsgroep zich ontwikkelen in beroepsinhoudelijke en ethische normering, dan is een dergelijk instrument onmisbaar.

De protocollen voor het traject waarlangs een (aan)klacht intern wordt behandeld zijn in reglementen door het NACO vastgelegd. Hoewel deze reglementen geënt zijn op procedures in het medisch tuchtsysteem, kan nog niet gezegd worden dat hieraan dezelfde gerechtelijke gevolgen gekoppeld zijn. Hierover zij verwezen naar hoofdstuk II 2.2.3 (14,16).

In aanvulling hierop moet opgemerkt worden dat het tot de verantwoordelijkheid van de commissies gerekend moet worden onderscheid te maken in zaken die alleen door hen in behandeling genomen kunnen worden.

Wanneer sprake is van een strafbaar feit moet in overleg met de overheidsorganen getreden worden. Een drietal voorwaarden gelden voor strafrechtelijke aansprakelijkheid:

Er moet een strafbaar feit zijn gepleegd, dat valt binnen een wettelijke delictomschrijving (art. 1 Wetboek van Strafrecht). Een dergelijk feit moet wederrechtelijk zijn gepleegd en aan de dader moet schuld te verwijten zijn (2,23). Dat houdt in dat de dader de strafbare gedraging had kunnen en moeten vermijden (2,23,26). Het zal duidelijk zijn dat vaak alleen via een procedure een strafbaar feit bewezen kan worden.

Het vervolgingsbeleid wordt door het Openbaar Ministerie bepaald. Niet alle strafbare feiten worden vervolgd. Dit gebeurt op grond van het opportuniteitsbeginsel (23). Dat doet het O.M. vaak in overleg met de Inspectie van de Gezondheidszorg. Dit is dan ook de weg waarlangs de Inspectie zicht heeft op de ontwikkelingen en naleving binnen de beroepsgroepen van kwaliteitsbewakingssystemen m.b.t. vakinhoud en deontologie. Hierin spelen dus ook de professionele standaarden en interne tucht een sleutelrol, omdat de rechter vaak uitspraken van het interne tuchtrecht betreft in zijn/haar afwegingen (10,16).

Te onderscheiden rubrieken in het tuchtrecht zijn (13):

1. Behandeling

Hieronder vallen de zaken van vakinhoudelijke aard, begeleiding, nazorg, verwijzing.

2. Patiëntenrecht.

Alle klachten over juridisch-relacionele verhouding tussen osteopaat en patiënt.

Informatieverstrekking, privacybescherming, geschillen over bejegening, etc. kan men hieronder scharen.



3. Organisatorische zaken.

Dit zijn allerlei zaken als geschillen over bereikbaarheid, waarneming, verslaglegging, enz.

Zoals reeds is gezegd, wordt door middel van een goed georganiseerd systeem van klachtenbehandeling en tucht bescherming geboden aan de beroepsorganisatie, het werkveld en niet in de laatste plaats aan de patiënt. Alle zaken omtrent de samenstelling en procedures van de diverse commissies zijn in reglementen vastgelegd voor de beroepsgroep osteopathie. (NACO, jan. 1998).

Om voldoende bescherming te kunnen bieden is het uiteraard een vereiste dat alle osteopaten zijn ingeschreven in een deugdelijk register, dat duidelijk omschreven eisen stelt ten aanzien van opleiding, beroepsuitoefening en praktijkvoering. In dit verband wordt ook het belang van het streven naar beroepserkenning en titelbescherming duidelijk, omdat sanctionerende maatregelen anders te weinig bescherming bieden.

Om tot een effectief systeem van klachtenbehandeling en tucht te kunnen komen is het nodig om, naast de genoemde reglementen, een aantal zaken te concretiseren:

- * Eenduidigheid wat betreft het methodisch-technisch handelen zowel in de opleidingen alsook in het werkveld. Het handelingsprotocol en het model voor uitsluitingsdiagnostiek (hoofdstukken II-6.2.3 en III-3 en 4) kunnen hieraan bijdragen.
- * De ontwikkeling en invoering van een model voor dossiervorming en verslaglegging.
- * Ook het instellen van een wetenschappelijke commissie moet in dit verband als noodzakelijk worden gezien, omdat de verslaglegging en het dossier gebruikt zal moeten kunnen worden voor wetenschappelijk onderzoek (hoofdstuk II-6.2.4), maar ook in juridisch opzicht zal het validiteit moeten hebben.

Hoewel de neiging bestaat binnen een beroepsgroep vooral met gebruikmaking van allerlei marketinginstrumenten de bekendheid (lees: populariteit) van een beroep te vergroten, kan het onvoldoende investeren in de hierboven voorgestelde maatregelen een uitholling betekenen van de beoogde doelstelling.

Ook in internationaal verband wordt meer waarde gehecht aan deze aspecten dan aan lokale populariteit.

6.3. Samenvatting

Samenvattend kan het volgende gesteld worden: Door middel van het instellen van een wetenschappelijke commissie kan het wetenschappelijk onderzoek worden gestimuleerd. Dit is een noodzakelijke opdracht om ons handelen te kunnen onderbouwen. Tevens kan een dergelijke commissie sturing geven aan de gedetailleerde uitwerking van standaard dossiers en verslagleggings-formulieren, waarvoor de onderwerpen handelingsprotocol, methodisch handelen en het model voor uitsluitingsdiagnostiek als uitgangspunten kunnen dienen.

Deze zaken kunnen, samen met goed functionerende klachten en tuchtcommissies, niet alleen bescherming bieden aan het beroep en aan de patiënt, maar ook kwaliteitsbevordering inhouden.



Conclusie

De bedoeling van deel II van ons drieluik is geweest aan te geven waaraan binnen het kader van de wetgeving voldaan moet worden om een gerespecteerde status, ofwel erkenning te verwerven.

Het zwaartepunt in de wetgeving ligt in dit verband bij de deskundigheid en de kwaliteitswaarborgen, zowel beroepsinhoudelijk alsook sociaal-maatschappelijk.

De toegevoegde waarde van de osteopathie wordt duidelijk, enerzijds door de specifieke deskundigheden, anderzijds door de secure afbakening van het deskundigheidsgebied. De uitsluitingsdiagnostiek is hiervoor een absoluut onmisbaar instrument.

Omdat gezocht moet worden naar een inzichtelijke manier van werken spelen wetenschappelijk gefundeerde beslissingen en handelwijzen (evidence-based medicine en methodisch handelen) hierin een hoofdrol.

In de osteopathiepraktijk moet dus ook gestreefd worden naar een manier van werken, die geënt is op een eenduidigheid voor wat betreft het beroepsprofiel (concept) en handelingsprotocol. In het verlengde hiervan ligt het vastleggen van gegevens.

Hierin hebben opleidingen, beroepsorganisaties en individuele osteopaten hun specifieke verantwoordelijkheden en plichten, om gezamenlijk te werken aan kennis en vaardigheden, die deze werkwijze kunnen waarborgen.

Om hier vorm aan te geven is de "know-how" van een in te stellen wetenschappelijke commissie onontbeerlijk.

De verschillende elementen, die te maken hebben met het methodisch handelen moeten een geïntegreerd onderdeel uitmaken van de opleiding van iedere osteopaat, in theorie en praktijk. De opleidingen kunnen hierin het voortouw nemen.

De interne kwaliteitsbewakingssystemen moeten operationeel zijn om bescherming te bieden aan de patient en het beroep.

De aanbevelingen, zoals in hoofdstuk 5.4 en 6.2 gedaan zijn o.i. hierin essentieel.

Alle goed bedoelde, persoonlijke meningen en politieke stellingnames ten spijt, zijn dit o.i. de enige pijlers, die een betrouwbaar draagvlak vormen voor maatschappelijke erkenning van het hoogwaardige beroep osteopaat.

Pas wanneer al deze elementen wezenlijk deel uitmaken van de opleiding tot osteopaat en de praktijk van iedere osteopaat kan het specifieke werkterrein "verkocht" worden als volwaardig geneeskundig specialisme.



Bibliografie

1. American Osteopathic Association, Bureau of Research:
Foundations for osteopathic medicine;
(1997, Baltimore, Maryland (U.S.A.): Williams & Wilkins)
2. Beets H.:
Aesculaap in de greep van Themis;
(1989, Gouda Quint)
3. Bersee Ir.A.P.M. en Mr.W.H.M.A. Pluimakers:
De Wet B.I.G.;
(1998, Koninklijke Vermande)
4. Biestra G.
Methodisch handelen in beroep en opleiding;
(april 1989, Gamma, nr. 4)
5. Brouwer T., J.C.Nonhof-Boiten, F.C.Uilenreef-Tobie
Diagnostiek in de fysiotherapie, Proces en werkwijze;
(1995, Utrecht, Wetenschappelijke uitgeverij Bunge)
6. Commissie Alternatieve Behandelwijzen van de Gezondheidsraad.
Alternatieve behandelwijzen en wetenschappelijk onderzoek;
(1993, Den Haag: Gezondheidsraad; publicatie nr. 1993/13)
7. Cutler P.
Problem solving in clinical medicin;
(1980, Baltimore, Williams & Wilkins)
8. Dijk P.van
Geneeswijzen in Nederland. Compendium van niet-universitaire geneeswijzen;
(1993, Deventer, Uitgeverij Ankh-Hermes bv.)
9. Elstein A.S., L.S. Sprafka
An Analysis of Clinical Reasoning;
(1978, Cambridge, Harvard University Press)
10. Foreest Jhr.J.D. van , Inspecteur voor de Gezondheidszorg.
Correspondentie Inspectie voor de Gezondheidszorg;
(febr. 1999, Den Haag)
11. Golden G.S.
Nonstandard therapies in the developmental disabilities;
(1990, Am.J.Dis.Child: 134:487-491)



12. Haynes R.B., G.H. Guyatt, P.Tugwell
Clinical Epidemiology;
(1991, Boston: Little, Brown & co.)
13. Heineman Mr.M.E.F. en Prof. Dr.J.H. Hubben
De huisarts in de medische tuchtspraak;
(1995, Koninklijke Vermande BV, Lelystad)
14. Heuvel Drs. J van den , Hoofd v.d. Afdeling Beroepen en Opleidingen van
de Directie Curatieve Somatische Zorg,
Correspondentie Ministerie van V.W.S.;
(feb. 1999, Den Haag)
15. Leenen Prof. dr. H.J.J.
Handboek Gezondheidsrecht deel 1;
(1993, Bohn Stafleu Van Lochem)
16. Leenen Prof. dr. H.J.J.
Handboek Gezondheidsrecht deel 2;
(1996, Bohn Stafleu Van Lochem)
17. Lomwel Mr.A.B. van en Mr.E.B. van Veen
De W.G.B.O.;
(1996, Koninklijke Vermande, Lelystad)
18. Maeseneer J.de
Diagnostische strategieën in de huisartsengeneeskunde;
(1991, Tijdschrift Geneeskunde)
19. Menges L.J. en P.A. Van Dijk
Reguliere en alternatieve geneeskunde: van conflict naar synthese?
(1993, Deventer, Stafleu)
20. Minister van Justitie
Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden nr.838 Wettekst WGBO
(1994, Den Haag)
21. Raad BIG
Advies van de Raad BIG aan de minister van V.W.S. Publicatie B11/'96;
(1996, Den Haag , N.R.V.)
22. Sacket D.L., W.m.c.Rosenberg, J.A.M. Gray et al.
Evidence based medicin: what it is and what it isn't;
(1996, B.M.J. : 312:71-72)
23. Sluyters B.J. en H. Feber
De Gezondheidszorg en het Strafrecht;
(1989, Preadvies Vereniging voor Gezondheids Recht)



24. Universel Declaration of Human Rights (1948)
art. 3,5,9,12,18.
European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (1950)
art. 2,3,5,8,9.
International Covenant on Civil and Political Rights (1966)
art.6,7,9,10,17,18.

25. Vlijmen F.C.B. van en C.J.M.Nederveen van de Kragt
Beroepenwetgeving in ontwikkeling; Evaluaties halverwege het invoeringstraject van de wet BIG;
(1996, ISBN 90-5095-003-5)

26. Woresthofer J.
Volgens de regelen van de kunst;
(1992, Gouda Quint)

27. Wulff H.R.
Rational Diagnosis an Treatment;
(1981, London, Blackwell Scientific Publications)

*Positie van de osteopathie binnen
de gezondheidszorg vanuit
historisch en juridisch perspectief:
een model voor uitsluitingsdiagnostiek.*



*Deel 3
Een model voor uitsluitingsdiagnostiek*

*Auteur:
S.A.M. de Ree*

**Opleiding:
Nederlandse Academie voor Osteopathie (NAO)**

**Promotoren:
W.I.J. Poels, arts te Bussum
R.K.Muts, osteopaat D.O. te Amsterdam**



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

Inhoud deel 3

	Pagina
Voorwoord	105
Inleiding	106
Hoofdstuk 1:	
Bespreking van een model voor uitsluitingsdiagnostiek	
1.1. Inleiding	107
1.2. Diagnostisch redeneren	107
1.2.1. Een andere benadering van besliskunde	107
1.3. Het diagnostisch landschap	108
Hoofdstuk 2:	
Een patient met buikklachten	
2.1. De osteopatische visie op buikklachten	113
2.2. De visie van de klassieke geneeskunde op buikklachten.	114
2.3. Het bindweefsel	114
2.4. Het basisbioregulatiesysteem	117
Hoofdstuk 3:	
Het osteopatisch onderzoek	119
Hoofdstuk 4:	
I.B.S. in het diagnostisch landschap	
4.1. In de visie van de klassieke geneeskunde	121
4.2. I.B.S. als hypothe	126
4.3. De osteopatische visie	127
4.3.1. De constructie van het diagnostisch landschap	128
4.3.2. Het voorzien van argumenten van hypothesen	129
4.3.3. Niveaus van hypothesen	130
4.3.4. Het aangeven van de kracht van een argument voor een hypothese	130
Besluit	131
Bibliografie	132
Bijlage: Verbanden tussen fenomenen	134



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

Voorwoord

Een thesis ter verkrijging van de titel "Diploma in de Osteopathie", is een werk dat slechts tot stand kan komen dankzij de medewerking van verschillende mensen.

Eerst en vooral dank aan Ria en Tynke voor de morele steun, motivatie en vooral het geduld.

Ik bedank onze promotoren Lambert Poels en Rob Muts D.O.-MRO die voor mij het concept van de osteopathie duidelijk maakte.

Veel dank aan collega en vriend Leo Veldstra, die steeds op positieve wijze de zaak wist te ondersteunen, evenals aan Klaartje Peeters die samen met ons de thesis tot een geheel kon maken.

Natuurlijk ook een woord van dank aan alle personen die hebben deelgenomen aan deze studie.

Ik dank ook het lerarenkorps van de N.A.O. met name Alain Gassier D.O.-MRO-F die met zeer veel enthousiasme de lessen in de viscerale osteopathie heeft onderwezen.

"Rjucht en slucht as dy fan Boalsert"



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

Inleiding

In de navolgende hoofdstukken wordt besproken op welke wijze osteopatisch naar een patiënt wordt gekeken, dit in combinatie met een andere vorm van diagnostisch redeneren. Eén en ander wordt geschetst in hoofdstuk 1.2, met daarna de introductie van het diagnostisch landschap in paragraaf 1.3. Hier wordt ingegaan op de manieren van het stellen van een diagnose volgens Sackett en worden de drijfveren voor het komen tot een ander inzicht genoemd, tevens worden de stappen bij het hanteren van het nieuwe model uitgelegd.

In hoofdstuk 2 wordt de osteopatische visie op buikklachten gegeven, om goed te kunnen vergelijken is ook de visie van de klassieke geneeskunde toegevoegd. Daarnaast, gezien het belang van het bindweefsel in de osteopathie, een overzicht van het bindweefsel en een sumiere uitleg van het daarin gelegen basis-bioregulatie-systeem.

In hoofdstuk 3 volgt het osteopatisch onderzoek, waarna in hoofdstuk 4 het IBS in het diagnostisch landschap wordt geplaatst; aanvankelijk hierop de visie van de klassieke geneeskunde met de waarschijnlijkheidsschaal en de pijlers van de klassieke geneeskunde, het diagnostisch actieterrein en de factoren verbonden met actie. In de laatste paragraaf wordt tenslotte de osteopatische visie gegeven.



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

Hoofdstuk 1

Bespreking van een model voor uitsluitingsdiagnostiek

1.1. Inleiding

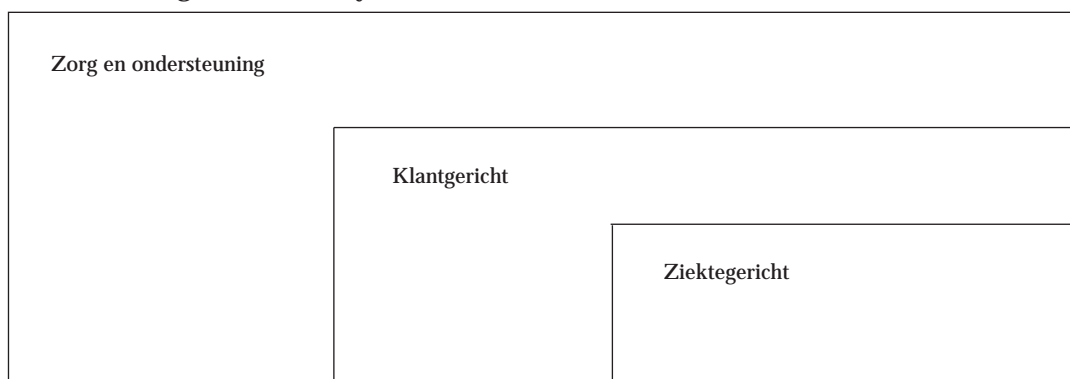
Punt van discussie tussen de reguliere en alternatieve geneeswijze (lees osteopathie) is altijd de afwezigheid van objectief meetbare symptomatische gegevens bij de alternatieve geneeswijze. De reguliere geneeswijze spreekt pas van pathologie bij een structurele afwijking, aangetoond middels objectieve onderzoeken, zo mogelijk middels de methode van de "evidence based medicine". De osteopathie gaat uit van een functionele afwijking, welke zich uit in een verminderde beweeglijkheid van fasciaal weefsel, wat zich inderdaad niet goed objectief laat beoordelen. E e.a. is echter mogelijk wel de voorloper van de structurele aandoening en de beginsymptomen zijn wel aanwezig. Met beginsymptomen bedoelen we de klachten bij de patiënt aanwezig, die ook bij de reguliere geneeswijze anamnestic naar voren komen. Laboratoriumonderzoeken kunnen op dat moment nog zeer goed geen positieve uitslag opleveren. In dit kader is een model voor uitsluitingsdiagnostiek zeer welkom om op deze wijze de hierboven geschetste kloof te helpen overbruggen.

