

Voorwoord

We zijn op een leeftijd gekomen dat steeds meer vrienden en kennissen om ons heen kinderen krijgen. Helaas is dit niet voor iedereen vanzelfsprekend. Daar waar het bij de één meteen raak is, zijn anderen al een tijd aan het proberen zonder succes.

In de reguliere geneeskunde zijn er steeds meer behandelmethoden voor dit probleem. Ondanks de actualiteit van dit thema en de grote hoeveelheid medische literatuur, is er nauwelijks osteopathische literatuur over dit onderwerp. Toch lijken er in de osteopathische praktijk wel positieve resultaten geboekt te worden bij vrouwen met subfertiliteit. Dit heeft onze interesse gewekt en daarom hebben we besloten door middel van een thesis over dit onderwerp, het osteopathisch draagvlak hiervoor te vergroten.

Om zo efficiënt mogelijk te werken, zijn de taken op de volgende wijze verdeeld. De zoektocht naar reguliere literatuur en de literatuurstudie van zowel de reguliere als osteopathische literatuur heeft Ingrid Brand op zich genomen. De inleiding, zoektocht naar osteopathische literatuur, uitwerking van de methode, verwerking van de resultaten in tabellen heeft Jenny Levitt voor haar rekening genomen.

De uitvoering van interviews, transcriptie, double check en markering van de transcriptie, data-analyse, resultaten, discussie, conclusie, aanbevelingen en overige zaken die niet specifiek genoemd worden zijn door zowel Ingrid Brand als Jenny Levitt gedaan.

Graag nemen wij hier de gelegenheid alle osteopaten te bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek. Ook willen wij Rik Hoste bedanken voor zijn buitengewoon snelle en heldere feedback en zijn rol als promotor. Onze methodische begeleider, Rob van Dolder Opleidingsmanager Centrum voor Bewegingsstudies van de Hogeschool Utrecht, willen we bedanken voor zijn gestructureerde aanpak en bereid- en bereikbaarheid. Norma Levitt willen we hartelijk bedanken voor haar grenzeloze hulp. Waar zouden wij zonder Toos zijn...bedankt.

Dank je wel iedereen in mijn omgeving die het begrip op heeft willen brengen voor deze drukke tijd.

Dank je wel Rik voor je onuitputtelijke geduld en begrip en onvoorwaardelijke steun vanaf het moment dat ik je heb leren kennen.

Ingrid

Dear family, thank you for your loving support and understanding these past years. "I've learned more than you can imagine."

Lieve schat en schatten, bedankt voor jullie liefde, begrip en geduld.

Lieve vrienden, bedankt dat onze vriendschap in deze drukke periode is blijven bestaan.

Jenny

Samenvatting

Titel: Osteopathie en subfertiliteit bij vrouwen; Ervaringen van osteopaten - een kwalitatief onderzoek.

Achtergrond: Tien procent van de Nederlandse koppels heeft ooit te maken gehad met subfertiliteit en vijf procent van de koppels blijft ongewild kinderloos. In de reguliere geneeskunde zijn er steeds meer behandelmethoden voor vrouwen die niet op natuurlijke wijze zwanger kunnen worden. Ondanks de actualiteit van dit thema en de grote hoeveelheid medische literatuur, is er nauwelijks osteopathische literatuur over dit onderwerp. Toch lijken er wel resultaten geboekt te worden bij subfertiele vrouwen binnen de osteopathische praktijk. Hieruit ontstond de volgende vraagstelling.

Wat zijn de (klinische) ervaringen van osteopaten die vrouwen met subfertiliteit hebben behandeld?

Methode: om een antwoord te vinden op de vraagstelling is een systematische literatuurstudie gedaan en zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met zes osteopaten die patiënten met subfertiliteit behandeld hebben. De zes osteopaten zijn geïnterviewd over het patiëntenprofiel, gevonden dysfuncties, behandeling, reactie op de behandeling en de relatie patiëntenprofiel met het resultaat.

De gebruikte zoektermen voor de literatuurstudie waren: fertility, pregnancy, osteopathic treatment, infertility osteopathy en osteopathic treatment AND fertility, infertility, causes, female. Tevens zijn IVF, ICSI, IUI, gecombineerd met prognosis, effects, percentage, succes, rate of pregnancies en efficiency.

Resultaten en conclusie: de meeste vrouwen met subfertiliteit zijn tussen de 30 en 40 jaar oud. Het betreft vaak (hoger) opgeleide drukke, werkende vrouwen. Vaak zijn deze vrouwen bekend met een problematische menstruatie cyclus. Het voortraject varieert van geen tot een volledig doorlopen fertiliteitstraject. Dysfuncties van de uterus worden zowel in alle interviews als in de gevonden osteopathische literatuur genoemd of beschreven. Dit suggereert dat er een relatie kan bestaan tussen osteopathische dysfuncties van de uterus en fertiliteitsproblemen. Dysfuncties van darmen en lever worden regelmatig genoemd in de literatuur en de interviews. Omdat deze organen onder andere een belangrijke rol spelen bij de vetstofwisseling en hormoonhuishouding, en er fasciale verbindingen van deze organen bestaan met het reproductiesysteem, kunnen dysfuncties hiervan ook een rol spelen bij subfertiliteit. Craniale dysfuncties komen duidelijk naar voren in zowel de literatuur als in de interviews. Dit suggereert een mogelijk verband tussen subfertiliteit en craniale dysfuncties.

Ook parietale dysfuncties worden beschreven, maar de eventuele relatie met subfertiliteit komt minder duidelijk naar voren.

In alle gevallen werden de gevonden dysfuncties behandeld. Het slagingspercentage van de behandelingen lag tussen de 10 en 83,3 procent, al dan niet gecombineerd met reguliere fertiliteitsbehandelingen.

Er kan geen relatie gelegd worden tussen het patiëntenprofiel en de resultaten.

Summary

Title: Osteopathy and subfertility among women; the experiences of osteopaths - a qualitative research project.

Background: Ten per cent of Dutch couples have experienced subfertility and five per cent of these couples remain childless. In conventional medicine there is an increasing number of treatments for women who can't become pregnant naturally. Despite the topical nature of this subject and the large amount of medical literature, there is hardly any osteopathic literature on this subject. But there appears to have been success in treating subfertile women within the osteopathic practice. This gave rise to the following question.

What are the (clinical) experiences of osteopaths who have treated subfertile women?

Method: To find an answer to this question, a systematic study of literature was carried out and semi-structured interviews held with six osteopaths who have treated patients with subfertility. The six osteopaths are interviewed about patient profile, dysfunctions found, treatment, reactions to the treatment and the relationship between the patient profile and the result. The search terms for the systematic study of literature were: fertility, pregnancy, osteopathic treatment, infertility osteopathy and osteopathic treatment AND fertility, infertility, causes, female. Likewise, IVF, ICSI, IUI, are combined with prognosis, effects, percentage, success, rate of pregnancies and efficiency.