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze een geneeskundige momenteel wel of niet tot een diagnose of werkwijze komt en worden de methoden tot het stellen van een diagnose volgens Sackett (22) aangehaald. Daarna wordt de procedure tot het construeren van het landschap besproken.

1.2. Diagnostisch redeneren

1.2.1. Een andere benadering van de besliskunde

Sinds mensenheugenis wordt van medici verlangd dat zij gezondheidsklachten van patiënten onder een bepaalde ziekte kunnen rangschikken en hiervoor een passende oplossing hebben. Dankzij de explosie van kennis van de laatste decennia is het inzicht in de pathofysiologie van ziekteprocessen enorm toegenomen, zo ook de daaruit voortvloeiende technologische ontwikkeling en daarmee het vermogen om de genoemde ziekteprocessen in beeld te brengen en te analyseren.



Figuur 1. Relatief aandeel van zorg en ondersteuning versus klacht en ziektegericht diagnostisch handelen.



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

Daarentegen stemt het feit, dat zoveel geld wordt gependend aan technische onderzoeken voordat er een diagnose gesteld wordt, zeker tot nadenken.

Een huisarts heeft in zijn normale praktijk meestal te maken met normale hanteerbare problemen, waarvoor zonder tot een bepaalde diagnose te komen, een oplossing wordt aangereikt. Bovendien bestaat een groot gedeelte van het werk uit "echte zorg voor de patiënt", begeleiding, en zowel fysieke als psychogene ondersteuning.

Dit wordt ook ondersteund door Grol en Mesker (5), waar de basisvaardigheden van de huisarts worden aangehaald, nl.:

- * systematisch werken
- * adequaat somatisch handelen
- * adequaat psychosociaal handelen
- * aandacht voor de relatie arts-patiënt

Ook hier wordt vermeld dat de huisarts niet tot een bepaalde diagnose komt, maar tot een werkhypothese of er wordt een oplossing op het niveau van de klacht aangereikt.

In de handboeken wordt steeds een verband gelegd tussen één ziekte en een reeks symptomen en tekens, waarbij de klemtoon ligt op de relatie tussen één symptoom en één ziekte. Het is duidelijk dat het leven van alle dag niet op deze wijze in elkaar steekt, wat een ander denkmodel wenselijk maakt.

1.3. Het diagnostisch landschap

Sackett (22) onderscheidt vier manieren om tot een diagnose te komen. Ik verwijs hierbij ook naar deel 2, paragraaf 5 figuur 1.

Ten eerste is er de manier van patroonherkenning; een voorbeeld hiervan is een typische zona, wat een dusdanig herkenbaar patroon heeft, men zou het zelfs pathognomonisch kunnen noemen, zodat missen van de diagnose eigenlijk niet mogelijk is.

De tweede methode om tot een diagnose te komen is de volledige dossier methode, waarbij men ondervraagt, onderzoekt en testen uitvoert.

Deze methode is geschikt in de praktijk voor osteopathie omdat bij aanvang van een onderzoek een brede benadering van groot belang is, om een goede indruk te krijgen van de gezondheidssituatie van de patiënt op dat moment. De patiënt moet in een zo breed mogelijk kader geplaatst worden. Wel is het essentieel om uiteindelijk te bepalen of er een bepaalde pathologie of pathologieën moeten worden uitgesloten of aangetoond vanuit de reguliere geneeskunde, of dat een indicatie voor osteopathie moet worden uitgesloten of aangetoond. De osteopaat zou hierdoor veel eerder tot uitsluitingsdiagnostiek kunnen komen.

De algoritmische aanpak, de beslisboom, is de derde methode van diagnostiek plagen en de laatste decennia zeer populair geworden, niet alleen in de medische wereld, maar ook daarbuiten in bijvoorbeeld de automechanica.

Het is eigenlijk een standaardmethode die voor een groot aantal ziektebeelden reeds is uitgewerkt, zie hiervoor bijvoorbeeld de standaarden van de Nederlandse Huisartsen Vereniging (14), doch in de praktijksituatie, met iets gecompliceerder gevallen, moeilijk bruikbaar is omdat niet van het onderzoekspad kan worden afgeweken. Iedere beslissing is in dit systeem dichotoom; ja/nee, net zoals bij een computer.

De vierde methode van Sackett is het gericht aftasten, hetgeen in de USA de hypothetico-deductieve methode wordt genoemd, deze past veel meer bij de osteopaat omdat het pad, waarlangs het vaststellen van het dysfunctiemechanisme plaats vindt, steeds kan worden



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

bijgestuurd.

In het tijdschrift "Huisarts nu", het maandblad van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (6) wordt over deze methode een artikel geschreven, waarbij de visuele voorstelling van het proces van gericht aftasten mogelijk wordt via het zogenaamde diagnostisch landschap, waarbij vanuit een belangrijk symptoom van bovenaf, als van een heuvel, het omringende landschap van differentiële diagnoses met hun argumenten bekeken wordt.

Juist in de osteopathie biedt deze methode veel ingangsmogelijkheden, daar wij als osteopaat niet uitgaan van clinical reasening zoals in de klassieke geneeskunde, de osteopaat echter verwerkt bewust en systematisch de informatie en interpreteert dit geheel in het osteopatisch behandelprotocol, waarbij hij na de vorming van vroege hypothesen uit de aanmelding van de patiënt en later gevormde hypothesen na anamnese en onderzoek deze gaat toetsen om een werkhypothese te maken. Zie hiervoor ook het handelingsprotocol van collega Veldstra op pagina 39. Voor deze deductie is het steeds weer herhalen van het "diagnostisch landschap" bij iedere hypothese, de mogelijkheid om tot de juiste oorzaak van de klacht te geraken.

Gewaakt moet worden niet te vervallen in het zgn. freeze-fenomeen. Met dit fenomeen, dat inhoudt dat de menselijke geest de neiging heeft bij de eerste de beste mooie combinatie, het eerste mooie beeld, stil te blijven staan en niet komt tot verder onderzoek in de vele mogelijkheden van andere hypothesen, zal rekening moeten worden gehouden. De term komt uit de echografie, waarbij men een bewegend beeld stilzet om het beter te kunnen bestuderen. De mogelijkheden van een computer zijn hierbij een schril contrast.

Het freeze-fenomeen is een bepalende factor van het "tunneldenken", waarbij ook een te klein aantal hypothesen een rol speelt.

Tevens wordt in hetzelfde blad de redenen aangegeven om tot dit nieuwe systeem van het stellen van een diagnose te komen:

1. Het is een misvatting dat de arts voor iedere patiënt een diagnose moet stellen.
2. Op de geneeskundige opleiding worden de ziektebeelden op een vrij encyclopedische wijze beschreven.
3. De grote afstand tussen sommige theorieën van de medische besliskunde en de dagelijkse klinische praktijk.
4. De gebrekkige algemene vorming in "verbandkunde", de wiskundige onderbouw voor verbanden tussen allerlei fenomenen, ook buiten de geneeskunde.
5. De fundamentele beperktheid van het menselijk brein om prohabiliteiten en dus ook sterkte van verbanden te schatten.

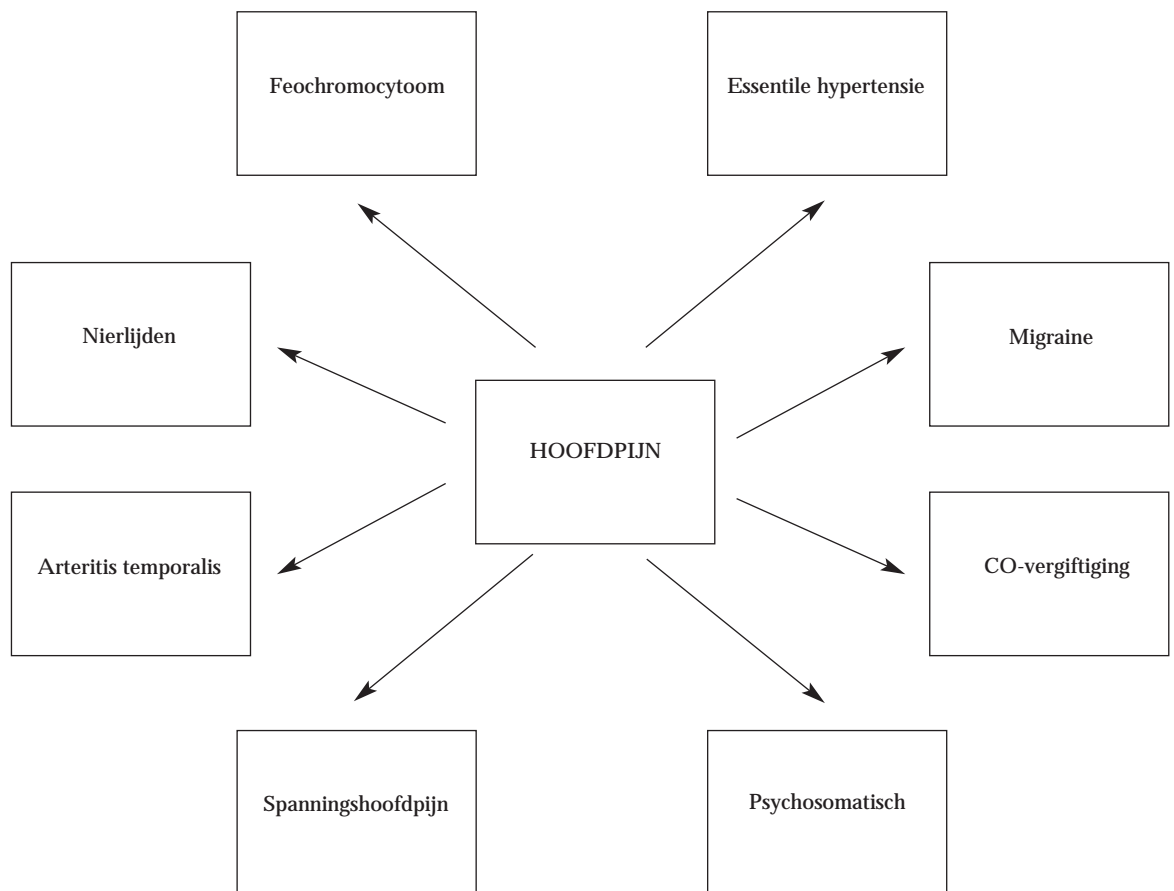
Om tot een constructie van het landschap te komen is een aantal stappen noodzakelijk. Zo zal men eerst een hoofdsymptoom moeten definiëren, verdere uitwerking wordt alleen gedaan als één of meerdere symptomen niet pluis zijn, d.w.z. dat wanneer er binnen de differentiële diagnoses een ernstige ziekte kan schuilen. Hieruit blijkt de noodzaak van de medische basiskennis.

Na de definitie van het hoofdsymptoom is de tweede stap het genereren van hypothesen rond het aanvankelijke hoofdsymptoom.

Een voorbeeld hiervan ziet men in figuur 2. met als hoofdsymptoom hoofdpijn.



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek



Figuur 2. Het "diagnostisch landschap" met enkele hypothesen bij recent ontstane hevige hoofdpijn.

Derde stap in het construeren van het diagnostisch landschap is het aanbrengen van reliëf in de hypothesen, dat wil zeggen dat men ernstige en behandelbare hypothesen dichterbij het hoofdsymptoom plaatst en minder ernstige of minder goed behandelbare verder af. Hierna gaat men voor iedere hypothese argumenten bij elkaar zoeken, zowel voor als tegen, waarna de hypothesen opnieuw in het landschap worden geplaatst, een herschikking dus, waarna de argumenten worden gewogen, waarbij de aantonnende of ontkennde kracht van de hypothese volgens vaststaande gegevens wordt vastgelegd en aangepast in het diagnostisch landschap. Hier is dus duidelijk sprake van een evidence based medicine methode.

In de medische wereld is per definitie de aantonnende kracht van een argument de verhou-



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

ding tussen terecht positieven en vals positieven. Zo is bijvoorbeeld de gele kleur van een patiënt een erg specifiek gegeven voor hepatitis, wat inhoudt dat er geen of weinig vals positieven zijn. Wanneer wordt aangenomen dat "manifeste icteris" als klinisch gegeven aanwezig is bij 90% van de kinderen met hepatitis, en afwezig bij 99,9% van de kinderen zonder hepatitis, dan is die 99,9% de specificiteit.

De ontkennende kracht van een argument is per definitie de verhouding tussen vals negatieven en terecht negatieven, met andere woorden een argument heeft grote ontkennende kracht als het bijna steeds voor komt bij die ziekte, het argument wordt dan erg gevoelig genoemd. Zo is uit de literatuur bekend dat de gevoeligheid van het cervixuitstrijkje ongeveer 80% procent bedraagt en de specificiteit 99%

Dit is nog eens schematisch te zien in een zgn. vier veldentabel in figuur 3 en 4

	HEPATITIS	EEN HEPATITIS
Gele kleur	Terecht positieven 90	Vals Positieven 0,1
Geen gele kleur	Vals negatieven 10	Terecht Negatieven 99,9
	Aantal patiënten met 100	Aantal patiënten Zonder 100

Figuur 3. Geelzucht en hepatitis.

	CERVIXCARCINOOM	GEEN CERVIXCARCINOOM
Uitstrijkje positief	Terecht positieven 80	Vals Positieven 1
Uitstrijkje negatief	Vals negatieven 20	Terecht Negatieven 99
	Aantal patiënten met 100	Aantal patiënten Zonder 100

Figuur 4. Uitstrijkje en cervixcarcinoom.



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

Denk ook steeds aan de asymmetrie van argumenten, Het voorbeeld van het cervixuitstrijkje geeft aan dat er geen symmetrie is tussen de aantonnende en ontkenkende kracht van een argument: het vinden van een positief uitstrijkje maakt de aanwezigheid ervan tachtig maal aannemelijker dan het vinden van een negatief uitstrijkje, dat maakt de aanwezigheid van de ziekte maar vijf maal minder waarschijnlijk. Een ander voorbeeld zijn de pardeegolven in een E.C.G.; zij maken de aanwezigheid van een infarct nagenoeg zeker, maar een normaal E.C.G. sluit een infarct helemaal niet uit. Het gebruik van deze asymmetrie heeft ook te maken met ervaring van de onderzoeker, maar ook met algemene kennis en kennis van de evidence based medicine. Een laatste stap kan bestaan uit het inbrengen van de kracht van alle argumenten op het landschap. Een aantonnende kracht wordt voorgesteld door een pijl naar de diagnose toe, een uitsluitende kracht door een pijl weg van de diagnose.

Op welke manier kunnen we nu dit model gebruiken in de osteopathie?

Er van uitgaande dat osteopathie een concept is van geneeskunde met een manuele benadering van weefselmobiliteit in kwaliteit en kwantiteit in diagnostiek en therapie, is naast de osteopatische kennis en kunde, de medische basiskennis op het gebied van anatomie, fysiologie, pathologie en neurologie noodzakelijk. Voor deze kennis lijken de eindtermen van het "Nationaal Examen Medische Kennis Alternatieve Geneeswijzen" (NEMKAG) (15) aan te bevelen.

Om vervolgens verder te gaan, zal men zich op de eerste plaats moeten afvragen wat bij de klassieke geneeskunde over een bepaald symptoom bekend is. Zo zullen bij het symptoom buikpijn de volgende ziektebeelden in het landschap kunnen worden geplaatst: IBS, Crohn, colitis ulcerosa, colonneo en infectieziekten of darmparasieten.

Ten tweede zijn ook de volledige dossiermethode, de patroonherkenning en de algoritmische methode goed in te passen in de osteopathiepraktijk. Men zal dus, indien dit zich voordoet, een mix maken van de methoden van diagnostiseren. Ook al is het niet de specifieke taak van een osteopaat om een diagnose te stellen. Hij stelt immers alleen een dysfunctie vast. Zo is bijvoorbeeld de volledige dossiermethode zeer goed inpasbaar in de anamnese en in het eerste deel van het onderzoek. Wellicht komt men op die manier via patroonherkenning of een algoritmische beslissing tot de beslissing uitgebreidere diagnostiek te plegen, bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek of het doen van specialistisch onderzoek. Zie hiervoor ook deel II paragraaf 5, figuur 1, waar uitgelegd wordt op welke wijze informatie verwerkt wordt door een osteopaat.



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

Hoofdstuk 2

Een patient met buikklachten

Laten we proberen voor een patiënt met buikpijn bij een spastische darm een onderzoek middels de boven aangehaalde methodiek uit te voeren. Allereerst geven wij in dit hoofdstuk graag de osteopatische visie op buikklachten, daarna die van de reguliere geneeskunde. Tevens is, gezien het grote belang van het bindweefsel in de osteopathie, een aparte paragraaf toegevoegd aangaande bindweefsel en het zich daarin bevindende basis bioregulatie systeem.

2.1. De osteopatische visie op buikklachten

Gezien het feit dat de osteopatische geneeswijze holistisch is, is er geen sprake van de noodzakelijkheid van de oorzaak van buikklachten in het buikgebied zelf. Het onderzoek en de uitsluitingsdiagnostiek zal zich derhalve in aanvang veel algemener houden.

De osteopaat zoekt ook niet naar een structurele aandoening, alhoewel hij hiervan wel op de hoogte is en er ook terdege rekening mee houdt. Hij is veel meer op zoek naar een functionele storing.

Zo kan buikpijn aanwezig zijn t.g.v. thoracale aandoeningen, vanuit testis en epididymus, alsook van spinale origine, neurogene abdominale pijn, pariëtale oorzaken, metabole en psychogene buikpijn en uiteindelijk ook intra-abdominale oorzaken voor de klacht.

Voor het begrip irritable bowel syndroom kan men wel twintig oorzaken bedenken, zoals dat trouwens geldt voor de meeste syndromen en ziektebeelden. De osteopaat kijkt naar het individuele aspect van de mens; waar zijn bij deze patiënt de functieverstoringen aanwezig, waardoor het lichaam niet in staat is haar zelfregulering door te voeren, zodat er een klachtenbeeld ontstaat.

De onderliggende stoornis wordt in de osteopathie gezocht in een verminderde mobiliteit en motiliteit van weefsel. Het colon kent in haar embryologie, anatomie, biochemie, fysiologie en psychologie talrijke relaties. Feit is dat het spastisch colon een symptoom is, een symptoom dat vele oorzaken kan hebben.

Meestal liggen er ook meerdere oorzaken aan een symptoom ten grondslag. Die oorzaken zullen echter bij ieder mens verschillend zijn, zo reageert ook ieder mens verschillend op de invloeden die hij ondergaat in het dagelijks leven.

Vanuit het uitgangspunt dat de mens een biologische eenheid vormt, zal de osteopaat dus alle weefsels van de mens onderzoeken. Zowel het pariëtale, viscerale als craniale aspect. Vanuit het uitgangspunt dat structuur en functie wederkerig afhankelijk van elkaar zijn, zal de osteopaat de weefsels onderzoeken op bewegingsvrijheid. Verandering in de structuur van weefsels resulteert in een verandering van de functie van het weefsel. Beide veranderingen uiten zich in een verlies aan beweeglijkheid van weefsel.

Hierdoor zullen verschillende dysfuncties in beweging naar voren komen. Vanuit zijn kennis in anatomie, embryologie, fysiologie enz., kan de osteopaat relaties tussen diverse dysfuncties leggen en de klacht van de patiënt interpreteren.

Vanuit het principe dat het lichaam zichzelf reguleert, zal de osteopaat de weefsels in dys-



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

functie bevrijden door herstel van bewegelijkheid, zodat het lichaam in staat is zichzelf te genezen. Door de structuur te bevrijden kan de uitwisseling (homeostasis) weer plaats vinden, waardoor harmonie optreedt.

Door deze harmonie te onderhouden en de homeostase in het lichaam te behouden, blijft het lichaam in hoge mate in staat tot zelfregulatie. Ernstige processen, zoals coloncarcinoom, M.Crohn enz., maar ook schijnbaar functionele stoornissen, zoals het spastisch colon zijn hierdoor wellicht te voorkomen.

Het zou zeer nuttig zijn dat wetenschappelijk onderzoek zich hierop zou richten. Hieruit zou de preventieve waarde van osteopathie kunnen blijken. Voorkomen is nog altijd beter dan genezen.

2.2. De visie van de klassieke geneeskunde

In de reguliere visie is het spastisch colon een functiestoornis van het colon welke niet veroorzaakt wordt door een duidelijke anatomische of structurele afwijking. Het behoort tot de meest frequent voorkomende gastro-intestinale pathologie en komt voor op een leeftijd van 40 tot 55 jaar, meer bij vrouwen dan bij mannen, mogelijk door emotionele factoren, mogelijk door vezelarme voeding, vaak samengaan met colondivertikels.

Als klachten bij de patiënt ziet men vaak flatulentie, afwisselend diarree met obstipatie en een pijnlijke en opgezette buik. Pathofysiologisch is er sprake van een snel ritmische slow wave activity en een langer durende gastro-colische reflex. Daarnaast moet hier aan de Manning-kriteria worden voldaan, welke later uitgebreid worden genoemd.

Als differentiaal diagnose wordt vaak genoemd het coloncarcinoom, diverticulitis, colitis ulcerosa, M.Crohn, endometriose en salpingitis. Wat de reguliere geneeskunde betreft blijft het daarbij, er is namelijk geen eenduidige oorzaak, zoals bijvoorbeeld een bacterie bij Salmonella wat paratyfus veroorzaakt en dus gerichte behandeling mogelijk maakt.

Hier ziet men ook het uitgangspunt van de reguliere geneeskunde: er is sprake van ziekte als er een éénduidige oorzaak is, waarna de gevolgen bestreden kunnen worden. Ontegenzeggelijk is hiermee in de laatste 150 jaar zeer veel bereikt, doch het geeft niet op alle vragen een antwoord en middels deze benadering kan men zeker niet alle patiënten even adequaat behandelen.

2.3. Het bindweefsel

In de osteopathie kan de oorzaak van een IBS zoals beschreven divers zijn en indien wij de IBS osteopatisch verklaren middels onvoldoende mobiliteit, motiliteit en motriciteit kan dit een gevolg zijn van zeer diverse oorzaken.

Zoals ook beschreven in hoofdstuk 4.3 is het bindweefsel voor de bewegingsmogelijkheid van alle weefsels verantwoordelijk, hiermee wordt bedoeld te zeggen dat verminderde bewegingsmogelijkheid van bindweefsel tot gevolg zal hebben dat er een disharmonie in de homeostasis kan ontstaan, hetgeen misschien kan uitlopen in een ziekte of syndroom.

Het grondplan van alle bindweefsels is in principe gelijk alhoewel door het uitoefenen van diverse taken hun bouw sterk uiteen loopt. Alle volgroeide bindweefsels zijn in de embryonale fase uit dezelfde ongedifferentieerde mesenchymcellen in het mesoderm ontstaan. Hieruit ontwikkelt zich het skelet en het spierstelsel, maar ook het bindweefsel van de huid, het bloedvatstelsel met de rode bloedcellen en de cellen van het immuunsysteem.

Bindweefsel is in principe een hoeveelheid in gel gerangschikte collagene en elastine vezels en cellen, zoals fibroblasten, lipocyten, mastocyten, macrofagen, plasmocyten, leucocyten, neutrofiële granulocyten, eosinifiële granulocyten, basofiële granulocyten, lymfocyten, ongedifferentieerde mesenchymcellen, chondrocyten en osteocyten, omgeven door een



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

gronds substantie, de matrix.

De verhouding van cellen, vezels en matrix zorgt voor de verscheidenheid van bindweefsel, wat verband houdt met de verschillende functies.

Zo is er sprake van een steunfunctie van het bindweefsel in de kapsels rond en in de organen. Bindweefsel vormt ook pezen, ligamenten en fasciën, evenals kraakbeen en bot, zij het in een bijzondere vorm.

Bestanddelen van bindweefsel vormen een barrière tegen verspreiding van binnengedrongen bacteriën. Er is dus sprake van een afweerfunctie. Dit ziet men ook terug bij de verdediging van infecties.

De voedingsfunctie van het bindweefsel ten behoeve van andere weefsels of organen, berust vooral op de daarin voorkomende bloedvaten. De bindweefselmatrix, met name de weefselvloeistof, vormt het intermediair waarlangs voedings- en afvalstoffen worden uitgewisseld tussen de cellen en de verzorgende bloedvaten (zie hiervoor ook de volgende paragraaf aangaande het basisbioregulatiesysteem).

Tenslotte is er de informatiefunctie, het bindweefsel vormt namelijk ook het systeem waarlangs de informatieoverdracht plaatsvindt. De receptoren voor de signaaltransductie bevinden zich aan de extracellulaire zijde van de cel en zijn afhankelijk van de toestand van de extracellulaire matrix.

Op grond van hun functie, vezels, soorten cellen en tussenstof kunnen we het bindweefsel in verschillende typen indelen. De structuren die hierboven genoemd zijn bevinden zich in alle soorten bindweefsel, zij het in wissellende samenstelling.

Zo is er het **losmazig bindweefsel** dat de ruimten tussen de spiervezels en fasciën opvult, verder ondersteunt en omgeeft het het epitheel, bloed en lymfevaten. Het is gemakkelijk vervormbaar, maar heeft geringe weerstand tegen trek. Het losmazig bindweefsel is sterk gevasculariseerd.

Het is te vinden in het stratum papillaire van de huid, het onderhuidse bindweefsel, in klieren en slijmvliezen. Verder omgeeft het de epithelia en bevindt het zich in de sereuze vliezen.

Het losmazig bindweefsel is een zeer reactief weefsel; allerlei gebeurtenissen die in samenhang met de bloedvaten optreden, zoals oedeem, ontsteking en overgevoelighedsreacties, spelen zich met name in het losmazig bindweefsel af.

De tweede vorm van bindweefsel is het **straf bindweefsel**, ook wel dicht bindweefsel genoemd. Ook dit bindweefsel bevat alle genoemde componenten, maar het collageen is sterk met dikke bundels waartussen fibrocyten gelegen zijn vertegenwoordigd. Het is minder vervormbaar dan het losmazig bindweefsel, maar tegelijkertijd natuurlijk veel trekvaster. Men onderscheidt "ongeordend" en "geordend" straf bindweefsel. In het ongeordende type lopen de bundels collageen kris kras door elkaar, zonder dat er sprake is van een voorkeursrichting. Het is te vinden in de dermis van de huid, submucosa van de darm en in bindweefselkapsels rond de organen zoals milt, lymfeklieren en neurogene ganglia. Bij geordend bindweefsel zijn de collageen vezels in één of meer hoofdrichtingen georiënteerd. Het weefsel biedt hierdoor weerstand tegen trek in één of enkele richtingen. Het is te vinden in fibreuze membranen, zoals fasciën en aponeurosen, kapsels om organen en pezen.

De derde vorm van bindweefsel is het **elastisch bindweefsel**, waarin zoals de naam al zegt de elastische vezels zeer sterk en de collageene vezels in mindere mate vertegenwoordigd zijn. Door de overhand van elastische vezels heeft het een gele kleur. Zo komt het ook voor in de gele ligamenten van de wervelkolom, alsook in het ligamentum suspensorium van de penis.

De vierde vorm is het **reticulair bindweefsel**, het is een bijzondere vorm van losmazig bind-



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

weefsel dat een ruimtelijk steunapparaat vormt in myeloïde en lymfoïde organen. In deze bindweefselvorm is het vooral de ongedifferentieerde mesenchymcel die de fijne vezelbundeltjes van collageen vormt. Er is minder sprake van fagocyteren, maar de functie bij immuunrespons is des te groter, met name door de zogenaamde folliculaire dendritische cel in de follikels van de lymfoïde organen (21).

De vijfde vorm van bindweefsel is het **mucoïd bindweefsel**, wat geleïchtig is door een overmaat aan grondsubstantie. Het komt alleen in de embryonale periode voor.

Vetweefsel is een bijzondere vorm van bindweefsel. Hierin overheersen de lipocyten. Eigenlijk is vetweefsel één van de grootste organen van het lichaam, bij de man 15-20% van het lichaamsgewicht en bij de vrouw 20-25% van het lichaamsgewicht. Vet is een efficiënt middel om chemische energie in geconcentreerde vorm op te slaan. Het bevindt zich in een voortdurend omzettingsproces onder invloed van neurale en hormonale factoren. Het vetweefsel zorgt voor warmte-isolatie, bescherming en steun voor organen.

De volgende vorm van bindweefsel is het **kraakbeen**, het kan door de elasticiteit van de matrix weerstand bieden tegen druk zonder een blijvende vervorming te ondergaan. Het geeft steun aan weke delen en verschaft een glijvlak voor het gewrichtskraakbeen. Het bevat veel grondsubstantie en de kraakbeenmatrix bestaat uit collageen, elastine, hyaluronzuur, proteoglycanen en een kleine hoeveelheid glycoproteïnen. Kraakbeen is avasculair en wordt vanuit het omringende weefsel gevoed. Het bevat ook geen zenuwen of lymfevaten en heeft een trage stofwisseling.

De laatste vorm van bindweefsel is het **botweefsel**, het is het steunweefsel dat de trekvastheid van collageen combineert met de drukkbestendigheid van een door calcium-fosfaat-zouten verharde matrix. Het is het hoofdbestanddeel van het skelet en steunt als zodanig de weke delen, beschermt belangrijke organen, zoals de hersenen in de schedel en de voortplantingsorganen in het kleine bekken, alsook longen en hart in de thorax. Verder herbergt het bot het beenmerg en is het een enorme opslagplaats voor calcium.

Er zijn twee vormen van botweefsel; ten eerste het compact bot, een aaneengesloten geheel zonder zichtbare holten, en ten tweede het spongieus bot een gebied met in elkaar overgaande holten, waarin een netwerk van botbalkjes is uitgespannen. De holten bevatten beenmerg in twee soorten, het rode beenmerg waarin bloedcellen worden gevormd, en geel beenmerg dat in hoofdzaak uit vetcellen bestaat.

Het botweefsel past zich voortdurend aan op de krachten die er op inwerken, dat wil zeggen dat de structurele elementen zich rangschikken naar de mechanische belasting.

Bij bepaalde mechanische spanningen in een botstuk ontstaan piëzo-electrische reacties, waardoor wijzigingen in de opbouw en afbraak van botweefsel plaatsvindt (7).

Ook het ontbreken van deze spanningen, bijvoorbeeld bij immobilisatie zie je deze reacties, alleen in omgekeerde richting, er wordt op grote schaal kalk onttrokken aan het betreffende botstuk.

Fysiologische aspecten van het bindweefsel

Zoals reeds beschreven zijn de functies van bindweefsel velerlei, met name de steunfunctie is duidelijk, daarnaast verdediging, herstel na beschadiging en transport van stoffen.

1. Afweer en ontsteking zijn eveneens cellulaire functies van het bindweefsel, zoals de fagocytose van het binnengedrongen agens door macrofagen, wat meestal gevolgd wordt door een reactie van het immuunapparaat.
2. Ook de ontstekingsreacties spelen zich in hoofdzaak af in het bindweefsel en met name



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

in het losmazig bindweefsel. Ontsteking is een gecombineerde vasculaire, neurale, humerale en cellulaire reactie op weefselbeschadiging of het binnendringen van lichaamsvreemde elementen. Er ontstaat in het betreffende gebied een vaatverwijding, terwijl door vergrote permeabiliteit van de wand van capillairen vocht uittreedt waardoor oedeem ontstaat; deze verhoogde doorlaatbaarheid is gedeeltelijk een gevolg van het vrijkomen van histamine uit mastocyten. Behalve vocht treden ook leucocyten uit de bloedbaan door de vaatwand, aanvankelijk vooral granulocyten die door chemotaxis door andere stoffen worden aangetrokken. In een later stadium komen hier monocyten en lymfocyten bij.

De klassieke tekenen van een ontsteking: rubor, tumor, calor en dolor laten zich aan de hand van deze verschijnselen verklaren. Het ontstekingsproces wordt gestuurd door een groot aantal onderling gerelateerde mediators, die door verschillende celtypen worden afgescheiden.

3. Bindweefsel heeft een groot regeneratief vermogen en gebieden, die door ontsteking of door mechanisch geweld vernietigd zijn, worden gemakkelijk hersteld. Bij verse defecten in het bindweefsel, bijvoorbeeld na een incisie in de huid, ontstaat er in eerste instantie een bijzondere vorm van jong bindweefsel, het zogenaamde granulatieweefsel. Later wordt dit granulatieweefsel vervangen door littekenweefsel, dat uit dicht opeen gelegen collageen bestaat en vaatarm is; elastine wordt hierbij niet opnieuw gevormd.

2.4. Het basisbioregulatiesysteem

Het basisbioregulatiesysteem (BBRS) is rond 1950 ontdekt door het zogenaamde "Weense team", waarin prof. Fleisacker, prof. Pischinger, prof. Kellner, dr. Perger en dr. Bergsmann zitting hadden.

Zij ontdekten het grondregulatiesysteem, het milieu rond de cellen en organen, waarin de allerfijnste uitlopers van het vegetatieve zenuwstelsel en de bloedvaten eindigen. Organen en orgaanellen staan niet in rechtstreekse verbinding met de bloedbaan of met de zenuwen die impulsen doorgeven.

Studie van Pischinger en zijn team heeft met behulp van de elektronenmicroscopie aangetoond dat uitwisseling tussen cel en milieu geschiedt via het naar Pischinger genoemde grondstelsel van zacht bindweefsel en intercellulaire vloeistof, dat ongeveer 60% van het menselijk weefsel omvat. Daar worden onder controle van het centrale zenuwstelsel de belangrijkste levensverrichtingen geregeld, zoals bijvoorbeeld stofwisseling, doorbloeding, temperatuur, celademing, energiehuishouding en zuur-base-evenwicht.

Ontstaat er ergens in het organisme een storing, dan worden allereerst in het grondstelsel de eerste tegenmaatregelen getroffen. De Weense groep toonde aan dat ontstekingen, verwondingen, bacteriehaarden, vreemde voorwerpen en littekens langdurige storingen in dit systeem kunnen veroorzaken, die niet alleen klachten ter plaatse kunnen verwekken, maar ook invloed kunnen hebben op heel dat organisme en op de gehele mens en hem vatbaar kunnen maken voor allerlei ziekteprikkels.

Het basisbioregulatiesysteem omvat voornamelijk het losmazige en speciale bindweefsel. Deze vorm, het weke bindweefsel, omvat 60% van het totale menselijk weefsel. Hierin overwegen de cellen en de extracellulaire vloeistof; de vezelcomponenten staan sterk op de achtergrond.

Staan in het steunweefsel de mechanische eigenschappen op de voorgrond, in het basisbioregulatiesysteem zijn het de stofwisselingseigenschappen die een hoofdrol vervullen. Deze stofwisseling is van belang voor de vorming en instandhouding van de lichaamsvloeistoffen



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

en de reiniging van het lymfesysteem. Tevens worden bloed- en lymfevaten altijd door bindweefsel omgeven en vormt ook dit een wezenlijk deel van de stofwisseling. Ook zijn bindweefselcellen in staat tot fagocytose en hamsterfunctie.

Op grond van deze eigenschappen zijn zij betrokken bij de uitwisseling van voedings- en afvalstoffen in de intracellulaire stofwisseling.

Bij aantasting van het losmazige bindweefsel (BBRS) wordt de voeding van de cel bedreigd, maar eveneens de afvoer van verbrandingsstoffen, terwijl het organisme of dat gedeelte van het colloïdale bindweefsel fysiochemisch tekort schiet, overgeleverd is aan ziektekiemen zonder zich daartegen te kunnen verweren.

Uit bovenstaande blijkt dat de parenchymcel weliswaar autonoom is, maar dat hij voor zijn bestaan volledig afhankelijk is van het hem omringende weefsel, het bindweefsel. Zowel arteriële voeding als veneuze afvoer is gelegen in het bindweefsel. Zo ook eindigen de zenuwvezels in het bindweefsel en vindt van daaruit via chemische weg de prikkeling van de parenchymcel plaats. (20 en 21)

Door deze factoren vormt het bindweefsel de basis voor het bestaan van de parenchymcel, vandaar de benaming basisbioregulatiesysteem.

Is de parenchymcel door een ziekteproces aangetast, dan leidt dit, gezien de afvoer van de cel met pathogene noxen, mede tot belasting van het bindweefsel. De in het bindweefsel opgenomen fagocyten, geprikkeld door T-helpercellen zullen voor het onschadelijk maken van deze noxen zorg moeten dragen.

Het reticulo-endotheliaalsysteem (RES) is een term voor het functionele systeem van biologisch actieve reticulum- en endotheelcellen. Het heeft een fagocyterend vermogen, en zorgt voor hamstering niet alleen van voedingsstoffen of chemische energie, maar ook antigenen, pigment en lichaamsvreemde partikels. Verder productie van antistoffen. Het RES is op te vatten als de zetel van het immunologisch apparaat.

Ook het vetweefsel behoort tot het losmazig bindweefsel. Een pathologie van dit vetweefsel kan dus eveneens een oorzaak zijn van problemen in het gehele BBRS.

Samengevat spelen vele levensfuncties zich af in het losmazig bindweefsel. Door de functies van dit bindweefsel wordt niet alleen de functiemogelijkheid van de parenchymcel optimaal geregeld, maar wordt tevens de parenchymcel verbonden met het gehele organisme. Het grootste deel van de biocybernetica en de homeostase vindt plaats in en door het BBRS, alsmede de afweer van het lichaam tegen vreemde noxen.