Results and conclusion: most subfertile women are between 30 and 40 years old. Frequently they are highly educated and busy working women. These women often suffer from a problematic menstrual cycle. The lead up to this can vary from no to complete fertility treatment.

Dysfunctions of the uterus are mentioned or described in all interviews and osteopathic literature found. This suggests that a link can exist between osteopathic dysfunctions of the uterus and fertility problems. Dysfunctions of the intestines and liver are regularly mentioned in the literature and the interviews. Because these organs play, among others, an important role in the metabolism of fats and hormone management, and that these organs are fascially connected with the reproductive system, dysfunctions of these organs can also play a role in subfertility. Cranial dysfunctions clearly come to the fore in literature as well as in the interviews. This suggests a possible link between subfertility and cranial dysfunctions. Parietal dysfunctions are also described, but the possible relationship with subfertility comes less clearly to the fore.

In all cases the dysfunctions found were treated. The success rate of the treatment was between 10 and 83.3 per cent, both in combination with conventional fertility treatment or not.

No relation can be made between the patient profile and the results.

Inhoud

Voorwoord	1
Samenvatting	3
Summary	5
Inleiding	7
Hoofdstuk 1 Methodologie	11
§ 1.1 Zoekmethode literatuur	11
§ 1.2 Het semi-gestructureerde interview	12
§ 1.2.1 De voorbereidende fase	12
§ 1.2.2 Het interview	14
§ 1.3 Gegevens verwerking; transcriptie data extractie en analyse	16
Hoofdstuk 2 Resultaten literatuurstudie over subfertiliteit bij de vrouw	18
§ 2.1 Resultaten van de zoektocht naar literatuur	18
§ 2.2 Reguliere behandelingsmethoden volgens de NHG standaard	18
§ 2.3 Resultaten osteopathische literatuur	20
§ 2.4 Resultaten IUI, IVF en ICSI	22
Hoofdstuk 3 Resultaten interviews	23
§ 3.1 Selectie osteopaten	23
§ 3.2 Interview	23
§ 3.3 Numerieke schaal	27
Hoofdstuk 4 Discussie	28
§ 4.1 Literatuurstudie	28
§ 4.2 Methodologie	29
§ 4.3 Resultaten	30
Conclusie	31
Aanbevelingen	32
Literatuurlijst	33
Bijlage Checklist	35

Inleiding

Maar liefst tien procent van de Nederlandse koppels heeft volgens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ooit zelf te maken gehad met subfertiliteit (<http://nhg.artsennet.nl>). In de reguliere geneeskunde zijn er steeds meer behandelmethoden voor vrouwen die niet op natuurlijke wijze zwanger kunnen worden. Ondanks de actualiteit van dit thema en de grote hoeveelheid medische literatuur, is er nauwelijks osteopathische literatuur over dit onderwerp. Toch lijken er wel positieve resultaten geboekt te worden bij subfertiele vrouwen binnen de osteopathische praktijk. Hierdoor ontstond de vraag wat osteopathie voor deze vrouwen kan betekenen.

Vraagstelling

Wat zijn de (klinische) ervaringen van osteopaten die vrouwen met subfertiliteit hebben behandeld?

Subvragen:

- Is er een patiëntenprofiel van patiënten met subfertiliteit die bij een osteopaat terecht komen?
- Wat bleek uit osteopathisch onderzoek van deze patiëntengroep?
- Hoe is er osteopathisch behandeld?
- Wat waren de resultaten van deze behandelingen?
- Waren deze resultaten te koppelen aan bijvoorbeeld het patiëntenprofiel en/of de gevonden osteopathische dysfuncties?

Om de vraagstelling en subvragen te beantwoorden, is informatie verzameld door middel van een literatuurstudie en semi-gestructureerde interviews.

Doelstelling

Deze thesis heeft als doel inzicht krijgen in de ervaringen die osteopaten hebben opgedaan bij het behandelen van subfertiliteit bij vrouwen. Tevens wordt er nagegaan of er voldoende basis is om een meer experimentele studie te doen naar de resultaten van osteopathie bij patiënten met subfertiliteit. Gezien dit doel wordt er in deze studie niet specifiek ingegaan op dysfuncties, afwijkingen en behandeling van o.a. uterus, ovaria, tubae en hormoonhuishouding.

Wetenschappelijke en maatschappelijke bijdrage

Deze thesis vormt een belangrijke bijdrage aan de opbouw van de 'body of knowledge' van het vakgebied osteopathie. Documentatie van osteopathische literatuur en de mogelijke bijdrage van dit beroep op het gebied van subfertiliteit bij vrouwen, geven het vak een meer wetenschappelijke onderbouwing en geloofwaardigheid. Dit onderzoek vormt de basis van waaruit experimenteel onderzoek in Nederland opgezet kan worden. Zoals reeds is aangegeven, heeft tien procent van koppels zelf te maken gehad met subfertiliteit. De bijdrage die osteopathie kan leveren heeft daardoor ook een maatschappelijk belang.

Osteopathisch denkmodel

De osteopathie is gebaseerd op een aantal grondbeginselen.

“De functie creëert de structuur en de structuur dirigeert de functie”. Hiermee wordt bedoeld dat weefsel zich aanpast aan de functie die van het weefsel wordt gevraagd, maar ook dat als weefsel eenmaal een bepaalde structuur heeft, dit weer invloed heeft op de functie. Mobiliteitsverlies van weefsel zal dus ook invloed hebben op de functie van het weefsel.

“Het lichaam heeft zelfregulerende krachten”

Het lichaam bezit zijn eigen genezende krachten en de aangeboren eigenschap zichzelf te verdedigen en zich aan te passen. Dit doet het lichaam bijvoorbeeld door middel van bloedstolling, bacteriedoding, littekenvorming en koorts. De osteopathie richt haar behandeling op het helpen van deze krachten, door de mobiliteit van het bindweefsel te optimaliseren.

“Het lichaam is een biologische eenheid”

Hiermee wordt bedoeld dat het menselijk lichaam alleen als eenheid kan functioneren. Het lichaam heeft een continue wisselwerking tussen fysiek en psychisch functioneren, maar ook een continue wisselwerking met zijn omgeving (www.college-sutherland.nl).

Definitie

Bij dit onderzoek is uitgegaan van subfertiliteit volgens de definitie van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. De definitie luidt als volgt: Subfertiliteit is het gedurende meer dan twaalf maanden uitblijven van een zwangerschap bij onbeschermde, op conceptie gerichte coïtus (NVOG 2004).