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

Hoofdstuk 3: Het osteopatisch onderzoek

Wij nemen hiervoor een patiënt met buikpijn als casus en starten met de anamnese. Naast de sociale anamnese zoals naam, adres en woonplaats, geboortedatum en geslacht, beroep en hobby wordt gevraagd naar medicijngebruik, of er operaties zijn ondergaan en wanneer en of er grote ongevallen geweest zijn met verwondingen, ook wanneer. Na bovenstaande wordt gevraagd naar de hoofdklacht en wanneer deze is begonnen en onder welke omstandigheden.

De anamnese vervolgt met de vraag naar bijkomende klachten, familiale ziekten, omschrijving van de pijn, wat geeft verbetering en wat geeft verergering van de klacht. Hierna volgen een aantal algemene vragen naar hoofdpijn, slapeloosheid, duizeligheid, vermoeidheid, oogproblematiek en gewichtsverandering.

Vervolgens is er de tractus anamnese voor luchtwegen en K.N.O., hart- en bloedvaten, urinewegen, gynaecologische anamnese, maagdarmkanaal, spieren en gewrichten, huid en psychische gesteldheid.

Het is duidelijk dat wanneer wij dit alles op de status van de patiënt noteren er sprake is van de volledige dossiermethode.

De antwoorden van de patiënt worden nu geïnventariseerd: Er is sprake van een drieëntwintigjarige patiënt van het vrouwelijk geslacht met vage diffuse niet specifieke buikklachten sinds een tweetal jaren aanwezig op idiopatische basis.

De meeste pijn wordt aangegeven in de rechter onderbuik met name in de ochtenduren. Mevrouw is dan ook erg stijf en matig pijnlijk in het gehele bewegingsapparaat, maar met name de lage rug en verdere wervelkolom

Er is geen medicijngebruik, mevrouw is 12-08-98 geopereerd aan varices, zowel in het linker- als rechter been, zij heeft tevens last van haemorrhoiden. Zij verdraagt vet eten niet goed, er is afwisselend diarree en obstipatie, waarbij de faeces normaal gekleurd is.

Er zijn buiten regelmatige dubbelzijdige frontale hoofdpijn geen bijkomende klachten. Mevrouw is altijd wel moe en futloos. Vorig jaar is er een periode van gewichtsverlies geweest, thans herstelt dit zich enigszins. Er zijn geen duidelijke familiale ziekten die met haar klachten overeenkomen. De tractusanamnese is buiten het genoemde aangaande de circulatie en bewegingsapparaat, niet positief. De psychogene gesteldheid is stabiel te noemen. Mevrouw gebruikt anticonceptie voor een uiterst pijnlijke menstruatie. Uiteindelijk wordt de diagnose IBS of irritable bowel syndroom gesteld, in de volksmond ook wel spastische darm genoemd. Mevrouw voldoet inderdaad wel aan de Manning-criteria voor IBS. Zie onderstaande overzicht.

Gedurende minstens drie maanden, continue of recidiverende symptomen van:

- * abdominale pijn of ongemak die
 - verbetert na defaecatie
 - en/of geassocieerd is met een gewijzigde stoelgangfrequentie
 - en/of geassocieerd is met een gewijzigde stoelgangconsistentie.
- * en twee of meer van de volgende symptomen, minstens één maal per 4 dagen.
 - gewijzigde stoelgangfrequentie



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

- (meer dan 3/dag of minder dan 3/week)
- gewijzigde stoelgangconsistentie
(hard en brokkelig of slap tot waterig)
- gewijzigde evacuatie
(langdurig persen, urgentie, gevoel van onvolledige ontlasting)
- mucusverlies per anum
- abdominale opzetting

Het verdere onderzoek van het bewegingapparaat brengt weinig aan het licht qua objectieve afwijkingen.

Het onderzoek van de buik geeft inderdaad drukpijn en verharding in de rechter onderbuik aan, met verminderde mobiliteit en motiliteit van V.I.C., coecum en nierloge, tevens wordt er een ptose van de derde graad geconstateerd, zowel van de linker als rechter nier. In het kleine bekken is eveneens sprake van forse vermindering van mobiliteit en motiliteit; dit wordt evenzeer aangetroffen in het gebied van het thoracale diafragma en thoracale wervelkolom.



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

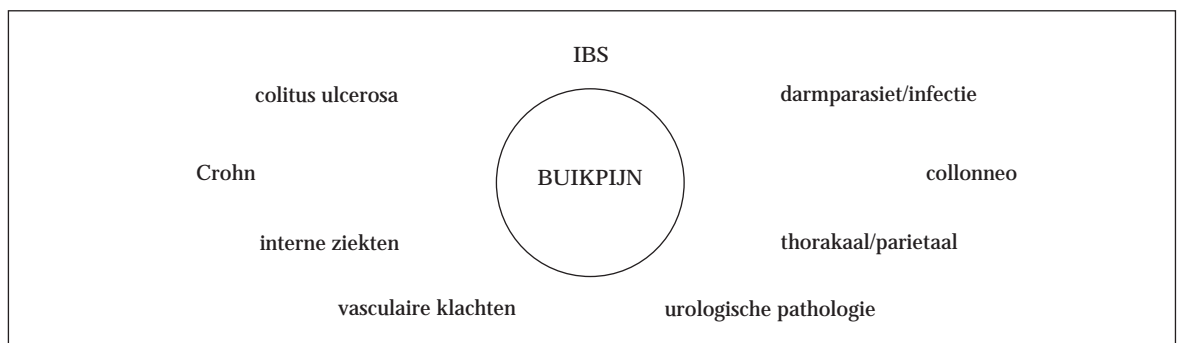
Hoofdstuk 4

IBS in het diagnostisch landschap

4.1. In de visie van de klassieke geneeskunde

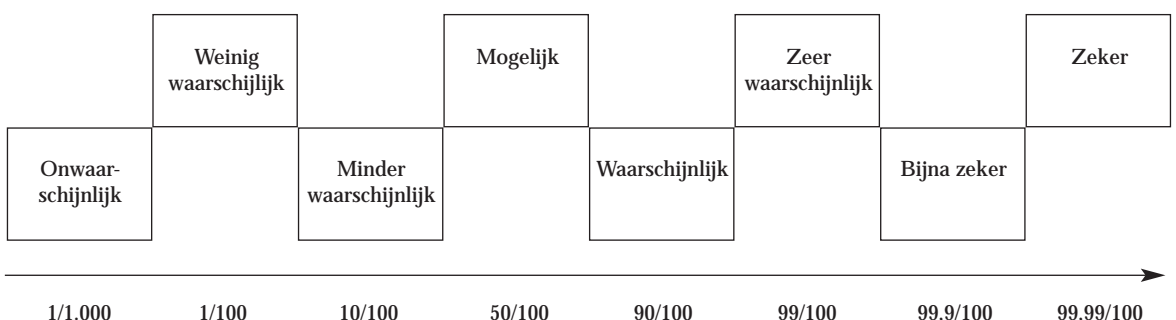
Het bovenstaande laat duidelijk de wisselwerking zien tussen de klassieke geneeskunde en de osteopathie. Het is van het grootste belang dat middels de kennis van de klassieke geneeskunde, welke bij de osteopaat aanwezig is, ernstige diagnoses worden uitgesloten alvorens tot behandeling wordt overgegaan.

Laten we nu proberen een aantal hypothesen te genereren die bovenstaand klachtenbeeld zouden kunnen verklaren. Wij plaatsen deze hypothesen in een landschap, waar plaats is voor zowel de meest waarschijnlijke als onwaarschijnlijke diagnose. Naast het genoemde IBS kunnen wij denken aan diverse darmaandoeningen, zoals colitis ulcerosa, ziekte van Crohn en darminfectie, coloneo, daarnaast congestie in het kleine bekken, nierproblematiek en parasitaire infecties, gynaecologische problematiek en thoracale problemen.



Figuur 5. Een landschap met hypothesen.

In het landschap staat de buikpijn centraal met daarom heen de mogelijke aandoeningen zoals I.B.S., colonneo, Crohn, colitis ulcerosa, darmparasiet of infectie, gynaecologische pathologie, urologische pathologie, thorakaal/parietaal, interne ziekten en vasculaire klachten. De waarschijnlijkheidsschaal (zie figuur 6) wordt hier bovenop geprojecteerd, met de volgende uitkomst:



Figuur 6. Een voorstel van klassen van zekerheid.



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

- * Irritable Bowel Syndrome is mogelijk tot waarschijnlijk.
 - * Darmparasieten weinig tot minder waarschijnlijk
 - * Crohn en colitis ulcerosa weinig waarschijnlijk
 - * Colonneo onwaarschijnlijk tot zeer onwaarschijnlijk.
 - * Parietaal/thorakaal idem colonneo
 - * Vasculair mogelijk
 - * Interne ziekten, gynaecologische en urologische aandoeningen weinig waarschijnlijk.
- Bovenstaande heeft wel zijn wiskundige onderbouwing en kan met getallen uit de evidence-based-medicine worden ondersteund. Zo komt bijv. IBS bij 20% van de volwassenen in de geïndustrialiseerde wereld voor.
- De waarschijnlijkheidsschaal is de eerste van de vijf pijlers uit de reguliere geneeskunst om van klacht tot diagnose te komen.
- De volgende pijler is het komen tot zekerheid middels argumenten, pijler 3 laat de symmetrie en asymmetrie van argumenten zien waarover reeds eerder is gesproken. Pijler 4 de drempels in het diagnostisch proces, en pijler 5 het samenspel van hypothesen en argumenten.
- Met argumenten uit de voorgeschiedenis, anamnese, klinisch onderzoek en aanvullende onderzoeken tracht men de onwaarschijnlijke hypothese uit te sluiten en de meest waarschijnlijke aan te tonen zodat men boven een diagnostische actie drempel komt.

Het diagnostisch actieterein

Iedere aandoening heeft zijn drempel voor actie en uitsluiting en verschilt van ziekte tot ziekte, van patiënt tot patiënt en van onderzoeker tot onderzoeker.

De beide drempels bepalen het diagnostisch actieterein. (figuur 7)

De figuur spreekt voor zich; links wordt de patiënt gerustgesteld en verdere diagnostiek gestaakt, rechts wordt tot behandeling overgegaan in welke zin dan ook. In het midden gaat de onderzoeker verder met zijn gericht aftasten.

De mogelijkheid bestaat dat de onderzoeker niet tot geruststelling of actie overgaat maar de factor tijd in het aftastgebied een rol laat spelen als argumentsversterker of afzwakker.

Objectieve factoren voor drempelinschatting

Een aantal factoren zijn ziekte of argumentsgebonden, kwantificeerbaar, herkenbaar in verschillende situaties en reproduceerbaar, kortom "objectief".

Deze factoren variëren van onderzoeker tot onderzoeker, van patiënt tot patiënt.

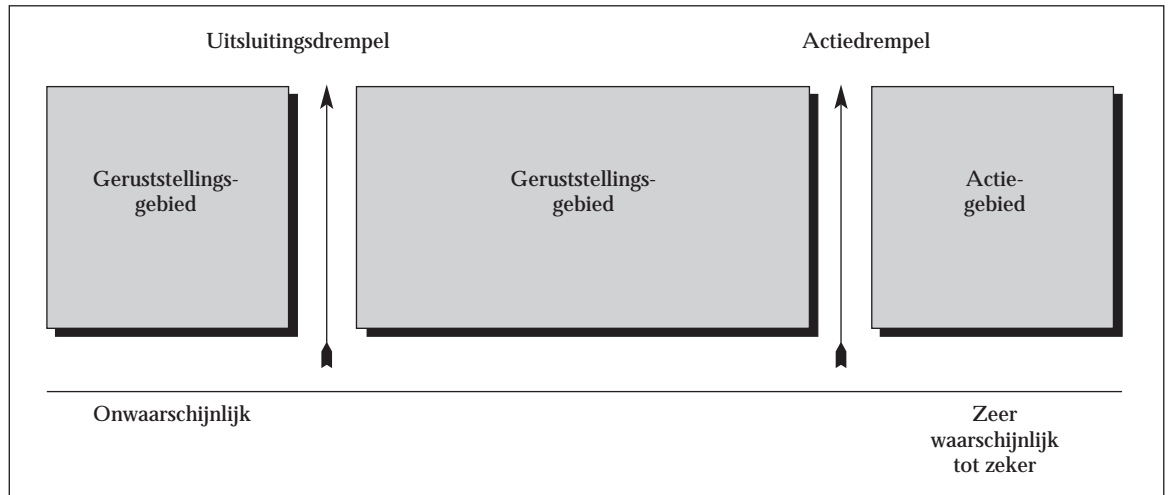
Bijvoorbeeld; een jongeman komt met koorts en heeft sinds enkele dagen een acute buikpijn met wissellende slijmerige ontlasting, percussie geeft geen bijzonderheden.

Is hier specialistisch onderzoek noodzakelijk of niet? Iedere ervaren arts zal er voor kiezen dit niet te doen, daar alles wijst op een infectie van de darm, welke niet echt gevaarlijk is en goed behandelbaar. Onderzoek zou de behandeling uitstellen. Bovendien sluit een negatieve uitslag een infectie niet uit.

Men kan zich hier afvragen vanaf welke mate van zekerheid men zal behandelen. Of vanaf welke verhouding tussen het aantal echt zieken en vermeend zieken wordt behandelen superieur aan het niet behandelen?



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek



Figuur 7: Actiedrempel en uitsluitingsdrempel

Of, in negatieve zin, als risico uitgedrukt: De actiedrempel ligt daar, waar het risico op nog niet ageren en het risico van verder testen opweegt tegen het risico van nutteloze en eventueel schadelijke actie bij vals positieven.

Het is mogelijk dat indien de actiedrempel meer naar rechts wordt gelegd, een grotere kans bestaat om zieken ten onrechte als gezond te bestempelen, en niet te behandelen. Als de actiedrempel meer naar links wordt gelegd, is er meer kans om gezonden ten onrechte als zieken te behandelen.

Voor de drempelbepaling zijn zeer ingewikkelde formules beschreven (18). In de dagelijkse praktijk kan men daar echter niets mee beginnen. Het wegen van argumenten, samen met het nagaan van alle factoren leidt bij de meeste onderzoekers tot een vergelijkbaar geschatte drempel. Hetgeen inhoudt dat iedere onderzoeker op zijn eigen wijze en inzicht toch ongeveer tot dezelfde uitkomst komt, wat het gebruik van de ingewikkelde formules op zijn minst dubieus maakt.

De factoren die hierbij een rol spelen ziet men in het navolgende schema:

1. Factoren verbonden met actie

De factoren verbonden met actie verleggen beide drempels parallel naar links of rechts

Factoren die de drempel naar links verleggen:

- * De ernst van de ziekte
- * De doeltreffendheid van de behandeling
- * Het netto nut van de behandeling (combinatie van beide voorgaande)
- * Het transmissie gevaar bij infectieziekten
- * Eventuele andere gevaren van de patiënt voor zijn omgeving (bijvoorbeeld het besturen van een auto bij epilepsie)

Factoren die de drempel naar rechts verleggen:

- * Het stigma voor de patiënt en zijn omgeving (h.i.v. en t.b.)
- * De toxiciteit, het leed en de kosten van de behandeling, zeker wanneer de behandeling een hospitalisatie vereist, en dit zowel bij echt positieven, maar zeker bij vals positieven



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

2. Factoren verbonden met verder aftasten

De factoren die met verder aftasten zijn verbonden, verleggen beide drempels in spiegelbeeld, symmetrisch

- * De testkwaliteit: de test moet adequaat het aantal vals positieven verminderen, maar mag anderzijds niet te veel vals negatieven genereren
- * Het risico (lijden) dat aan de test zelf verbonden is (bijv. een coronarografie).
- * Verder testen kost dikwijls ook geld, tijd, onzekerheid en last voor de patiënt en zijn omgeving

Het is belangrijk het aantal vals positieven zoveel mogelijk te beperken wanneer het om een gevaarlijke behandeling gaat, en het aantal vals negatieven wanneer het om een levensreddende behandeling gaat.

De uitsluitingsdrempel wordt hier vanuit de problematiek rond de zieke patiënt, niet vanuit de screening van gezonden, benaderd. Dit laat toe om alleen in positieven te denken. Omschakelen naar een redenering van negatieven is te verwarrend. Ook hier wordt met een voorbeeld gestart.

Een vrachtrijder valt van zijn vrachtwagen, bezeert zich flink, maar gaat onmiddellijk weer aan het werk. Een uurtje later voelt hij zich flauw. Zijn vrouw belt de huisarts, die alleen een bleke huidskleur en een wat lage bloeddruk (90/60) vaststelt. Hij stelt de man voor wat koffie te drinken en zich kalm te houden, dit na een grondige anamnese en klinisch onderzoek die beide negatief zijn.

Het is duidelijk dat men hier verdacht moet zijn op inwendige bloedingen. Het klinisch onderzoek reduceerde een abdominaal trauma voldoende. Een eventuele actie zou kunnen bestaan uit een abdominale echografie.

Factoren

Ook voor het bepalen van de uitsluitingsdrempel bestaan ingewikkelde formules.

Ook hier is het voldoende de genoemde factoren te bekijken en dan de vraag te stellen: "Vanaf welke kans op ziekte is het nodig verder te testen"? Of anders gezegd in positieve zin: "Voor welke verhouding tussen positieven en vals positieven is geruststellen globaal beter dan verder testen?"

De factoren in verband met behandeling en testen zijn dezelfde als voor de actiedrempel. Het grote verschil ligt hier in het effect van het risico en de kosten van testen, die de drempel naar rechts drijven in plaats van naar links. Hoe duurder en hoe gevaarlijker de testen zijn, hoe kleiner de bewegingsruimte van het aftastgebied. Het risico van een eventuele latere behandeling trekt de uitsluitingsdrempel naar rechts. Het aantal vals positieven wordt hoger bij testen bij een lagere voorkans.

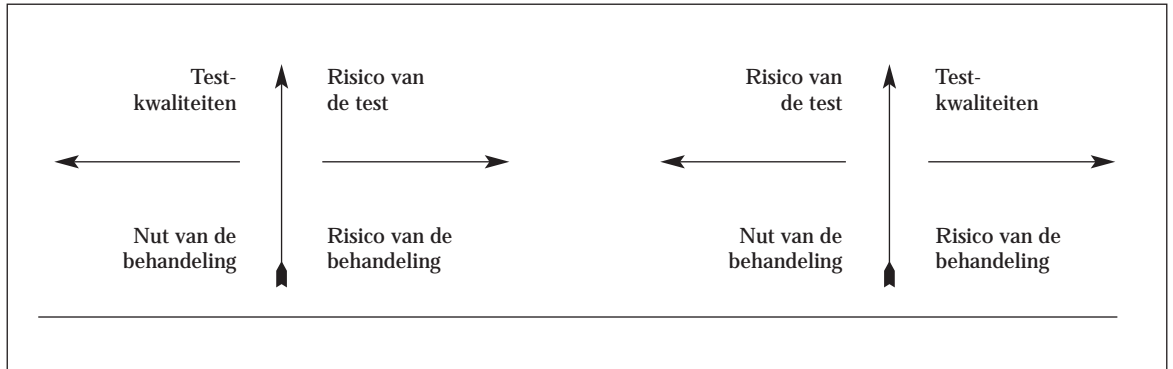
Bij gevaarlijke behandelingen is het in sommige gevallen beter gewoon niet te testen bij een lage voorkans omdat de kans niet zieken een gevaarlijke behandeling te geven groot is.

Verder bestaat ook het gevaar van vals positieven, die verder zullen worden onderzocht, en van vals negatieven, die vooral bij ernstige ziekten zo laag mogelijk moeten worden gehouden. In het geval van de vrachtwagenchauffeur is het voor de meesten duidelijk dat de drempel zeer laag ligt. Dit houdt hier in dat wanneer de kans nog 1% is dat het om een inwendige bloeding gaat de patiënt toch met een echo zal worden onderzocht.

Een betere kwaliteit van een argument verruimt dus het aftastgebied in twee richtingen. Een betere behandeling zal het gehele aftastgebied naar links laten verhuizen. Figuur 8 geeft de belangrijkste besliskundige factoren weer.



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek



Figuur 8. Belangrijke factoren voor drempelinschatting

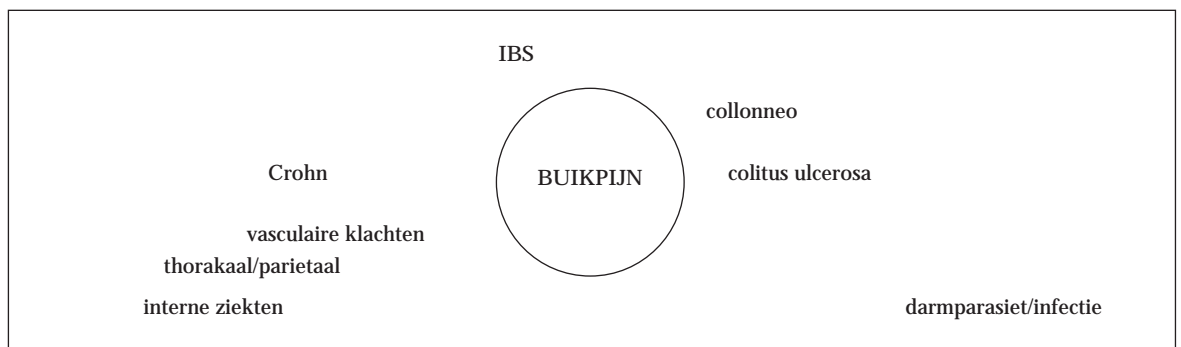
Subjectieve factoren voor drempelinschatting

Een aantal moeilijk in sterkte te noemen factoren kunnen de beslissing verder beïnvloeden, zoals de ervaring van de onderzoeker.

De onervaren onderzoeker gaat veelal een eind over de actiedrempel of blijft onder de uitsluitingsdrempel middels een aantal dure technische onderzoeken. Verder zijn te noemen financiële motieven, overaanbod van onderzoeksmogelijkheden, gewoonte gedrag en heersende cultuur. Tevens is van invloed de verwachting van de patiënt.

Het is een oneigenlijk gebruik van de besliskunde indien men door gaat tot een eindiagnose zonder dat dit beslist noodzakelijk is.

Nu terug naar het diagnostisch landschap van figuur 5. We volgen de procedure van uitwerking door nu reliëf aan te brengen in het landschap, dat wil zeggen dat we ernstig en behandelbare aandoeningen in een dichtere ring om het hoofdsymptoom plaatsen en de minder ernstige of minder behandelbare in een buitenste ring.



Figuur 9. Voorbeeld van landschap met reliëf



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

Vervolgens wordt voor iedere hypothese naar argumenten gezocht, voor of tegen. Zie hiervoor de volgende kolom (18):

Hypothese	Argument	Aantonende	Ontkennend
IBS	pijn na defaecatie beter	+	-
	gewijzigde stoelgang	+	-
	psychogeen	+	-
Crohn en colitis ulc.	faeces onderzoek	-	++
	bloedonderzoek	-	++
urologie	hypertensie	+	-
	Proteïnurie	++	--
intern	koorts	+	-
	acute pijn	+	-
colonneo	bloed in ontlasting	+	-
	parasiet	++	--
thoracaal	faecaal onderzoek	--	++
	opgeven sputum	++	--
vasculair	oedeem	++	--

Gezien het voorgaande is IBS een voor de handliggende hypothese te noemen, met argumenten uit de voorgeschiedenis, uit anamnese, aanvullend klinisch onderzoek en andere aanvullende onderzoeken trachten we de onwaarschijnlijke hypothesen uit te sluiten (onder een uitsluitingsdrempel) en de meest waarschijnlijke aan te tonen (boven een actiedrempel). De argumenten worden steeds beoordeeld op hun aantonende of ontkennende kracht.

4.2. IBS als hypothese

Patiënte, reeds tien jaar bij de huisarts bekend, de laatste drie jaar werkend als schoonheidsspecialiste/kapster in een zeer luxe hotel, wordt ervaren als toegewijd, nauwgezet, maar soms wat angstig en overbezorgd. Haar medische geschiedenis is zonder bijzonderheden.

De buikklacht wordt verder uitgewerkt: Idiopatisch sinds ongeveer 2 jaar aanwezig, aanvankelijk niet dagelijks, later wel, met krampachtige pijn gespreid over de dag, telkens enkele minuten durend en onafhankelijk van de maaltijden. De pijn is maximaal ter hoogte van beide fossa iliaca, rechts meer dan links.

Tegenover vroeger is de stoelgang meer wisselend met soms valse drang, lossen en meer gefragmenteerd. Er is nooit bloed of slijmbijmenging in de ontlasting opgemerkt. De eetlust is normaal en er was vorig jaar vermagering en koorts. Soms voelt de persoon zich wat misselijk, er is geen medicatie, er is geen stress.

Argumenten uit de anamnese

Patiënt voldoet wel aan de Manning-criteria voor IBS.

Uit onderzoek blijkt dat 40 tot 60 % van de IBS-patiënten die hulp zoeken, psychische symptomen van angst, depressie of beide vertoont (2).

Argumenten uit klinisch onderzoek

De patiënt is in goede algemene conditie, het colonkader is drukgevoelig, zonder dat massa's of weerstanden kunnen worden gepalpeerd. Er zijn geen gelokaliseerde prikkelingshaarden.



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

Er is geen hepatosplenomegalie. De peristaltiek is normaal. Ppa levert geen bijzonderheden. Conclusie van bovenstaande is dat de hypothese van IBS haar zelfde waarschijnlijkheid houdt, ook de andere hypothesen blijven staan. Hieruit blijkt dat het niet kunnen aantonen niet hetzelfde is als uitsluiten.

Uitsluiten van andere hypothesen

Momenteel is de hypothese "spastische dikke darm" het meest waarschijnlijk, om de andere hypothesen uit te sluiten worden bijkomende onderzoeken uitgevoerd:

* Parasitologisch onderzoek op een stoelgangstaal na verrijking, drie maal om de dag is negatief. Bij een copro-cultuur kunnen geen enteropathogenen worden gekweekt.

Met bovenstaande gegevens zijn darmparasieten en infecties uit te sluiten temeer nog gezien het feit dat mevrouw niet in de tropen is geweest.

Een bloedonderzoek voor hematologisch bilan en beoordeling van de inflammatoire parameters is normaal.

Bovenstaande is een goede uitsluiting voor Crohn en colitis ulcerosa.

Colonneo als hypothese

De famiale belasting is in de tweede lijn; wiskundig geeft dit een verhoogde kans lager dan 4,6 (23). We blijven dus in dezelfde waarschijnlijkheidsklasse.

Anamnestic is er geen zichtbaar bloed in de ontlasting geweest, er is een normale eetlust, thans geen vermagering en koorts. Het bloedbeeld op sedimentatie is negatief. Omdat de uitsluitingsdrempel voor colonneo niet is bereikt, wordt ervoor gekozen een coloscopie uit te voeren; het verslag van de gastro-enteroloog is negatief voor de laatste iliale lis, het colon ascendens, transversum en descendens.

Met de coloscopie als krachtige uitsluiter konden de meedingende hypothesen dalen tot uiterst onwaarschijnlijk en kon de diagnose spastische dikke darm worden gesteld.

De verklaring van IBS is in de klassieke geneeskunde niet voorhanden. De behandeling is medicamenteus.

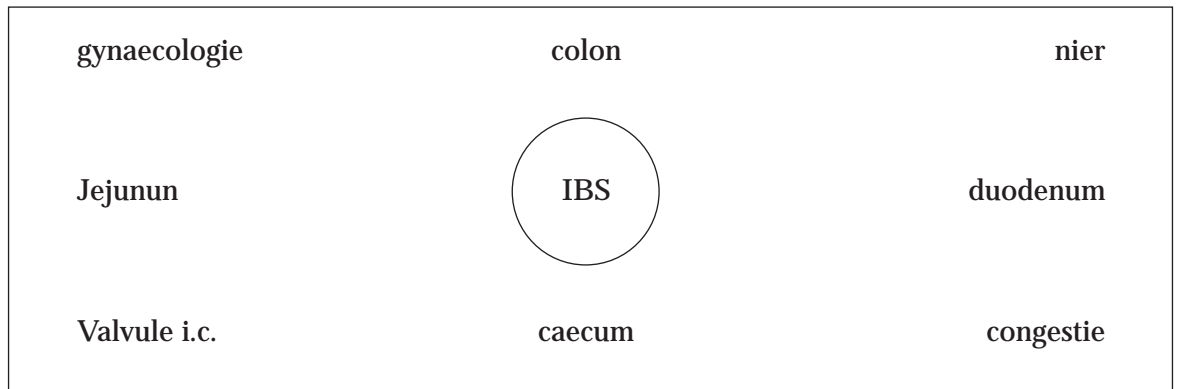
4.3. de osteopatische visie

De osteopatische visie met betrekking tot IBS geplaatst in het diagnostisch landschap onderscheidt zich niet van hetgeen in paragraaf 4.1 is geschreven.

De osteopatische visie en derhalve het diagnostisch landschap zal zich na de voorlopige "diagnose spastische darm" verder verfijnen en andere mogelijkheden tot het ontstaan van genoemde functionele pathologie aantonen. Uitgaande van de multiconditionele visie van osteopathie wordt de dysfunctie verder onderzocht aan de hand van verminderde motiliteit. Terugkerend naar de osteopatische anamnese en het onderzoek kunnen we nu de volgende hypothesen in het diagnostisch landschap plaatsen, waarbij de hypothesen nu een verminderde motiliteit van anatomische structuren zijn geworden. Het hoofdsymptoom is thans niet meer buikpijn, maar IBS.



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek



Figuur 10. Landschap met hypothesen van IBS.

4.3.1. De constructie van het diagnostisch landschap

De verminderde motiliteit van de genoemde structuren in figuur 10 zijn de osteopatische dysfuncties. Men dient zich dus bij het intekenen van het landschap bewust te zijn van de osteopatische filosofie in de buikholte, hetgeen onder anderen inhoudt dat men ten allen tijde rekening moet houden met de invloed van de diafragmale beweging op de buikorganen en de circulatie, vascularisatie in de buikholte. Bovendien zijn er de osteopatische dysfuncties zelf. Voor de goede orde worden zij hier nog eens, zij het niet in extenso genoemd: Ook hier zijn weer partiële en craniale mogelijkheden.

M.b.t het colon;

- * De embryologische rotatie stoornis van het colon
- * De ilio-caecale invaginatie
- * Verstoorde mechanische informatie middels andere structuren waarmee een relatie is.
- * Abdominale hypotensie en hypertensie
- * Lokale irritatie's
- * In relatie met appendiculaire fenomenen
- * In relatie met lymfeontstekingen van het mesenterium
- * In relatie met mechanische informatie
 - fascia iliaca
 - N.femoralis
 - N.genito femoralis
 - N.cutaneus femoris lateralis
 - ganglion mesentericum en paravertebrale ganglia.
- * De gehele fysiologie
 - zuurgraad
 - neuro-vegetatief evenwicht
 - metabool evenwicht
 - immunologisch evenwicht

M.b.t. het duodenum

- * Verstoorde mobiliteit door lever, nier of maag of door abdominale hypotensie.
- * Duodenumstenose door vasculaire compressie



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

M.b.t. jejunum en ileum

- * De osteopatische dysfunctie's van de dunne darm zijn sterk gerelateerd aan de abdominale hypertensie of hypotensie. Het nalopen van deze fenomenen is dus van primair belang bij de diagnostiek en de interpretatie ervan.
- * Men dient achtereenvolgens de volgende structuren te controleren in bewegingsmogelijkheid:
 - radix mesenterium
 - mesenterium
 - de vier hoeken van het dunne darm systeem
 - de lussen van het intestinum, dit ook in relatie met het excarvatio pelvinale en de immuniteit.

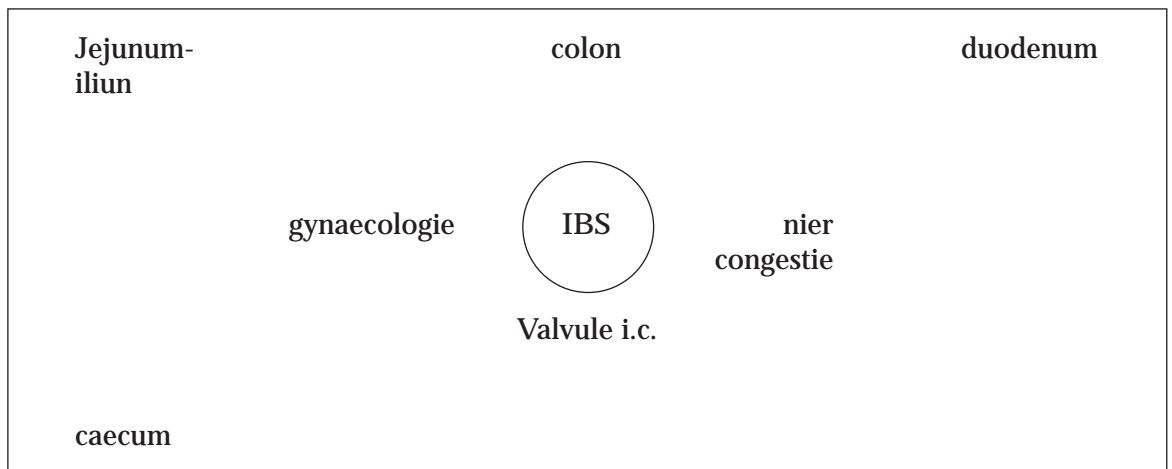
m.b.t. gal- en pancreasuitvoergangen wederom de mobiliteit.

m.b.t. de nier is met name de ptose van de nier van belang met hierbij de compressie syndromen Th-12 t/m L-3.

m.b.t. de congestie in het kleine bekken en dysfuncties van het gynaecologisch apparaat is met name de veneuze terugvloed van belang.

4.3.2. Het voorzien van argumenten van hypothesen

Na de constructie van het landschap worden naar aanleiding van anamnese en onderzoek de hypothesen van argumenten voorzien en op verschillende nivo's in het landschap aangebracht. Zoals het landschap in figuur 11 laat zien worden osteopatische dysfuncties van het gynaecologisch apparaat, de congestie in het kleine bekken en de osteopatische dysfuncties van de nier en de ilio-caecale valvule in de eerste ring om het hoofdsymptoom geplaatst. Colon, caecum, duodenum en jejunum-ileum worden in een tweede ring geplaatst.



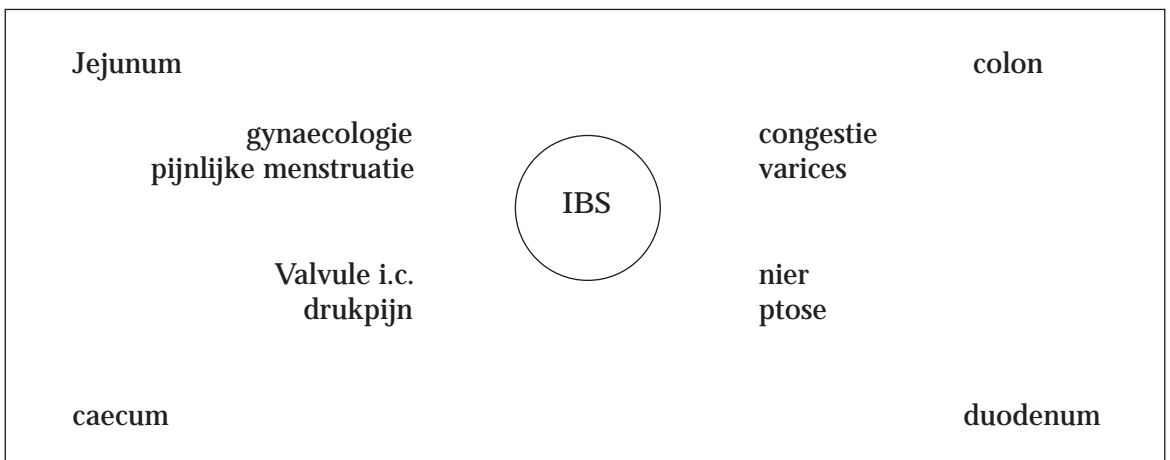
Figuur 11. De verschillende niveaus voor hypothesen van IBS.



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

4.3.3. Niveaus van hypothesen

In figuur 12 worden de hypothesen in de eerste ring van argumenten voorzien; zo is het gynaecologisch aspect in de eerste ring geplaatst door de ernstig pijnlijke menstruatie van patiënte. Voor de congestie in het kleine bekken zijn de varices en de uitwendige haemorroïden een argument, waarbij gedacht moet worden aan obstructie van de V.Cava inferior in haar verloop, of aan hypertensie in de buikholte. Argument voor de valvula ilio-caecalis is de aanwezige drukpijn en bij nader onderzoek middels de luistertest ook de verminderde motiliteit. Voor de nier is de derdegraads ptose een sterk argument.



Figuur 12. Diagnostisch landschap voor IBS waarbij de hypothesen van argumenten zijn voorzien.

4.3.4. Het aangeven van de kracht van een argument voor een hypothese.

Het is mogelijk om in figuur 12 middels pijlen de krachten van de argumenten aan te geven. Het is duidelijk dat bij een osteopatische behandeling van IBS niet volstaan kan worden met behandeling van de eerste ring maar dat ook de tweede ring zeker niet vergeten mag worden. Het steeds weer opnieuw testen en onderzoeken en het réconstrueren van het landschap is dus steeds van groot belang.