Epidemiologie

Het aantal nieuwe gevallen van subfertiliteit geregistreerd in de huisartsenpraktijk is 9 per 1000 vrouwen van 25 tot 44 jaar. De prevalentie in deze leeftijdscategorie bedraagt 22 per 1000 vrouwen per jaar. De cijfers bij vrouwen benaderen de cijfers bij 'paren'. Ongeveer 5% van alle paren blijft ongewild kinderloos (Van de Lisdonk 2008).

Bij op conceptie gerichte coïtus ontstaan tachtig procent van de zwangerschappen in de eerste zes menstruatiecycli. Van deze overige twintig procent wordt tien procent van deze vrouwen in de zes maanden daarna zwanger. Tien procent van de koppels krijgt te maken met twaalf onsuccesvolle cycli. Vanaf dit moment wordt gesproken over subfertiliteit. Hier is nog niet duidelijk of de oorzaak bij de vrouw of bij de man ligt.

In de volgende 36 maanden wordt bijna 55 procent van de vrouwen nog spontaan zwanger. Na het verstrijken van in totaal 48 maanden lijdt nog bijna 5 procent van de koppels aan subfertiliteit (Gnoth Godehardt et al 2005).

Een onderzoek uitgevoerd in Tomsk, west Siberië, toonde aan dat 16,7 procent van de koppels te maken had met subfertiliteit. Daarvan lagen de oorzaken voor 6,4 procent bij de mannen, voor 52,7 procent bij de vrouwen en voor 38,7 procent van de gevallen aan beiden (Philippov Radionchenko et al 1995).

Een vergelijkbaar onderzoek bij 430 koppels met subfertiliteit in Mongolië toonde aan dat de oorzaak hiervan voor 25,6 procent bij de mannen en voor 45,8 procent bij de vrouwen lag. Bij 18,8 procent van de koppels hadden beiden fertiliteitproblemen en bij 9,8 procent werd geen oorzaak gevonden (Bayasgalan Naranbat et al 2004).

In Frankrijk zijn drie regio's onderzocht en daar bleek de subfertiliteit onder koppels bij 14,1 procent voor te komen ongeacht of het probleem bij de man of vrouw werd gevonden (Thonneau Marchand et al 1991).

In Engeland werd een vergelijkbaar onderzoek gedaan naar koppels met fertiliteitproblematiek en daar werd een percentage van 12 procent gevonden (Hull Glazener et al 1985).

Hieruit blijkt dat de oorzaken van subfertiliteit in de meerderheid van de gevallen bij de vrouw gevonden worden. Het percentage koppels wat lijdt aan subfertiliteit ligt bij deze onderzoeken tussen de 12 en 16,7 procent.

Etiologie

In de onderstaande studies is het samen voorkomen van subfertiliteit met andere factoren onderzocht, die mogelijk een verband zouden kunnen hebben met subfertiliteit.

De meest voorkomende duidelijk aantoonbare reguliere oorzaken voor subfertiliteit bij de vrouw zijn ovulatieproblemen, tuba defecten, peritoneale verklevingen, endometriose en uteriene abnormaliteiten (Hull Glazener et al 1985).

Overgewicht blijkt een negatieve invloed te hebben op de fertiliteit van vrouwen. Hierbij is de wijze waarop het vetweefsel verdeeld wordt ook van belang. De mechanische werking is onbekend, maar overgewicht verlaagt het gehalte aan sekshormonen waardoor een grotere kans op anovulatie ontstaat. Toch heeft overgewicht ook invloed op de zwangerschapskansen bij subfertiële vrouwen die wel ovulaties hebben (Van der Steeg Steures et al 2008).

Vrouwen boven de 35 jaar, hebben bijna twee maal zoveel kans op onverklaarbare subfertiliteit dan vrouwen onder de 35 jaar (Maheshwari Hamilton et al 2008). Op 35- en 40-jarige leeftijd is de vruchtbaarheid respectievelijk 50% en 10% van die op 25-jarige leeftijd (Van Noord-Zaadstra Looman et al 1991).

Uit een ander onderzoek blijkt dat het bij rokende vrouwen langer duurt voordat conceptie plaatsvindt. In dit onderzoek werd ook bij paren waarvan alleen de man rookt (≥ 20 sigaretten per dag) een langere duur tot aan conceptie gevonden. Hierbij is het echter onduidelijk of dit het gevolg is van een verminderde vruchtbaarheid bij de man door het roken of dat dit een indirect effect is doordat de vruchtbaarheid van de vrouw verminderd is door het passief roken (Hull North et al 2000).

De kleine groep vrouwen die topsport bedrijft, heeft volgens onderzoek een grotere kans op verminderde fertiliteit. Bij toegenomen frequentie, duur en intensiteit van de fysieke activiteiten wordt de kans op infertiliteit groter (Gudmundsdottir Flanders et al 2009).

Methodologie

Om de vraagstelling te beantwoorden is informatie verzameld door middel van een literatuurstudie en semi-gestructureerde interviews. In dit hoofdstuk wordt de methode beschreven van het zoeken naar zowel osteopathische als reguliere literatuur. Daarna wordt de methode van de interviews beschreven. Nu volgen eerst de operationele definities.

Operationele definities

Infertiliteit: Er is sprake van infertiliteit als onomstotelijk is vastgesteld dat bij een (echt)paar één of beide partners niet in staat is om nakomelingen te krijgen.

Subfertiliteit: Subfertiliteit is het gedurende meer dan twaalf maanden uitblijven van een zwangerschap bij onbeschermd, op conceptie gerichte coïtus.

Relatieve infertiliteit: Hier is sprake van verminderde vruchtbaarheid waarbij iemand al wel eerder één of meer kinderen heeft mogen krijgen.

Regulier fertiliteitstraject: Het traject wat wordt gevolgd volgens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) na vaststelling van subfertiliteit.

§ 1.1 Zoekmethode literatuur

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van zoveel mogelijk Nederlandse literatuur. Er is terug gezocht tot en met 1990, met uitzondering van een artikel uit 1985.

Reguliere literatuur

In tegenstelling tot de osteopathische literatuur over subfertiliteit is er in het reguliere circuit een overvloed aan onderzoek naar subfertiliteit bij vrouwen. Voor het vinden van reguliere literatuur is voornamelijk gebruik gemaakt van pubmed. Met de zoektermen infertility, causes en female zijn vijf bruikbare resultaten gevonden. Vervolgens is met de zoektermen: IVF, ICSI, IUI, gecombineerd met prognosis, effects, percentage, succes, rate of pregnancies en efficiency gezocht. Met name de gecombineerde zoektermen met IVF leverde bruikbare artikelen op. Met alleen de zoekterm subfertility zijn nog meer bruikbare artikelen gevonden. Vervolgens is er via het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) gezocht met de term subfertiliteit. Via Google en met de zoektermen “richtlijnen” en “subfertiliteit” is gebruik gemaakt van de site van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Osteopathische literatuur

Verschillende bronnen zijn gebruikt om tot een volledig overzicht van osteopathische literatuur te komen. Zowel internet, als boeken en tijdschriften zijn daarvoor gebruikt.