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

Besluit

Uit het voorgaande blijkt dat de IBS aanwezig kan zijn ten gevolge van verminderde motiliteit ter hoogte van de valvula ilio-coecale, of door de nierptose waardoor een congestie in het kleine bekken ontstaat met klachten op gynaecologisch gebied.

Behandeling van patiënte middels osteopatische correctie van genoemde structuren had inderdaad in een drietal zittingen eens per maand een zeer goed resultaat. Mevrouw liet na een half jaar weten geheel zonder klachten te zijn.

Bovenstaande houdt in, dat in dit geval, bij deze casus, middels osteopatische visie en behandeling het IBS tot een symptoom is geworden van functionele immobiliteit en onvoldoende motiliteit van genoemde structuren. Het bevrijden van deze structuren, dus het teruggeven van de bewegingsmogelijkheid kon de klacht opheffen.

Middels dit gedeelte van de thesis wil ik pleiten voor opname van de denkwijze van het diagnostisch landschap in de opleiding osteopathie, om zo te werken aan een systeem van controleerbare diagnose stelling en ook therapie. De grootste reden hiervoor is het feit dat steeds de gedachtengang van pluis/niet pluis wordt herhaald en dat dus steeds de reguliere aandoeningen de revue blijven passeren zodat het herkennen van reguliere pathologie meer kans krijgt, en dus op het juiste tijdstip in anamnese en onderzoek naar het osteopatisch concept wordt overgegaan, of terug wordt gewezen naar de reguliere geneeskunst. Bovendien is een methodische werkwijze zoals ook in deel 2, paragraaf 3 wordt bepleit hierdoor gewaarborgd.



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

Bibliografie

1. Barbara Bates: A Guide to Physical Examination and History Taking (1991, J.B. Lippincott Company)
2. 12. M.J. Farting: Irritable bowel, irritable body, or irritable brain? Bmj 1995;310:171-175,
3. N.J. Greenberger and D.R. Hinthorn: History Taking and Physical Examination (1993, Mosby-Year book, Inc.)
4. H. van Grevel: Handleiding neurologisch onderzoek (1970, Agon Elsevier Amsterdam/Brussel)
5. Grol R. en Mesker P.: Huisarts en onderlinge toetsing (1986, Utrecht, Bunge)
6. Huisarts Nu, Medische besliskunde
Maandblad van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (november 1996, februari 1999).
7. 21. Junqueira L.C., Carneiro J. en Kelley R.O.: Functionele histologie (1993, Bunge, Utrecht)
8. J. Karner-Hanusch, M. Mittblock, T. Filliptisch, F. Herbst: Family history as a maker of risk for colorectal cancer: Austrian experience. (1997, World J Surg ; 21(2): 205-209)
9. F. Koller und G.H. Nagel: Internistische Notfallsituationen (1976, Thieme Verlag Stuttgart)
10. Alain Lignon: Schématisation Neuro-Végétative en Ostéopathie (Editions de Verlaque, Aix en Provence)
11. H. Marx und B. Strahringer: Anschütz die Körperlicher Untersuchung (Springer-Verlag Berlin)
12. De Maeseneer J: Diagnostische strategieën in de huisartsgeneeskunde Tijdschrift geneeskunde 1991; 47; 1075-1083.
13. R.K.Muts: Thesis: Basisbioregulatiesysteem 1993
14. Standaardboeken van het Nederlands Huisartsen Genootschap 1997.
15. Eindtermen NEMKAG.



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

16. Frank H. Netter: The Ciba Collection of Medical Illustrations volume 1 t/m 8. (Ciba-Geigy Corporation).
17. Diverse syllabi van de opleidingen N.A.O. en C.S.
18. Pauker S.G., Kassirer J.P.: The threshold approach to clinical decision making N Eng J Med 1980;302; 1109-1117
19. L. Perlemuter en J. Waligora: Cahiers d' Anatomie deel 1 t/m 10 (L'Union Typographique, Villeneuve-Saint-Georges)
20. Pischinger, A. Prof. Dr. Med.: Das system der grundregulation (1975, Haug Verlag, Heidelberg)
21. Pischinger, A. Prof. Dr. Med.: Uber das vegetatieve grundsystem Phys. Medizin und rehabilitation
22. Sackett D.L., Haynes R.B., Guyatt G.H. en Tugwell P.: Clinical epidemiologie (1991, Boston: Little, Brown & co.; 3-16)
23. Sharar E., Lederer J., Uli M.: Colorectal cancer in a patiënt with irritable bowel syndrome: a diag-nostic trap. (1990, Family Physician;18(2): 195-198)



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek

Verbanden tussen fenomenen

In deze bijlage wordt aan de hand van voorbeelden uit verschillende disciplines het verband tussen fenomenen visueel voorgesteld. De voorstelling in blokdiagrammen sluit aan bij de klassieke termen "terecht vals positieven" en "terecht vals negatieven".

Diagnostiek is grotendeels gebaseerd op verbanden tussen fenomenen, om op die manier een ziekte te identificeren.

In de juridische wereld worden verbanden angewend om schuld of onschuld te bewijzen, in de meteorologie om het weer te voorspellen en in de economie om de waarde van het geld te voorspellen.

Het is belangrijk de degelijkheid van een verband te staven, waarvoor een discipline overstijgende theorie bestaat, welke zal worden aangehaald.

Een verband tussen fenomenen kan voor verschillende doelen worden gebruikt, voorspellen, aantonen of bewijzen. In de diagnostiek gaat het om aantonen, symptomen, tekens en testresultaten suggereren een ziekte.

Meteorologie:

Voor veel mensen is de aanwezigheid van "schaapjeswolken" 's avonds een teken dat er goed weer op komst is.

Dit verband is sterk als er twee voorwaarden vervuld zijn: schapjes verschijnen voor goed weer, én goed weer wordt altijd voorafgegaan door schapjes. Er zijn vier combinaties mogelijk: schapjes en goed weer, schapjes maar slecht weer, geen schapjes maar toch goed weer en geen schapjes en inderdaad slecht weer.

De verschillende mogelijkheden kunnen ook visueel worden weergegeven in een blokdiagram, waarbij de foutieve uitkomsten met rode blokjes worden voorgesteld, en correcte, volgens het verband verwachte uitkomsten met blauwe en groene blokjes.

Er is een slecht verband wanneer alle blokjes even groot zijn, zoals in figuur 1. Hier kan met en zonder schapjeswolken zowel goed als slecht weer optreden.



Figuur 1.

Er is een goed verband als de rode blokjes tot een minimum zijn herleid, zoals in het linker diagram van figuur 2. Er is een omgekeerd verband indien de groen en de blauwe blokjes relatief klein zijn zoals in het rechter diagram. Ook dit is een sterk verband maar het is omgekeerd met de voorspelling.

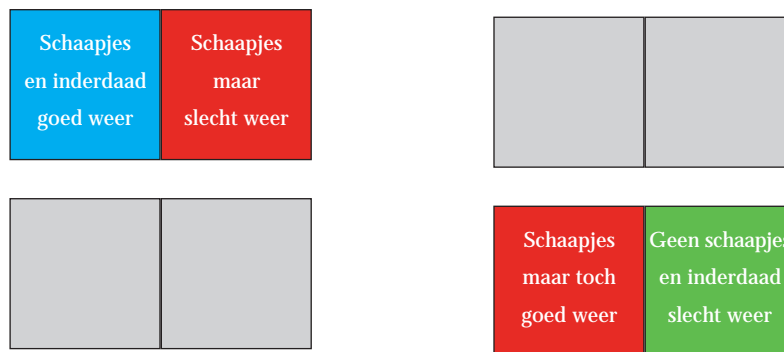


Een model voor uitsluitingsdiagnostiek



Figuur 2.

Om te voorspellen hoe schapjes het weer voorspellen moet naar de verhouding van goed en slecht weer worden gekeken wanneer schapjes werden waargenomen; alleen de bovenste blokjes zijn hier dus relevant (linker diagram van figuur 3).

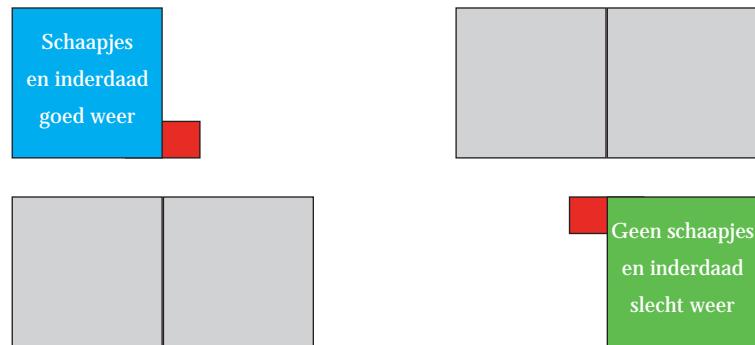


Figuur 3.

Anderzijds kan de afwezigheid van schapjes ook slecht weer voorspellen; hiervoor zijn de bovenste blokjes van het rechter diagram belangrijk. Terloops zij opgemerkt dat de grijze blokken niets te betekenen hebben: een argument is ofwel aan- of afwezig, het kan nooit tegelijkertijd aan - en afwezig zijn. De aanwezigheid van schapjes heeft een goede voorspellende waarde als inderdaad het weer bij schapjes in verhouding meer naar goed weer neigt dan naar slecht. Evenzo heeft de afwezigheid van schapjes een goede voorspellende waarde voor slecht weer, wanneer inderdaad overwegend slecht weer volgt.



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek



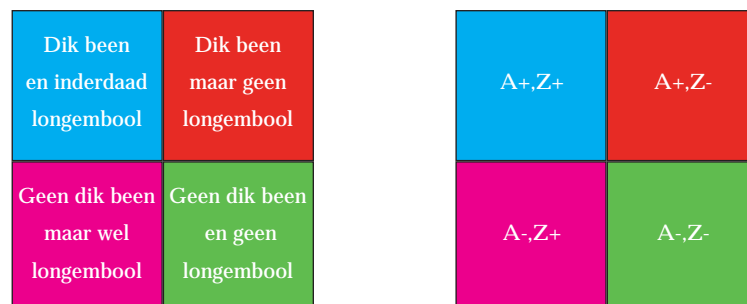
Figuur 4.

De verhouding tussen het blauwe en het bovenste rode blokje, respectievelijk het groene en het onderste blokje geeft de voorspellende kracht.

Geneeskunde

De verworven inzichten worden nu op een medische casus toegepast.

Een arts wordt bij een jonge vrouw geroepen, die drie dagen geleden is bevallen, en die het ziekenhuis de dag na de bevalling al heeft verlaten. Thuis voelt ze zich minder sterk en rust veel. Patiënte hyperventileert; er is een tachycardie; geen koorts, maar wel een warm gezwollen been. Dit is een longembolie, dat is wel duidelijk, vooral door het gezwollen been. Er is blijkaar een sterk verband tussen een gezwollen been en longembolie, wat inhoudt dat bij longembolie bijna altijd een gezwollen been voorkomt en dat de gemiddelde patiënt niet een warm gezwollen been heeft. De arts weet uiteraard ook het oorzakelijke verband tussen de twee. In figuur 5 wordt dit in een blokjes diagram vertaald: in het rechter diagram wordt long- embolie vervangen door "ziekte" in het algemeen $Z+$ is wel ziek en $Z-$ is niet ziek, en "dik been" door "argument" $A+$ en $A-$.



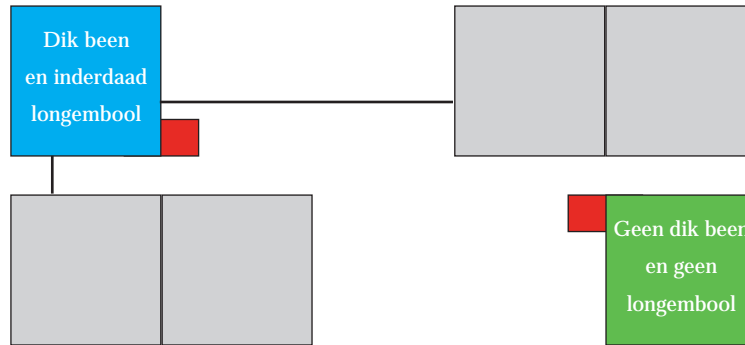
Figuur 5.

Indien de verhouding tussen blauw en rood gunstig ligt toont een dik been een longembolie aan. M.a.w. hoe kleiner het aantal patiënten dat wel een dik been, maar toch geen longembolie heeft, hoe sterker het argument "dik been" voor longembolie.

Een normaal been sluit een longembolie goed uit als de verhouding tussen groen en rood gunstig ligt, of indien weinig patiënten met longembolie een normaal been hebben. (figuur 6)



Een model voor uitsluitingsdiagnostiek



Figuur 6.

In de klassieke literatuur worden deze blokdiagrammen voorgesteld door een viervelden-tabel (figuur 7).

	ZIEK	NIET ZIEK
Positieve uitslag (aanwezig argument)	Terecht positieven	Vals positieven
Negatieve uitslag (afwezig argument)	Vals negatieven	Terecht negatieven

Het schaapjes voorbeeld maakt onmiddellijk duidelijk wat vals positieven en vals negatieven betekenen. Stel dat dit wetenschappelijk wordt benaderd, en dat de huisarts samen met een internist gaat bepalen hoe een sterk verband in de realiteit is: de internist gaat na hoeveel van zijn patiënten met longembolie inderdaad een dik been hebben, de huisarts gaat na hoeveel mensen in zijn praktijk die in de verste verte niet verdacht zijn van longembolie een gezwollen been hebben. De resultaten ziet u in figuur 8.

	LONGEMBOLIE	GEEN LONGEMBOLIE
Positieve uitslag (aanwezig argument = dik been)	Terecht positieven 50	Vals positieven 5
Negatieve uitslag (afwezig argument = normaal been)	Vals negatieven 50	Terecht negatieven 95
	Aantal patiënten met longembolie 100	Aantal patiënten zonder longembolie 100



Positie van de osteopathie binnen de gezondheidszorg vanuit historisch en juridisch perspectief: een model voor uitsluitingsdiagnostiek.

Slotbeschouwing en conclusies

Samenvattend willen wij opmerken dat de thesis oproept tot het systematisch hanteren van het osteopatisch handelingsprotocol en het diagnostisch landschap hetgeen bijdraagt tot een goede scheiding tussen reguliere uitsluitingsdiagnostiek en het diagnostiseren volgens het osteopatisch concept.

Om de positie van de osteopathie en het osteopatisch concept goed te kunnen begrijpen is zowel de geschiedenis van de geneeskunde in deel I en de juridische situatie zoals die in deel II beschreven wordt van groot belang hetgeen ook zijn terugslag moet hebben in het opleidingsgebeuren.

Conclusies en voorstellen

1. Uit de geschiedenis blijkt de waarde van zowel de solidair-anatomische traditie als de humoraal pathologie. Daarnaast is duidelijk dat "magisch-religieuze" elementen in de geneeskunde niet meer onderkend of bewust gehanteerd worden. (Deel I, Hfd. 1.1.2.)
2. Het is noodzakelijk voor de effectiviteit van de osteopathie dat ze beoefend wordt in een holistisch kader met behoud van het originele concept. Absorptie in de reguliere geneeskunde is dus af te raden. Dit wordt ook door de geschiedenis geïllustreerd. (Deel I, Hfd. 2.7, 3.1.3, besluiten van de literatuurstudie.)
3. Het is belangrijk de professionaliteit van de osteopaten te verhogen door voldoende theoretische en praktische opleiding. Daarnaast is een opvoeding tot holistisch therapeut nodig. Adviezen hiervoor zijn:
 1. Het enquêteren van de studenten osteopathie voor en na de opleiding ter objectivering van het persoonlijk gedrag met betrekking tot gezondheidsproblemen. (Deel I, besluiten van de literatuurstudie en Deel II, Hfd 5.4.)
 2. Het uitwerken van een module pathologie en epidemiologie, zoals eerder voorgesteld, binnen de opleiding. Deze module moet tevens toegankelijk zijn voor afgestudeerde osteopaten. (Deel II, Hfd. 5.4, Deel III, Hfd 4.3.)
 3. Integratie van de geschiedenis /filosofie van de reguliere geneeskunde en de osteopathie in de osteopathieopleiding samen met rechts- en wetskennis. (Deel I, besluiten van de literatuurstudie en Deel II, Hfd.5.4.)
 4. Het organiseren van na en bijscholing binnen dit kader. (Deel II, Hfd. 5.4.)
 5. Het organiseren van een mogelijkheid tot stage in de opleiding. (II Hfd. 5.4.)
 6. Het opnemen van een ervaringsgericht trainer, agoog in de opleiding die met ervaringsgerichte methoden (naar analogie met bijvoorbeeld managers opleidingen) de student leert oude kaders los te laten en systeemgericht en holistisch te werken. (Deel I, Hfd. 4.2.)
4. Ten aanzien van de thesis;
 - * Het doen van effectiviteitsonderzoek in de osteopathie en hoe ziet dit eruit? (II, 6.2.2.)
 - * Een goede begeleiding van de studenten ten tijde van het maken van de thesis, waar voor meer promotoren voorhanden moeten zijn. (I, Hfd. 4.2, II, Hfd. 6.2.1, 6.2.2)
 - * Het verbeteren van de positie van het NACO.
5. In het Algemeen;
 1. Het handhaven van de zuiverheid van het osteopatisch concept.
 2. Het instellen van een wetenschappelijke commissie. (II, Hfd. 4.2, 5, 6.2.)
 3. Inventarisatie van het wetenschappelijk onderzoek wat tot nu toe in de osteopathie is verricht, en het stimuleren hiervan. (II, Hfd. 6.2.2.)



Positie van de osteopathie binnen de gezondheidszorg vanuit historisch en juridisch perspectief: een model voor uitsluitingsdiagnostiek.

6. Ten aanzien van het beroep en de beroepsgroep.
 1. Noodzaak tot methodisch handelen in de praktijk voor osteopathie. (II, Hfd. 1.2.1. en 4.2.2.)
 2. Het ontwikkelen van registratie en verslagleggingsformulieren. (II, Hfd. 3 en 6)
 3. Registratie van onderzoeks- en behandelingsgegevens zelf. (II, Hfd. 3 3 en 6).
 4. Het instellen van een klachten- en tuchtcommissie. (II, Hfd. 2.2, 3.3, 6.2.5.)



Positie van de osteopathie binnen de gezondheidszorg vanuit historisch en juridisch perspectief: een model voor uitsluitingsdiagnostiek.

Samenvatting

De titel van deze thesis luidt: "Positie van de osteopathie in de gezondheidszorg in een historisch en juridisch perspectief: een model voor uitsluitingsdiagnostiek."

Deze titel is gekozen omdat het o.i. van belang is dat patiënten, reguliere en niet-reguliere hulpverleners, verzekeraars en de overheid duidelijk wordt wat de specifieke deskundigheid van de osteopaat en wat daarmee de toegevoegde waarde van de osteopathie voor de geneeskunde is. Daarnaast moet duidelijk zijn dat vanuit de beroepsgroep dit terrein enerzijds wordt geclaimd, maar anderzijds wordt gewaakt voor inadequate indicatiestelling.