Zoekopdrachten via internet hebben een gering aantal bevindingen opgeleverd. De meeste literatuur is gevonden met behulp van de site van de Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO), afdeling Osteopathie & Wetenschap. Hier werd doorgelinkt naar diverse zoekmachines, opleidingen, verenigingen en internetsites. De PUBMED search en www.osteopathic-research.com met de zoektermen: fertility, pregnancy, osteopathic treatment, infertility osteopathy en osteopathic treatment AND fertility leverden de meeste informatie op. De site www.belso.be en persoonlijke communicatie hebben ook nog bevindingen opgeleverd. Deze bronnen zijn besteld, via internet gedownload of via collega's bemachtigd.

Helaas bestaat er nog geen digitale weergave van alle theses en/of case-studies die tot op heden gemaakt zijn. Wél heeft College Sutherland een beperkt overzicht van theses. Om te achterhalen of er al osteopathisch onderzoek gedaan is naar subfertiliteit bij vrouwen, is College Sutherland te Amsterdam benaderd voor meer informatie en de bibliotheek van College Sutherland te Amsterdam is geraadpleegd.

§ 1.2 Het semi-gestructureerde interview

Omdat er binnen de osteopathie op het gebied van subfertiliteit nog weinig is vastgelegd, is ervoor gekozen om explorerend onderzoek te doen via semi-gestructureerde interviews. Op deze manier kan er onderzoek gedaan worden naar de ervaringen door osteopaten met het behandelen van subfertiliteit bij vrouwen. Het voordeel van een semigestructureerd interview is het sterk ontdekkend element (Gillham 2005). Door grotendeels open vragen te stellen worden alle mogelijke antwoorden open gelaten. Daarna kan er door middel van gerichte vragen ingegaan worden op het antwoord.

§ 1.2.1 De voorbereidende fase

Allereerst zijn inclusiecriteria opgesteld. Deze zijn opgesteld als waarborg voor de kwaliteit van de te verwerven informatie.

Inclusiecriteria

- De geïnterviewde osteopaten zijn minimaal 5 jaar als osteopaat werkzaam.
- De geïnterviewde osteopaten zijn lid van een erkende beroepsvereniging en register.

- De geïnterviewde osteopaten hebben minimaal 10 vrouwen met de hulpvraag subfertiliteit behandeld.

Exclusiecriteria

Osteopaten, die minder dan 5 jaar als osteopaat werkzaam zijn, die geen lid zijn van een erkende beroepsvereniging en register en minder dan 10 vrouwen met de hulpvraag subfertiliteit behandeld hebben, komen niet in aanmerking om deel te nemen aan het onderzoek.

Opstellen onderzoeksschema

Om het interview zo betrouwbaar en valide mogelijk te maken is er een zorgvuldig voortraject geweest waarin een aantal voorbereidende stappen van essentieel belang is geweest. Er is een interviewschema opgesteld en het doel van het interview is bepaald. Het interview moet inzicht geven in de ervaring van osteopaten met het behandelen van subfertiliteit bij vrouwen. De inclusiecriteria zijn mede bepalend geweest voor de afbakening van het onderwerp.

Hierna zijn zes topics vastgesteld die ter sprake komen in de interviews. De topics zijn gericht op het behandelproces en de verschillende onderdelen van een behandelingssessie. Het patiëntenprofiel, de diagnostiek, de behandeling zelf, het resultaat, de adviezen die aan de patiënten zijn gegeven en overige factoren die mogelijk een rol spelen.

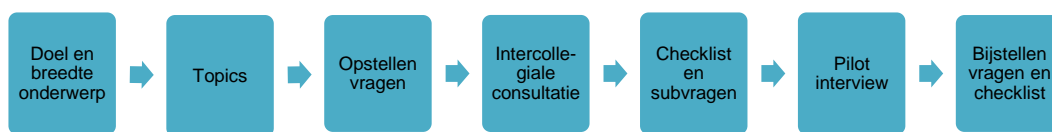
Aan de hand van de topics zijn er vragen opgesteld. De vragen hebben een open karakter om zo de antwoorden van de geïnterviewde osteopaten niet te sturen. Dit zorgt ervoor dat er veel informatie verzameld kan worden op een breed vlak (Gillham 2005). De vragen zijn mede tot stand gekomen door bevindingen uit het literatuuronderzoek en intercollegiale consultatie. Het literatuuronderzoek heeft inzicht gegeven in factoren die mogelijk een rol spelen bij subfertiliteit bij vrouwen. Deze factoren worden in het interview verwerkt als subvragen of prompts en zijn in een checklist opgenomen (zie bijlage). Deze checklist is gebruikt tijdens het interview om het interview te standaardiseren. Het heeft ervoor gezorgd dat er vergelijkbare interviews zijn ontstaan, waarin al deze factoren aan de orde zijn gekomen (Gillham 2005).

De vragen en subvragen zijn door intercollegiale consultatie en door middel van een pilot interview gecheckt op validiteit en duidelijkheid. Aan de hand van deze feedback zijn de vragen aangepast.

Pilot interview

Alvorens de interviews hebben plaatsgevonden, is er een pilot interview afgenomen. Het doel van deze pilot was overzicht krijgen van het vragenschema, bekend raken met het proces van het interview en prompts uitbreiden (Gillham 2005).

Het pilot interview is goed verlopen en heeft enkel geleid tot kleine veranderingen. Omdat de veranderingen niet van substantieel belang waren, zijn de gegevens uit dit pilot interview opgenomen in de resultaten.



Figuur 1, voorbereidende fase

§ 1.2.2 Het interview

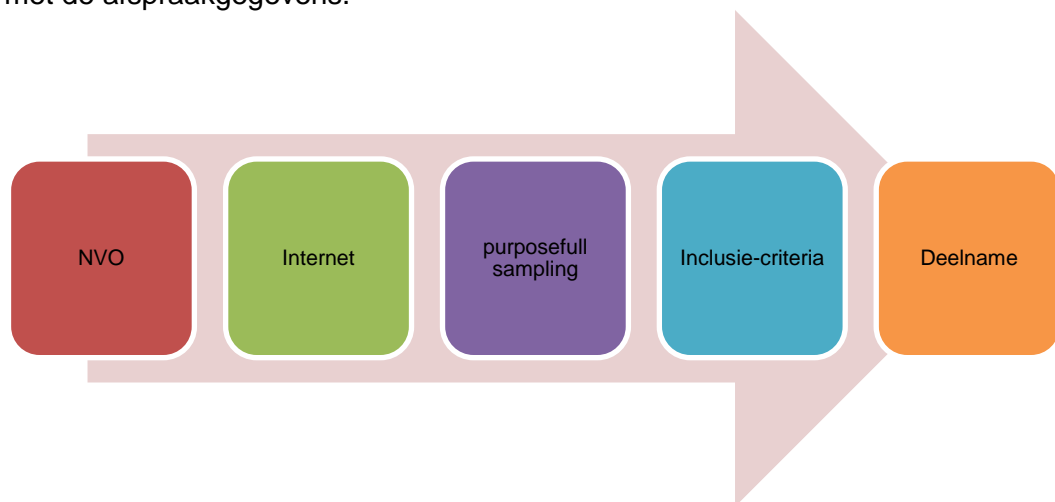
Selectie osteopaten

De selectie van de osteopaten is een belangrijke stap in dit onderzoek. Hierbij is gebruik gemaakt van 'purposefull sampling'. Er is gezocht naar potentiële deelnemers met behulp van de Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO). De NVO is daarvoor benaderd omdat zij een lijst hanteert van osteopaten die zowel bij het Nederlands Register voor Osteopathie (NRO) als bij de Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF) geregistreerd zijn (zie inclusiecriteria). Er is bij de NVO navraag gedaan naar osteopaten die gespecialiseerd zijn in subfertiliteitsklachten bij vrouwen. Momenteel bestaat er nog geen lijst van osteopaten met hun specialisatie en nascholingen. De NVO verwijst voor verdere informatie naar het Integraal Medisch Centrum (IMC) te Amsterdam.

Er is via e-mail contact opgenomen met het Integraal Medisch Centrum (IMC). Op de post-osteo-site van College Sutherland is een lijst gepubliceerd van osteopaten die de cursus 'Pelvis Minor bei Frauen' hebben afgerond.

Verder zijn kandidaat osteopaten gezocht via internet, via het FORUM van de NVO-website en "De Osteopaat". Tevens zijn beide Nederlandse docenten van de cursus "Pelvis Minor bei Frauen" in Hamburg (Duitsland) benaderd voor deelname.

De eerste benadering van de geselecteerde osteopaten heeft plaatsgevonden door middel van een e-mail. In deze e-mail wordt uitleg gegeven over het doel en belang van het onderzoek en wat er verwacht wordt van deelnemers bij deelname. Tevens is informatie gegeven over de locatie en duur van het interview. Omstreeks een week na verzending van de e-mail is telefonisch contact gezocht met de potentiële deelnemers waarin verdere voorlichting heeft plaatsgevonden over het interview zelf, de inclusiecriteria en het belang van het interview. Er is gevraagd of deze persoon bereid is deel te nemen aan het onderzoek en daarna is een afspraak gepland. Hierna is er een e-mail gestuurd met de afspraakgegevens.



Figuur 2, selectie osteopaten

Afname interview

Alvorens het daadwerkelijke interview is gestart, is een aantal zaken nader toegelicht, namelijk het doel van het onderzoek, het verloop van het interview, de noodzaak van de opname van het gesprek, de analyse van de gegevens en de vertrouwelijkheid van het interview. De geïnterviewde osteopaat had daarna de mogelijkheid tot het stellen van vragen. Tot slot werd de kwaliteit van de opname gecontroleerd.

Het interview is afgenomen door twee onderzoekers. Dit heeft als voordeel dat er een extra controle is en dat de onderzoekers elkaar kunnen aanvullen. Dit in combinatie met het gebruik van de checklist, heeft ervoor gezorgd dat alle vragen en subvragen aan bod zijn gekomen. Elk interview is gestart met de datum, locatie, naam en leeftijd van de geïnterviewde osteopaat, aan welke opleiding hij gestudeerd heeft, wanneer hij is afgestudeerd, welke bij- en nascholing er gevolgd is en hoeveel vrouwen behandeld zijn met subfertiliteit. Hierna werden de interviewvragen gesteld.

Nadat alle inhoudelijke vragen zijn gesteld, is de osteopaat gevraagd om door middel van een numerieke schaal aan te geven hoe effectief in zijn beleving osteopathie is bij subfertiliteitsklachten.

Na het afnemen van de vragen is geïnformeerd of de geïnterviewde osteopaat alles ter sprake heeft kunnen brengen of dat hij zaken heeft gemist in het interview die in het belang zijn van dit onderzoek om toch te vermelden. Later is een follow-up e-mail gestuurd met daarin de transcriptie. Hierbij werd ook de mogelijkheid gegeven om latere ingevingen van de geïnterviewde osteopaat te melden. Hierna is het interview afgesloten.

§ 1.3 Gegevens verwerking; transcriptie data-extractie en analyse

Transcriptie

Transcriptie van een interview is door één van de twee onderzoekers binnen een week na het interview gestart. Het transcriberen heeft plaatsgevonden in blokken van twee uur. De gemiddelde duur van de transcriptie van een interview bedroeg tien uur. Aarzelingen en stopwoorden die niets aan het interview toevoegen zoals 'euhm', 'ok' en 'ja' etc., zijn niet meegenomen in de transcriptie. De onduidelijke stukken zijn weergegeven tussen [].

De transcriptie is hierna door de onderzoeksgroep onderling gecontroleerd door zowel de audioband te beluisteren als de transcriptie te lezen en indien nodig aan te passen. Dit heeft gemiddeld vijf uur per transcriptie geduurd.

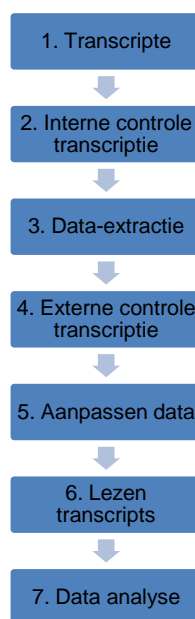
Data-extractie

Nadat de transcriptie is voltooid, heeft er een proces van datareductie plaatsgevonden. Dit houdt in dat de inhoud van de transcriptie is teruggebracht tot de werkelijke inhoud. Herhalingen, zinnen en woorden die niets toevoegen, worden weggelaten. De tekst is verder niet veranderd en de exacte woorden van de geïnterviewde zijn gebruikt. De eerste onderzoeker heeft hierna de potentieel te gebruiken data gemarkeerd, zodat er geen data verloren zijn gegaan. Hierna heeft er een onafhankelijke controle plaatsgevonden, waarbij ook de tweede onderzoeker de substantiële elementen van de transcriptie heeft gemarkeerd. Dit heeft geleid tot de definitief te gebruiken data.

De transcriptie met de gemarkeerde te gebruiken data, is naar de geïnterviewde osteopaat gestuurd per e-mail. De osteopaat heeft gecontroleerd of de data overeenkomen met hetgeen hij duidelijk heeft willen maken. Nadat deze controle heeft plaatsgevonden, is, indien nodig, de transcriptie aangepast. Dat was in één geval nodig. Achteraf zijn toevoegingen gedaan door drie osteopaten. Daarna zijn ze allemaal achtereenvolgens gelezen, ter bevordering van analyse en categorisatie van de gegevens.