Hoewel vaak gestreefd wordt naar directe, concrete oplossingen van de vragen die hierover op ons af komen, is het o.i. noodzakelijk dat allereerst een logistieke basis gelegd moet worden om eenduidigheid binnen een hele beroepsgroep te kunnen waarborgen.

Dit is voor ons de aanzet geweest voor de indeling in een drieluik.

Deel I (Klaartje Peeters):

Hierin wordt ingegaan op de ontwikkeling van de geneeskunde, hoe de osteopathie, als reactie op deze ontwikkeling is ontstaan en zich meer en meer heeft geprofileerd. Dit profiel staat of valt met de zuiverheid, waarmee het concept wordt gehanteerd.

Tevens wordt duidelijk gemaakt dat het wetenschappelijk denkkader van de osteopathie een hoge actualiteitswaarde heeft vanwege de ontwikkelingen in het algemeen wetenschappelijk denken.

Deel II (Leo Veldstra):

Dit deel laat zien dat het sociaal-maatschappelijk klimaat zich op een zodanige wijze heeft ontwikkeld, dat er thans behoefte bestaat aan complementaire geneeswijzen, die zich baseren op een concept dat meer genuanceerd is dan het regulier-medische.

De osteopathie kan hier in een belangrijke behoefte voorzien, mits voldaan wordt aan een aantal kwaliteitseisen en - waarborgen, die wettelijk zijn vastgelegd.

Een aantal noodzakelijk te nemen stappen worden uitgewerkt om hieraan te kunnen voldoen. De mate waarin de beroepsgroep bereid is te investeren, door zich hierin sterk te maken, zal bepalend zijn voor de levensverwachting van de osteopathie in Nederland, België (en Europa).

Deel III (Siebe de Ree):

Tenslotte is met het inzichtelijk maken van de afbakening van het terrein de duidelijkheid omtrent het deskundigheidsgebied van de osteopathie gediend.

Hiervoor wordt een model van uitsluitingsdiagnostiek gepresenteerd, dat het mogelijk maakt methodisch verantwoord beslissingsmomenten te formuleren. Dit model vereenvoudigt de vertaalslag naar het medisch referentiekader, doordat het zowel toepasbaar is voor de reguliere differentiaaldiagnostiek, alsook voor het handelen binnen het osteopatisch concept. Door het juist toepassen van dit model in de praktijk kan de osteopaat zich ervan bewust worden wanneer hij/zij zich buiten het deskundigheidsgebied (of ook: het concept) begeeft. Voor nadere uitwerking van gedane aanbevelingen kunnen voorstellen gedaan worden voor onderwerpen, die op zich weer veel studie vergen. Hiertoe zijn in de slotconclusie (thesis)voorstellen geformuleerd.

Pas wanneer deze basale zaken gemeengoed zijn geworden loont het de moeite om verder concrete invulling te geven aan publicitaire activiteiten.



Positie van de osteopathie binnen de gezondheidszorg vanuit historisch en juridisch perspectief: een model voor uitsluitingsdiagnostiek.

Summary

The title of this thesis is " Position of Osteopathy in health care: a model of exclusion diagnostics in historical and legal perspective. This title has been chosen, because, from our point of view it is important that patients, regular or non-regular medical workers, Insurance Companies and the Government realise the specific expertise (professional ability) of the osteopath and the added value of osteopathy for medical science. Besides it must be clear that this field is claimed professionally, but on the other hand inadequate diagnosis of indication must be watched.

Although we often try to find direct, specific solutions of the questions we are faced with, we consider it necessary to start laying a logistic base to be able to guarantee the unambiguity within the entire profession. This is why we have chosen for a lay-out in tryptich.

Part 1. (Klaartje Peters)

In this part the development of medical science is discussed, how Osteopathy as a reaction to this development came to exist and distinguished itself more and more. This profile depends on the purity the concept is dealt with. At the same time it is made clear that the scientific way of thinking of Osteopathy has a high grade of actuality because of the developments in scientific thinking as a whole.

Part 2. (Leo Veldstra)

This part shows that the social climate has developed in such a way that nowadays there is a need for complementary methods of treatment; methods that are based on a concept that deals with more nuances than regular medical treatment.

In cases like these Osteopathy can fill in an important need, if a number of quality-requirements are complied with and legally guaranteed.

A number of necessary steps are being taken to comply with this. The extent to which the Profession is prepared to invest herein by making a case for this, will be decisive for the viability of Osteopathy in the Netherlands, Belgium and Europe.

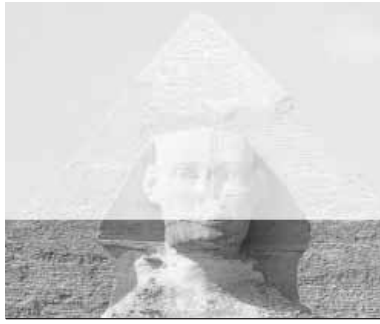
Part 3. (Siebe de Ree)

Finally the clarity in the field of expertise of Osteopathy benefits from the making of a clear distinction in the medical field. For this a model of exclusion diagnostics is being presented that enables us to formulate moments of decision that are methodically justified. This model simplifies the link to the medical frame of reference as it can be applied to both the regular differential diagnosis and the dealing within the osteopathic concept. By practising this model in the right way the osteopath will be able to realise when he or she strays from the field of expertise (or for that matter: the concept).

For further development of the recommendations given, suggestions can be made for subjects that in demand further studies.

For this thesis suggestions are formulated in the final conclusion.

Not until these basic issues have become common practise, will it be worthwhile to start with publicitary activities.



Overzicht en synthese

deel I

Deze thesis werd geïnspireerd door het hiaat dat wij zowel in de opleiding osteopathie als maatschappelijk ervaren rond een duidelijke positionering van de osteopathie binnen de gezondheidszorg. We wensen een duidelijke profilering van osteopathie : zowel wat betreft de meerwaarde als wat de grenzen van de osteopathie betreft. Ik heb me toegelegd op een literatuurstudie over de geschiedenis en de filosofie van de geneeskunde om te doorgronden hoe deze meebepalend zijn voor de huidige stand van zaken en inspirerend kunnen zijn voor de verdere evolutie.

Hoofdstuk 1

Hierin worden de hoofdlijnen van de geschiedenis besproken voor zover ze aan de oorsprong liggen van actueel relevante paradigma's en inzicht geven in de hiaten in de huidige gezondheidszorg.

Schematisch kunnen we de evolutie tot het reguliere paradigma als volgt voorstellen :

- 500 V. Chr. : metafysische opvatting over ziekte.
Thales, natuurfilosoof, streeft exacte natuurkennis na.
Hippocrates en later Galenus formuleren de humoraalpathologie (het oudste paradigma).
Griekse filosofen inspireren diverse medische scholen.
- 1000 N. Chr. : De Middeleeuwen brengen weinig wetenschappelijke vooruitgang.
De Arabische geneeskunde slaat de brug tussen de Griekse en de westerse wereld.
- 1500 N. Chr. : Benevieni brengt het klinisch verloop van ziekte in verband met de bevindingen van dissecties.
Dank zij de boekdrukkunst is er een grote doorstroming van informatie.
- 1550 N. Chr. : Vesalius' anatomische beschrijvingen zijn fundamenteel voor de verdere anatomie.
Het humanisme was een grote stimulans voor de anatomie en de chirurgie.
- 1600 N. Chr. Harvey's ontdekking van de bloedsomloop betekent het begin van de moderne fysiologie.
Descartes formuleert het dualisme dat tot op heden de basis is voor de psychosomatiek. Hieruit ontstaan de iatrofysica en de iatrochemie.
- 1750 N. Chr. : Morgagni formuleert de solidairpathologie, het tweede grote paradigma.
Bichat legt de grondslag voor de weefseller.
- 1850 N. Chr. : Virchow induceert de cel in de pathologie : de basis voor de cytologische diagnostiek. De solidair-anatomische traditie wordt reductionistisch.

BESLUITEN :

- * Het paradigma van de humoraalpathologie werd volledig verdrongen door het solidair-anatomische paradigma : hierin wordt ziekte als dusdanig erkend voor zover een laesie kan aangetoond worden met gelegitimeerde methoden. Dit paradigma levert niet alle antwoorden met betrekking tot ziekte in de moderne geneeskunde.
- * Anderzijds kan een vertaling van de humoraalpathologie naar hedendaagse begrippen relevant zijn in verband met volgende kenmerken :
 1. Het holistisch karakter.



Overzicht en synthese

2. Het lichaam is een geheel : dynamische en processuele aspecten primeren op het lokaliseren van een lesie.
 3. Gerichtheid op klinische verschijnselen zonder obligaats zoeken naar een lesie.
 4. Nadruk op zelfgenezende tendenzen van het lichaam en op de zelfverantwoordelijkheid van de zieke om keuzes te maken.
- In dit licht blijken beide historische paradigma's relevant om de huidige epistemologische ruptuur te overbruggen waarover we in hoofdstuk 3 uitweiden.

- * De magisch-religieuze aspecten in de geneeskunde worden niet meer onderkend en zeker niet bewust gehanteerd in de westerse geneeskunde.

Hoofdstuk 2

Hierin wordt het ontstaan en de evolutie van de osteopathie inhoudelijk en in zijn historische context geschetst, waarbij ook aandacht besteed wordt aan A.T. Still, de grondlegger. De evolutie van de osteopathie in de USA waar de osteopathie grotendeels geabsorbeerd is in de reguliere geneeskunde en de opinies van A.T. Still en andere illustere osteopaten doen ons de volgende besluiten formuleren.

BESLUITEN :

- * Het behoud van het holistisch kader van de osteopathie in de uitoefening en het onderwijs is essentieel om de authenticiteit en effectiviteit van deze geneeswijze te benutten.
- * De absorptie van de osteopathie in de reguliere geneeskunde verhindert fundamenteel het behoud van het holistisch concept .
- * De opleiding tot osteopaat vereist naast een technische vorming in zowel functionele als structurele technieken, ook vorming en begeleiding tot holistisch therapeut met integratie van het osteopathisch concept. (Zie ook deel 2,5.4. Aanbevelingen.)
Dit vereist o.a.:
- * Onderwijs van de geschiedenis en de filosofie van de geneeskunde en situering van het osteopathisch concept hierin.
- * Organiseren van stages.
- * Opnemen van een ervaringsgericht trainer, agoog in de opleiding die met ervaringsgerichte methoden de studenten leert oude kaders los te laten en systeemgericht en holistisch te werken.
- * Erkenning en subsidiëring van scholen die voldoen aan strenge programmacriteria op deze diverse gebieden. Een professionele wetenschappelijke commissie zou hierop controle kunnen uitoefenen.

Hoofdstuk 3

Hier schetsen wij de filosofie van de geneeskunde met uitwerking van de paradigma's van de reguliere en complementaire geneeswijzen.

Het reguliere paradigma kan men resumeren met volgende trefwoorden :

- reductionisme
- causaliteit
- dualisme
- externe etiologie
- "wetenschappelijke" geneeskunde
- "afwijzing" van ziekte en lijden
- de arts weet



Overzicht en synthese

Het alternatieve paradigma wordt gekenmerkt door :

- holisme
- symboliek
- individualiteit
- dynamisch proces
- de arts-patiënt relatie is horizontaal

De betekenis en de consequenties van items uit de gezondheidszorg als diagnostiek, preventie, placebo en evaluatie van therapieën met bijbehorende methodologische problemen bij het onderzoek worden belicht. Uit deze beschouwingen en uit het overzicht van de nieuwe wetenschappelijke inzichten uit de twintigste eeuw blijkt dat er in de wetenschap en de geneeskunde een epistemologische ruptuur plaatsvindt.

De nieuwe wetenschappelijke inzichten in de wiskunde, fysica, psychologie, ecologie enzovoorts leiden tot het systeemdenken waarbij de "netwerkidée" centraal staat. Dit systeemdenken brengt ons met de term van F Capra tot de diepe ecologie, het nieuwe paradigma met verregaande sociale en wetenschappelijke consequenties. Wij hernemen hier Capras' schema met de verschuiving van vroegere naar nieuwe waarden en denkwijzen.

denken		waarden	
zelfverwerkelijking	→ integrerend	zelfverwerkelijking	→ integrerend
rationeel	→ intuïtief	expansie	→ behoud
analyse	→ synthese	competitie	→ samenwerking
reductionistisch	→ holistisch	kwantiteit	→ kwaliteit
lineair	→ niet lineair	overheersing	→ deelgenoot

In dit schema vinden we telkens in de rechterkolom de waarden en denkwijzen terug die voor de toekomst het kader vormen voor verdere ontwikkelingen, zowel op wetenschappelijk, politiek als sociaal vlak.

Met de **Santiagotheorie** die geest en materie de twee dimensies van het verschijnsel leven noemt, verlaten we het cartesiaanse dualisme. Deze theorie poneert dat het organisme niet reageert op omgevingsstimuli via een lineaire keten van oorzaken en effecten, maar wel met structurele veranderingen in zijn niet lineaire, organisch gesloten netwerk. Wetenschappers zoeken momenteel methoden om netwerken te onderzoeken, hierin zijn nog geen grootse vorderingen gemaakt.

BESLUITEN :

- * Osteopaten moeten vertrouwd gemaakt worden met de recente wetenschappelijke evoluties.
- * Het concept van theses moet herzien worden naar actuele wetenschappelijke methoden.
- * Wetenschappelijk onderzoek naar werkingsmechanismen en effecten moet breed maatschappelijk georganiseerd worden omdat enerzijds gezocht moet worden naar adequate methoden om netwerken te bestuderen en anderzijds momenteel effectstudies het meest aangewezen blijken .



Overzicht en synthese

Algemeen besluit

Zoals hoger vermeld is de essentie van de humoraalpathologie naar huidige begrippen getransponeerd, samen te vatten als volgt : holisme, individuele proces (in tegenstelling tot het zoeken naar de lokalisatie van laesies) en gerichtheid op zelfgenezende tendensen.

Ook binnen de osteopathie zijn deze kenmerken essentieel.

Het nieuwe paradigma benadrukt eveneens de onderlinge afhankelijkheid van verschijnselen binnen een geheel, een netwerk. De synthese van de delen, het holisme, de integratie van de elementen primeert. In deze context kan men stellen dat de kennis en de mogelijkheden van de reguliere geneeskunde en de osteopathie beiden een plaats kunnen hebben binnen de gezondheidszorg. Een verdere afbakening van de grenzen en kennis van wederzijdse kwaliteiten zijn noodzakelijk gezien de eigen, specifieke en verschillende indicatieterreinen. Het basisbioregulatiesysteem zou hierbij als wetenschappelijk onderzoeksterrein kunnen fungeren. Het BBRs past zowel in het reguliere als in het "nieuwe" paradigma.

Een toepassing van het netwerkidee van het nieuwe paradigma vinden wij in de homeostasis, het inwendig milieu zoals in deel 3 besproken wordt. Het is de materialisatie van het organisatiepatroon van levende wezens.

Het basisbioregulatiesysteem (deel 3) kan men de organiserende activiteit, de cognitie van levende systemen noemen.



Overzicht en synthese

deel II

Uit hetgeen in deel I van deze theses uitvoerig is behandeld kan eenvoudig worden afgeleid dat het wetenschaps criterium geen basis is waarop afgerekend kan worden met de waarde van welke geneeskundige sector dan ook.

Mede door gebruikmaking van dit soort argumenten is jarenlang het artsen- monopolie in stand gebleven en werden alle andere geneeskundige praktijken afgekeurd of aan dit monopolie ondergeschikt gemaakt.

Zonder af te dingen op de grote waarde van deze " conventionele geneeskunde" is toch vanwege de beperktheid in het denk- en handelingskader een enorme scheefgroei ontstaan in het potentieel van geneeskundige mogelijkheden.

Hierdoor, en door een toenemend aantal sectoren van "niet-conventionele" geneeskunde, is een groeiende maatschappelijke behoefte ontstaan om in de leemten, die de conventionele geneeskunde laat, te voorzien.

Het moge duidelijk zijn, dat politieke erkenning bepalend is voor de levensverwachting van een bepaalde geneeskundige sector.

Gesteund door de Europese Resolutie over de status van de niet-conventionele geneeskunde van 1997 (P. Lannoye) is een basis gelegd voor de verdere integratie en erkenning van een aantal "nieuwe" sectoren, waaronder ook de osteopathie. Iedere Europese lidstaat is nu zelf belast met de concrete regelgeving hieromtrent. (Verdrag van Maastricht).

In Nederland en België is een verschil in het traject waarlangs een erkenning van het beroep osteopaat zal kunnen plaatsvinden, echter de discussiepunten en criteria, die aan deze trajecten gekoppeld zijn, verschillen nauwelijks. Ook geldt voor beide landen, dat de beroepsgroep in belangrijke mate betrokken en dus verantwoordelijk is voor de uitkomst hiervan.

In beide landen zijn inmiddels kaderwetten van kracht, die mogelijkheden bieden om verdere ontwikkelingen in deze te realiseren. Afgezien van de voor- en nadelen van deze verschillen in wetgeving gaat het hierin vooral om de volgende zaken te organiseren en veilig te stellen:

1. De specifieke toegevoegde waarde van de sector.
2. Waarborgen m.b.t. kwaliteit en deontologie.
3. Controlesystemen.

In deel II van deze theses is gekozen voor de uitwerking van de Nederlandse situatie, niet alleen vanwege de nationaliteit van de auteur, maar ook omdat in de discussies, die vooraf zijn gegaan aan de definitieve wetgeving en in de wetgeving op zich, systematisch de diverse criteria aan de orde gesteld worden.

Hieruit kunnen vervolgens gevolgtrekkingen voor de beroepsgroep gedestilleerd worden, die in principe gelijk zijn aan de verantwoordelijkheidseisen, die aan de beroepsgenoten in België worden gesteld.

Er bestaat, mede door een gebrek aan menskracht, het gevaar dat veel tijd en energie gestoken wordt in de maatschappelijke profilering van het beroep osteopaat, terwijl de integratie van noodzakelijke maatregelen, om een bestaansrecht veilig te stellen, sluitstuk dreigt te worden. Opleidingen, beroepsorganisaties en individuele beroepsbeoefenaren dienen zich o.i. hier



Overzicht en synthese

terdege van bewust te worden. Temeer omdat aan de eisen, die gesteld worden, niet kan worden voldaan als niet de hele beroepsgroep, tot in de kleinste geledingen zich betrokken voelt bij deze verantwoordelijkheden.

Deel II van deze theses is een poging duidelijk te maken, hoe deze regelgeving tot stand is gekomen, wat deze inhoudt en tenslotte wat de consequenties hiervan moeten zijn voor de gehele beroepsgroep.