Analyse

Om overzichtelijk te kunnen analyseren, zijn alle definitief gemarkeerde transcripties uitgeprint. De markering heeft ervoor gezorgd dat de te gebruiken informatie snel gevonden kon worden. De analyse heeft plaatsgevonden aan de hand van de interviewvragen. De antwoorden werden in elke transcriptie met het nummer van de corresponderende vraag genummerd. Per vraag zijn alle antwoorden genoteerd en is er geturfd hoe vaak dit antwoord werd gegeven. Aan de hand van de antwoorden zijn categorieën gemaakt. De resultaten zijn per categorie in een tabel weergegeven.



Figuur 3, verwerking gegevens

Resultaten literatuurstudie over subfertiliteit bij de vrouw

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de zoektocht naar literatuur en de bevindingen uit de literatuur weergegeven.

§ 2.1 Resultaten van de zoektocht naar literatuur

In totaal heeft de zoektocht op internet naar reguliere literatuur 14 bruikbare artikelen opgeleverd.

De zoektocht naar osteopathische literatuur heeft op internet drie bruikbare bevindingen opgeleverd. Persoonlijke communicatie heeft nog twee bronnen opgeleverd. In totaal leverde dit vijf bruikbare informatiebronnen op. Het betrof één case-study en vier theses.

Van twee van deze onderzoeken was het helaas niet mogelijk om het volledige werk te bemachtigen. Om toch een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van osteopathie en subfertiliteit, is gebruik gemaakt van het abstract van deze onderzoeken.

De zoektocht in de College Sutherland bibliotheek leverde één thesis op van Alexander ten Haam (1996). Deze studie betrof een beschrijving van een mogelijke behandeling zonder wetenschappelijke basis. Om deze reden is deze thesis niet geïncludeerd.

§ 2.2 Reguliere behandelingsmethoden volgens de NHG standaard

Bij het uitblijven van zwangerschap na meer dan 12 maanden onbeschermd, op conceptie gerichte coïtus vindt een anamnese en een onderzoek naar ovulatiestoornissen en de doorgankelijkheid van de tubae plaats. Het aanvullend onderzoek bestaat uit spermaonderzoek en een chlamydia-antistof test. Bij ovulatiestoornissen, aanwijzingen voor tubopathologie of een sterk verminderde kwaliteit van het sperma wordt het paar doorverwezen voor verdere diagnostiek en behandeling. Hierbij moet de zwangerschapskans minder dan 30% zijn in het volgende jaar, of de vrouw moet 38 jaar of ouder zijn. Bij normale bevindingen en een zwangerschapskans van minder dan 40% wordt gedurende 6 maanden tot 1 jaar een afwachtend beleid gevolgd. Om deze kans te schatten wordt in deze standaard en in relevante richtlijnen voor de tweede lijn gebruikgemaakt van een predictiemodel. Met behulp van dit model kan aan de hand van de duur van de zwangerschapswens, de leeftijd van de vrouw, de aanwezigheid van primaire of secundaire subfertiliteit, de uitslag van de chlamydia-antistof test (CAT) en het spermaonderzoek de zwangerschapskans in het komende jaar geschat worden (<http://nhg.artsennet.nl>).

Na doorverwijzen zijn er de volgende behandelingsmogelijkheden.

Ovulatie-inductie

Dit is een procedure waarbij vruchtbaarheidsbevorderende medicijnen worden toegediend om eicelrijping te stimuleren. Dit gebeurt bij vrouwen bij wie geen eisprong plaatsvindt. Dit zijn vaak vrouwen met polycysteus-ovariumsyndroom (PCOS). Bij paren met een onverklaarde subfertiliteit verhoogt ovulatie-inductie de kans op een zwangerschap niet.

Tubachirurgie

Deze behandelvorm wordt alleen toegepast bij milde en matige tubapathologie. Dan nog moet een afweging plaatsvinden tussen microchirurgische behandeling (eventueel laparoscopisch uitgevoerd) en in-vitrofertilisatie (IVF). Resultaat van tubachirurgie in de vorm van zwangerschap kan tot ongeveer 2 jaar na operatie worden verwacht (90% binnen 15 maanden). Mede in verband hiermee wordt in het algemeen een leeftijdsgrens van 38 tot 40 jaar gehanteerd.

Intra-uteriene inseminatie (IUI)

Deze methode wordt toegepast bij paren met onverklaarde subfertiliteit op basis van een verminderde kwaliteit van het sperma, een moeilijkerere doorgankelijkheid van het slijm van de baarmoedermond, bij wie de kans op spontane zwangerschap minder is dan 30 procent of bij wie ook na een verlengde periode van proberen spontane zwangerschap uitblijft. Alleen indien de vrouw 38 jaar of ouder is, wordt direct IVF aangeboden.

Bij een IUI-cyclus wordt semen opgewerkt in een laboratorium en worden motiele spermatozoa geconcentreerd in een klein volume dat op een goed gekozen ogenblik rechtstreeks in de uterus wordt gespoten. IUI wordt met en zonder ovariële hyperstimulatie toegepast.

In-vitrofertilisatie (IVF)

Paren van wie er bij de vrouw sprake is van dubbelzijdige tubapathologie, paren waarbij IUI na 4 cycli met stimulatie of 6 cycli zonder stimulatie zonder resultaat blijft, en paren waarvan de vrouw 38 jaar of ouder is, komen in aanmerking voor IVF. Hierbij worden zaadcellen en eicellen buiten het lichaam samengebracht en wordt onder de microscoop bekeken of fertilisatie heeft plaatsgevonden. Vervolgens worden maximaal 2 bevruchte eicellen in de uterus teruggeplaatst.

Intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI)

ICSI is een variant van IVF, waarbij één zaadcel in de eicel wordt geïnjecteerd. Deze methode wordt toegepast bij zeer ernstige stoornissen van de zaadkwaliteit.

Eiceldonatie

Hierbij volgt dezelfde procedure als bij IVF alleen dan met een donoreicel.

§ 2.3 Resultaten osteopathische literatuur

In de gevonden literatuur worden voornamelijk relaties beschreven tussen uterus, tubae, ovariae en hun omgeving. Ook het belang van een goede mobiliteit rondom hormoonproducerende structuren, zoals hypofyse en ovariae, wordt beschreven. Tevens komt aan de orde het belang van een goede arteriële en veneuze doorbloeding van al deze systemen.

In de case-study *“Osteopathie en conceptieproblemen”* van Tanja Kamphuis (2010) worden relaties beschreven tussen caecum en tuba met ovarium dextra. Tussen sigmoid en arteria en vena ovarica en ligamentum suspensorium ovarii wordt een relatie beschreven. Ook wordt de samenhang van het cavum van Douglas met de uterus genoemd.

Ook worden relaties van de uterus beschreven met os pubis, foramen obturatorium, het sacro-iliacaal gewricht (SIG), het peritoneum parietale inferior (PPI) met zijn recessi, het diafragma pelvis, het diafragma urogenitale en de sluitspieren.

Fasciaal werden het caecum en het sigmoid via de linker clavicula in verband gebracht met craniale dysfuncties waaronder basis cranii en de dura mater cranialis.

Dysfuncties van de synchondrosis-spheno-basilaris (SSB) werden in verband gebracht met mogelijke consequenties voor productie en afgifte van de gonadotrope hormonen door de hypofyse.

In de thesis *“A woman with the problem of infertility receiving osteopathic treatment has an increased chance of becoming pregnant”* van Monika Kirchmayr (2006) wordt de negatieve invloed beschreven van zwangerschap, bevallingen, inknippen van het perineum (episiotomie), trauma's, operaties en infecties op de uterus en haar verbindingen met andere delen van het lichaam.

Ook wordt verwezen naar een onderzoek waaruit blijkt dat tijdens het orgasme van de vrouw een ritmische liftreflex van de uterus en daarmee een opening van de cervix ontstaan. Een verminderde mobiliteit van de uterus heeft het niet goed kunnen openen van de cervix tot gevolg. Dit heeft invloed op de fertiliteit van de vrouw (Masters Johnson 1979).

Het belang van een goede positie van de uterus en goede kwaliteit van het bindweefsel van de uterus en bijbehorende ligamenten wordt beschreven om ischias, pijn rond de menstruatie, verminderde vascularisatie en verminderde immuunreacties in dit gebied te voorkomen.

Problemen aan het peritoneum hebben een directe invloed op beide ovariae. Het rechter ovarium heeft een directe verbinding met caecum en appendix terwijl bij het linker ovarium via het lymfatische en veneuze systeem een relatie wordt gelegd met het voortplantingssysteem. Verminderde drainage in het kleine bekkengebied kan resulteren in een naar links gefixeerde cervix en congestie van het linker ovarium.

In deze thesis zijn tien vrouwen met subfertiliteit gedurende zes maanden behandeld, met daarna een periode van drie maanden zonder enige behandeling. Van deze vrouwen is 70 procent zwanger geworden in deze negen maanden. Van deze tien vrouwen ondervonden zes vrouwen veel stress in hun

beroep, acht vrouwen hadden een SSB dysfunctie, vijf vrouwen hadden een uterusdysfunctie, vijf vrouwen hadden een dysfunctie ter hoogte van de dura mater, vier vrouwen hadden een sacrumdysfunctie en drie vrouwen hadden een dysfunctie ter hoogte van de darmen.

In de thesis "*Unexplained subfertility and osteopathic treatment*" van Astrid Kapper (2006) worden de veranderingen van doorbloeding van de ovaria en uterus beschreven gedurende een normale menstruatiecycclus.

Tijdens de follikelfase is de doorbloedingssnelheid en daardoor de weerstand van arteriële doorbloeding van uterus en ovaria hoog. Tijdens de secretiefase neemt de weerstand van de arteriële doorbloeding af. Dit zou een optimale vascularisatie geven van de uterus voor de implantatie van de blastocyste (Tan Zaidi et al 1996). Een ander onderzoek beschrijft dat vrouwen met subfertiliteit een hogere weerstand van de doorbloeding van de a. uterina hebben (Battaglia Sgarbi et al 1998). Ook Steer vond dat de weerstand van de doorbloeding van de uterus in de luteale fase in verband zou kunnen staan met subfertiliteit en de dikte van het endometrium (Steer Tan et al 1994).

In deze thesis is een vergelijkbaar onderzoek gedaan als van Monika Kirchmayr (2006). Hier zijn tien vrouwen maximaal acht keer behandeld in zes maanden tijd. Van deze vrouwen is tien procent zwanger geworden in deze zes maanden. Zeven van deze vrouwen hadden een stoornis in hun menstruatiecycclus, zes gaven aan een hoog stress niveau te hebben en drie vrouwen hadden urineweginfecties in het verleden gehad.

Volgens het abstract "*Het osteopathisch onderzoek bij vrouwelijke fertiliteitproblematiek: bevindingen en de (meer)waarde ervan naast de klassieke onderzoeken*" van An Delbeke (2010) is bij 31 vrouwen osteopathisch onderzoek verricht. Hier werd bij 87% een letsel in het craniale systeem terug gevonden en bij 84% was de uterus aangedaan. Dit onderzoek toont aan dat bij deze 31 vrouwen bepaalde letsels frequent voorkomen. Dit kan betekenen dat fertiliteitproblemen mede een mechanische oorzaak hebben.

In het abstract "*Osteopathische benadering van vrouwen met relatieve infertiliteit*" van Sandra van Cantfort (2007) wordt de vasculaire relatie tussen het gynaecologisch systeem en de nier gelegd. Het belang van transformatie van cholesterol naar androgenen, oestrogenen en progesteron in de lever wordt genoemd. Via de craniale membranen en het SSB wordt een relatie gelegd met het hypothalamus-hypofyse-systeem. Neurovegetatief wordt de invloed van de plexus hypogastricus op het kleine bekken beschreven.

§ 2.4 Resultaten IUI, IVF en ICSI

In 2003 is in Nederland een retrospectief onderzoek gedaan in 58 ziekenhuizen waar alle resultaten van IUI zijn geregistreerd. Het zwangerschapspercentage betrof 9,0 per cyclus met een doorgaande zwangerschapskans van 7,3% (Steures Van der Steeg et al 2006).

Het effect van IVF is nog steeds alleen bewezen effectief bij vrouwen met inoperabele tubopathologie. Desondanks heeft uitbreiding van deze techniek bij andere indicaties voor subfertiliteit plaatsgevonden. Idealiter zou een gerandomiseerde studie, waarbij de resultaten van IVF en ICSI worden vergeleken met langer afwachten dit bewijs kunnen leveren. Een dergelijke studie wordt evenwel niet ethisch geacht (Lintsen Bouwmans et al 2002).

In de Radboud universiteit in Nijmegen is een onderzoek gedaan naar de zwangerschapskans bij koppels met subfertiliteit na toepassing van ICSI of IVF. Hierbij zijn 4928 koppels gevolgd voor 12 maanden. Bij 44,8% van deze koppels is in die tijd een zwangerschap ontstaan. Hierbij waren de kansen bij ICSI hoger dan bij IVF (Lintsen Eijkmans et al 2007).

Resultaten interviews

In dit hoofdstuk worden eerst de resultaten van de selectie van de osteopaten besproken, waarna per interviewvraag de resultaten van het interview aan bod komen en tot slot de numerieke schaal.