Dat de uitsluitingsdiagnostiek hierin een sleutelrol vervult, blijkt als we beseffen dat deze, in het door ons voorgestelde model (deel III), o.a. dient om eventueel voorkomende niet-osteopatische indicaties uit te sluiten. Door deze afbakening wordt niet alleen het deskundigheidsgebied verduidelijkt, maar hiermee is ook de conceptuele zuiverheid in het behandelen van de patiënt gediend.

Hoofdstuk 1.

In dit hoofdstuk wordt een kort overzicht gegeven van de belangrijkste ontwikkelingen, die sinds de 18e eeuw zich in Nederland hebben voorgedaan op het terrein van de organisatie van de geneeskunde.

De wet, die in 1865 werd uitgevaardigd (Thorbecke), was het begin van het bovengenoemde artsenmonopolie, dat, ondanks allerlei kritieken, tot het einde van de 20e eeuw onveranderd zou blijven. Pas in de tweede helft van de 20e eeuw komt er een wetsvoorstel, waarin wordt geregeld dat ook anderen dan artsen de geneeskunst mochten uitoefenen, mits men zich onthield van een aantal voorbehouden handelingen.

Uiteindelijk in de laatste twee decennia van de 20e eeuw gaan de resultaten van diverse Commissies Alternatieve Geneeswijzen hout snijden voor het niet-reguliere veld. Er worden voorstellen gedaan met betrekking tot de bestrijding van de kwakzalverij enerzijds, maar anderzijds tot allerlei stimulerende maatregelen om integratie van serieuze sectoren mogelijk te maken, mits er voldaan wordt aan een aantal kwaliteiscriteria:

1. Methodisch-technisch handelen.

Het specificeren van het vakgebied, zowel inhoudelijk alsook wat betreft de toepassing in de praktijk: Opleiding en deskundigheid, doeltreffendheid, indicatiestelling, arbeids geschiktheid, praktijkveiligheid en zorgvuldigheid.

2. Beroepsattitude.

Hieronder wordt begrepen : Respectvolle bejegening, informatiebereidheid en zaken met betrekking tot coöperatieve samenwerking, vertrouwensrelatie en verantwoordingsbeleid.

3. Organisatie van de beroepsuitoefening.

De criteria die hiervoor werden gesteld zijn: Beschikbaarheid en continuïteit, doelmatigheid en integrale zorg.

Tenslotte werd nadrukkelijk geadviseerd over het ontwikkelen van:
Registratie, Opleidingseisen, Voorlichting en Wetenschappelijk onderzoek.



Overzicht en synthese

Hoofdstuk 2

De wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (B.I.G.) is een kwaliteitswet. Alle voorkomende sectoren in de geneeskunde te regelen is niet mogelijk. Daarom voorziet de wet in een wettelijk kader van kwaliteitseisen, waaraan de verschillende sectoren moeten voldoen.

Hiertoe is een aantal voorzieningen getroffen:

1. Titelbescherming.

Er worden drie beroepscategorieën onderscheiden, met aan iedere categorie gekoppeld de consequenties ten aanzien van de regelingen van opleiding, registratie, beroepsinhoud waaronder ook voorbehouden handelingen, toezicht en tucht.

De osteopathie valt vooralsnog onder de laatste categorie, de niet nader omschreven beroepen. Deze beroepen moeten wettelijk wel voldoen aan de omschrijving van de volgende items:

- * Deskundigheidsgebied.
- * Opleidingseisen.
- * Bij- en nascholingseisen, intercollegiale toetsing en bewakingsinstrumenten voor kwaliteit.
- * Beroepsethiek.
- * Eisen omtrent de praktijkvoering.

2. Voorbehouden handelingen

Hoewel iedereen vrij is geneeskundige handelingen te verrichten, is een aantal handelingen voorbehouden aan bepaalde beroepen. Deze worden concreet omschreven, even als de uitzonderingen hierop.

3. Strafmaatregelen bij het veroorzaken van schade.

Met deze voorziening wordt de ongebreidelde uitoefening van de geneeskunde adequaat aan banden gelegd, omdat niet alleen het veroorzaken van schade, maar ook de "aanmerkelijke kans" op het veroorzaken van schade strafbaar wordt gesteld.

4. Tucht

Hier wordt onderscheid gemaakt in tuchtrechtspraak bij wettelijke regeling, die alleen geldt voor de eerste categorie, de beroepen die geregeld zijn onder artikel 3, en het verenigingstuchtrecht.

Hoofdstuk 3

De Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (W.G.B.O.) maakt onderdeel uit van het Burgerlijk Wetboek omdat er in geval van het behandelen van een patiënt sprake is van een gesloten overeenkomst.

In deze wet worden voornamelijk de rechten van de patiënt en in zekere mate ook van de behandelaar veilig gesteld:

1. Recht op informatie.

De behandelaar moet voldoende informatie verschaffen om de patiënt in de gelegenheid te stellen een voldoende afweging te maken om in te stemmen met een behandeling. De patiënt moet zijn medewerking verlenen aan de uitvoering van de overeenkomst.



Overzicht en synthese

2. Toestemming.

Hier wordt geregeld hoe toestemming verondersteld mag worden, in verslag kan worden vastgelegd en hoe te handelen bij het intrekken van toestemming.

Tevens wordt de toestemming van minderjarigen en wilsonbekwamen geregeld.

3. Privacy-bescherming.

Naast algemene regels, die het recht op privacy-bescherming regelen, is in deze wet hier op een aanvulling gegeven, toegespitst op het systeem van de gezondheidszorg. Ook worden enkele uitzonderingen hierop geregeld.

4. Dossiervorming.

Iedere hulpverlener is verplicht een dossier aan te leggen, bij te houden en na afloop van een behandeling te bewaren.

Redenen hiervoor zijn:

- * Het overzicht te kunnen houden over het behandelverloop van de patiënt.
- * Het handelen te kunnen verantwoorden.

Hoofdstuk 4

De wet B.I.G. regelt beroepen, deskundigheidsgebieden en opleidingseisen.

De vraag wordt gesteld of het primair gaat om een sector die op individuen gerichte gezondheidszorg verleent, waarmee het volksgezondheidsbelang in betekenende mate is gediend.

Daarnaast moet sprake zijn van een voldoende uitgekristalliseerde, zelfstandig functionerende, professionele beroepsgroep.

Met andere woorden: Hoe maakt de osteopaat zijn\ haar kwaliteiten duidelijk?

1. Deskundigheid.

Duidelijkheid dient te bestaan over de wijze van diagnosestelling en therapie.

Dit bepaalt ons bij de noodzaak van een stricte trouw aan het concept, terwijl terdege rekening gehouden moet worden met de beperkingen van het terrein, hetgeen vraagt om een model van handelen, dat werkbaar is en tevens dat handelen voor buitenstaanders inzichtelijk maakt -----> "transparantie".

2. Kwaliteitswaarborgen.

De holistische basis van de osteopathie lijkt een onwetenschappelijke, echter deel I liet hiervan de betrekkelijkheid al zien. Een empirisch-wetenschappelijke opstelling, integratie van evidence-based practice zal helpen de effectiviteit van de osteopathie te onderbouwen.

Hiervoor is het absoluut noodzakelijk methodisch te werk te gaan, omdat het verzamelen van gegevens hierin essentieel is. Deze stenen zullen door iedere individuele osteopaat moeten worden bijgedragen!!

Hoofdstuk 5.

Naast een globale omschrijving van de essenties van het methodisch handelen wordt aan de hand van een model, dat de informatieverwerking van een osteopaat in beeld brengt, getoond hoe de osteopaat door middel van "clinical reasoning" methodisch verantwoord tot een indicatiestelling, c.q. therapieplan kan komen. Opleidingen hebben hierin een belangrijke taak.



Overzicht en synthese

Hiertoe wordt een aantal aanbevelingen gedaan:

1. Gestructureerde scholing in pathologie en epidemiologie.
2. Capita Selecta, waarin men zich naast bovenstaande vakken leert oriënteren in de mogelijkheden en onmogelijkheden van diverse reguliere en niet reguliere geneeskundige sectoren.
3. Meer gestructureerde aandacht voor een osteopatische denkontwikkeling, door lessen in geschiedenis, filosofie, maatschappelijke ontwikkelingen, recht en wet.
4. Ontwikkeling van een module methodisch handelen, die geïntegreerd wordt in praktijk- en theorielessen.
5. Trainingssessies om te leren omgaan met het "landschapsmodel." (deel III)
6. Verplichte na- en bijscholing in bovengenoemde onderwerpen.
7. Ontwerpen en invoeren van dossier- en verslagleggingsformulieren.
8. Instellen van stages op voldoende geschoolde en geoutilleerde stageplaatsen.

Hoofdstuk 6

Vanwege de complexiteit van wetenschappelijke onderbouwing van het osteopatisch handelen wordt in dit hoofdstuk een pleidooi gehouden voor de instelling van een wetenschappelijke commissie, die hierin sturing kan geven. Behalve begeleiding van promotoren en studenten bij thesisvervaardiging kunnen standaarddossiers en verslagleggingsformulieren worden ontwikkeld. Hiertoe wordt een handelingsprotocol gepresenteerd, dat methodisch handelen mogelijk maakt en waarin het in deel III uitgewerkte model voor uitsluitingsdiagnostiek kan worden geïntegreerd.

Samen met goed functionerende klachten- en tuchtcommissies kan dit een krachtige kwaliteitsstimulus voor het beroep betekenen!

Al deze maatregelen dienen genomen te worden, als wij willen voldoen aan de vraag van de samenleving en de overheid. Dit betekent, dat een zwaar beroep gedaan wordt op de beroepsorganisaties en de opleidingen.

Echter, wanneer niet iedere individuele osteopaat kennis heeft en zich bewust is van de gronden, waarop deze noodzakelijke, gemeenschappelijke investeringen rusten, zal iedere inspanning van een beroepsorganisatie of opleiding vergeefs zijn!!



Overzicht en synthese

deel III

Zoals in het addendum van deel II is vermeld is deel III met name van belang om eventueel aanwezige niet-osteopatische indicaties uit te sluiten en om de osteopatische dysfunctie zo goed mogelijk te diagnostiseren om op die wijze tot een zo goed mogelijke behandeling te komen.

Hiervoor is het diagnostisch landschap ontwikkeld hetgeen in hoofdstuk I wordt uitgelegd. Met name van belang hiervoor is het diagnostisch redeneren met de vijf pijlers van de medische besliskunde:

- Opklimmen in zekerheid
- Via argumenten naar zekerheid
- Symmetrie en asymmetrie van argumenten
- Drempels in het diagnostisch proces
- Een web van hypothesen en argumenten

Ook de bijlage, behorende bij deel III, aangaande verbanden tussen fenomenen, waarbij aan de hand van voorbeelden uit diverse disciplines het verband tussen fenomenen visueel wordt voorgesteld, is van belang.

De voorstelling in blokdiagrammen sluit aan bij de klassieke termen "terecht en vals positieven" en "terecht en vals negatieven" .

Voorloper van het diagnostisch landschap, of beter gezegd ingrediënten voor het diagnostisch landschap zijn andere theoriën om tot een diagnose te komen, zo is er de patroonherkenning, de volledige dossier methode, de algoritmische aanpak en de methode van het gericht aftasten, ook wel genoemd de hypothetico-deductieve methode.

Bij het construeren van het diagnostisch landschap zijn een aantal stappen noodzakelijk, zo zal men als eerste een hoofdsymptoom moeten definiëren, waarna rond het hoofdsymptoom hypothesen worden gegenereerd.

Reliëf aanbrenge in hypothesen van het landschap is de derde stap van het te bewandelen protocol, waarna de hypothesen worden voorzien van argumenten, welke eventueel nog gewogen kunnen worden middels een aantonnende of ontkennende kracht.

Bij de kracht van een argument, de waarde van diagnostische gegevens, zijn begrippen als aantonnende en ontkennende kracht en de symmetrie en asymmetrie van argumenten van belang alsmede de begrippen specificiteit en gevoeligheid uit de bayesiaanse wiskunde.

Zo is de aantonnende kracht van een argument de verhouding tussen terecht positieven en vals positieven, en de ontkennende kracht van een argument de verhouding tussen vals negatieven en terecht negatieven.

Fouten in de gegevensoverdracht kunnen de kracht van een argument sterk afzwakken, men dient derhalve altijd uiterste zorgvuldigheid te betrachten.

Indien men de kracht van een argument op een patient toepast volgt men de weg van "voorkans" tot "nakans", ga niet licht te werk met "waarschijnlijkheid".

Met logaritmische schalen kan de kracht van een argument op een correcte wijze worden voorgesteld. Een en ander voert in het kader van deze thesis echter te ver, zodat ik u verwijs naar het maandblad van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen d.d. november 1996.



Overzicht en synthese

Tenslotte zijn de drempels van het diagnostisch actieterrein van belang, hierbij krijgt men te maken met een aantal objectieve en subjectieve factoren die de drempelinschatting kunnen beïnvloeden.

In hoofdstuk 2 wordt aan de hand van genoemde methodiek een patient met buikpijn met als reguliere diagnose IBS uitgevoerd, voorafgegaan door de osteopatische visie op buikklachten. Hierbij wordt aandacht besteedt aan de osteopatische filosofie en visie: "Het lichaam is gevormd als biologische eenheid" en "De structuur dirigeert de functie en de functie creëert de structuur" (A.T.Still)

Ook wordt in dit hoofdstuk ingegaan op het bindweefsel, voor de osteopaat, wellicht het meest belangrijkste weefsel naast het neurogene, spier- en orgaanweefsel, gezien de bindende vorm en het continue aspect. Ook het in het bindweefsel gelegen basisbioregulatie systeem wordt in dit hoofdstuk belicht.

In hoofdstuk 3 volgt het osteopatisch onderzoek zonder de pretentie volledig te willen zijn.

In hoofdstuk 4 wordt het diagnostisch landschap gebruikt om tot een diagnose te komen, aanvankelijk voor de klassieke geneeskunde. Eerst is buikpijn de hypothese maar naar gelang het onderzoek vordert wordt IBS tot hypothese verheven en uiteindelijk, voorzien van argumenten tot diagnose verklaard.

Eveneens wordt in hoofdstuk 4 de osteopatische visie gegeven; dit is echter niet een nieuwe start doch een logisch vervolg op datgene wat reeds in de reguliere geneeskunde werd vastgesteld. Echter, de weg van buikpijn naar IBS is voor de osteopathie geen eindpunt, doch slechts een tussenstap in het gehele verloop van onderzoek. In het osteopatisch gebruik van het landschap wordt IBS niet als diagnose beschouwd, maar als hypothese en herhaalt zich het gehele spel van het genereren van andere hypothesen, het reliëf brengen in de hypothesen, het sprokkelen en het plaatsen van argumenten in een logische herschikking met gewogen osteopatische argumenten.

Hier zijn de andere hypothesen niet ziektebeelden, maar het functioneren van diverse anatomische structuren. Beter nog kan gesproken worden van mobiliteit en motiliteit van anatomische structuren, waarna de osteopatische dysfunctie uiteindelijk wordt benoemd. Er is dus eigenlijk geen sprake van het stellen van een diagnose, maar wel van het aangeven van de mogelijke oorzakelijkheid van de klacht van de patient in de zin van onvoldoende mobiliteit van bepaalde structuren. Dit heeft uiteraard zijn weerslag op zijn omgeving en het gehele organisme.

De osteopatische behandeling in al zijn facetten zal uiteindelijk een oplossing kunnen bieden voor de patient.

De slotbeschouwing en conclusies leiden tot een aantal voorstellen in het algemeen en tot een aantal voorstellen voor de osteopaat an sich, de opleiding, het wetenschappelijk onderzoek alsook voor het beroep en de beroepsgroep.



Overzicht en synthese

Synthese

De titel van deze bundeling van 3 theses impliceert al, dat in wetenschappelijke zin hierover weinig uitspraken te doen zijn. Wel heeft het o.i. een hoge actualiteitswaarde, om naar aanleiding van een serieuze studie van de diverse onderwerpen, zoals door ons gekozen, een beargumenteerd kader te schetsen, waaraan de beroepsgroep zich kan conformeren. Het belangrijkste doel van deze theses is dan ook een discussie op gang te brengen, die uiteindelijk zal moeten leiden tot concrete maatregelen om de beroepsgroep in al haar geledingen zodanig te organiseren, dat er een duidelijke plaats opgeëist kan worden in het systeem van de gezondheidszorg.

Om aan deze bedoeling tegemoet te komen, kunnen een aantal stellingen geformuleerd worden, waarmee een discussie over dit onderwerp op gang gebracht kan worden:

1. Om de osteopathie te positioneren is het noodzakelijk dat men zich bezint over de samenhang tussen de drie delen van deze theses.

Geschiedenis en filosofie (I) vormen de basis voor het profiel. Het profiel bepaalt het deskundigheidsgebied. Dit gebied moet op een inzichtelijke wijze worden afgebakend en de kwaliteit gewaarborgd (II), zodat er de vraag ontstaat naar een deugdelijk, algemeen geaccepteerd model van handelen, om dit te bewerkstelligen (III).

2. De paradigma's, waarop de verschillende sectoren in de geneeskunde zijn gestoeld (I), moeten nadrukkelijk worden bestudeerd en afgebakend, omdat deze bepalend zijn voor de deskundigheid en de beroepsstructuur. Wanneer het specifieke karakter van de osteopathie, ofwel het concept, in opleiding en beroepsuitoefening uniform en naar aanvaarde maatstaven (II en III) wordt gehanteerd, getuigt dit van professionaliteit en wordt het osteopatisch terrein duidelijk.

3. Het model voor uitsluitingsdiagnostiek (III) heeft voldoende elementen in zich om te voldoen aan de eisen, die gesteld moeten worden aan de osteopatische uitsluitingsdiagnostiek (II en III). Het gebruik hiervan voorziet in de behoefte om, op methodisch verantwoorde en inzichtelijke wijze (II), met voldoende respect voor het osteopatische concept (I en III), een werkbare methode te ontwikkelen, die de herkenbaarheid van ons specialisme dient (III).

4. De consequente toepassing van het gepresenteerde model, ook in het osteopatische behandelingsproces (III) zal de communicatie met overige disciplines vereenvoudigen en stimuleren.

5. Na-, bijscholing en toetsing van opleidingen, studenten en afgestudeerden op de behandelde terreinen (I, II en III) is aan te bevelen en dient verder ontwikkeld te worden. In de afzonderlijke delen worden hiertoe voorstellen geformuleerd, die de basis voor discussie hieromtrent kunnen vormen.

6. Het verdient aanbeveling het schrijven van een thesis te stimuleren in de richting van effectiviteitsonderzoeken, naar gevalideerde maatstaven, zodat mettertijd van structurele wetenschappelijke onderbouwing gesproken kan worden. (I, II en III)

7. Maatschappelijke profilering en erkenning is afhankelijk van de bereidheid tot deze investeringen.