§ 3.1 Selectie osteopaten

De internet search naar literatuur heeft drie kandidaat osteopaten opgeleverd, waarvan twee osteopaten voldeden aan de inclusiecriteria en hebben deelgenomen aan dit onderzoek.

Purposefull sampling heeft vier osteopaten opgeleverd welke voldeden aan de inclusiecriteria, daarvan hebben drie osteopaten deelgenomen aan dit onderzoek. Van de benaderde docenten Pelvis minor heeft één osteopaat deelgenomen aan dit onderzoek.

Er is een oproep voor deelname aan dit wetenschappelijk onderzoek geplaatst op het FORUM van de NVO website. Vanwege het uitblijven van reacties via het FORUM, heeft de eindredacteur van “De Osteopaat” aangeboden om een oproep voor deelname te plaatsen in “De Osteopaat”. Helaas heeft dit in verband met het tijdsplan geen resultaten opgeleverd.

In totaal heeft dit zes osteopaten opgeleverd die aan de inclusiecriteria voldeden en bereid waren aan dit onderzoek deel te nemen. Het betreft twee vrouwen en vier mannen.

§ 3.2 Interview

De interviews zijn afgenomen in week 26, 38, 41 en 42. Alle interviews hebben bij de osteopaten in hun eigen praktijk plaatsgevonden. De interviewtijd bedroeg tussen de 19 en 55 minuten.

Osteopaat	Leeftijd	Geslacht	Jaar afgestudeerd
A	40	man	2003
B	53	man	2002
C	55	man	1993
D	41	vrouw	2003
E	38	vrouw	2002
F	46	man	2002

Tabel 1, kenmerken deelnemende osteopaten

De resultaten van de interviews zijn verwerkt volgens de interviewvragen van de checklist.

1. *Hoe ziet het meest voorkomende patiëntenprofiel eruit van een vrouw met subfertiliteit in een osteopathie praktijk?*

De leeftijd van de vrouwen is gemiddeld volgens alle geïnterviewden tussen de 30 en 40 jaar oud. Gemiddeld zijn deze vrouwen 1 tot 2 jaar bezig met zwanger worden voordat ze in de praktijk komen, met uitschieters tot 7 jaar.

Sommigen hebben al een kind en zwanger worden van de tweede lukt niet. Als mogelijke verklaring wordt aangegeven dat het eerste kind lang ingedaald heeft gezeten met als mogelijk gevolg verklevingen in dat gebied.

Alle geïnterviewden noemen dat veel van deze vrouwen werken en vaak hoog opgeleid zijn. Ook wordt “controle willen hebben” en “weinig tijd hebben voor andere dingen” genoemd. De wil om zwanger te worden is heel groot.

De meeste vrouwen zitten in een regulier behandeltraject of hebben daar al in gezeten voordat ze beginnen met osteopathische behandelingen.

De behandelingen vinden plaats tijdens of na een afgerond regulier behandeltraject. Daarnaast zijn er vrouwen die beginnen met een alternatief traject.

Meer voorkomende klachten die zijn genoemd, zijn een afwijkende cyclus, premenstrueel syndroom (PMS), endometriose en spijsverteringsproblematiek. Ook worden blaasontstekingen in het verleden, cystes en postoperatieve status genoemd.

Osteopaat	Leeftijd	Tijd zwanger worden	Patiëntenprofiel	Voortraject	Comorbiditeit
A	30+ jr.	1-2 jr.	Goed geschoold, weinig tijd, drukke vrouwen	Langere tijd in regulier fertiliteitstraject	Geen bijzonderheden
B	30-40 jr.	6-7 jr.	Werkende, drukke vrouwen	Voor, tijdens, na en afgewisseld met regulier fertiliteitstraject	Menstruatie klachten, PMS
C	35 + jr.	>1 jr.	Hoog opgeleid, vrouwen met weinig tijd	Tijdens regulier fertiliteitstraject	Endometriose, ontstekingen, cystes, postoperatief en herstel na 1 ^e zwangerschap
D	30-40 jr.	± 2 jr.	Veel hoger opgeleide vrouwen	Tijdens regulier fertiliteitstraject	Endometriose, blaasontstekingen en verteringsproblematiek
E	35+ jr	>1 jr.	Perfectionistische hardwerkende vrouwen, “controle”	Voor, tijdens en na regulier fertiliteitstraject	Afwijkingen cyclus, PMS, verteringsproblematiek
F	± 35 jr.	>2 jr.	Zakenvrouw, carrière.	Tijdens, na of afgewisseld regulier fertiliteitstraject	Afwijkingen cyclus

Tabel 2, patiëntenprofiel
(pms = premenstrueel syndroom)

2. Wat waren bij deze patiëntengroep veel voorkomende dysfuncties?

Dysfuncties ter hoogte van de uterus zijn de meest genoemde osteopathische dysfuncties. Op visceraal niveau worden dysfuncties van colon, intestinum, hepar en ovariae genoemd. Parietaal worden dysfuncties van peritoneum parietale inferior (PPI), sacrum, lumbale wervelkolom (LWK) en bekken genoemd. Vier van de geïnterviewden vonden vaker verminderde uitdrukking van het craniale systeem.

Osteopaat	Uterus	(Congestie) kleine bekken	Hepar	Intesti- num	Colon	Mediastinum	Ovariae
A	X						
B	X			X	X		
C	X						X
D	X	X	X			X	
E	X	X	X			X	
F	X		X	X	X		

Tabel 3, viscerale dysfuncties

Osteopaat	PPI	Sacrum	Bekken	LWK	Diafragma abdominale	Coccyx	Bekken- bodem mm.
A	X	X	X	X			
B	X	X	X	X			
C							
D	X	X	X		X		
E	X				X	X	X
F							

Tabel 4, parietale dysfuncties

(PPI = peritoneum parietale inferior, LWK = lumbale wervelkolom, mm. = musculatuur)

Osteopaat	Uitdruk systeem↓	SSB/ basis cranii	RSM
A	X		
B			
C			
D	X	X	
E	X	X	
F			X

Tabel 5, craniale dysfuncties

(↓ = verminderd, SSB = synchondrosis-spheno-basilaris, RSM = reciproke spanningsmembraan)

3. Wat heeft u behandeld?

De meeste osteopaten behandelen in ieder geval de uterus en het PPI. Vier van de zes osteopaten behandelen vaak biodynamisch. Een aantal osteopaten gebruiken interne technieken.

4. Hoe hebben deze vrouwen op de behandelingen gereageerd?

Het percentage zwanger geworden vrouwen, al dan niet in combinatie met een regulier fertiliteitstraject, varieert bij de geïnterviewden van 20 tot 83,3 procent. Het aantal behandelingen varieert tussen de drie en acht. Er is een overeenkomst geconstateerd bij een aantal vrouwen, dat niet zwanger heeft kunnen raken. Die overeenkomst ligt bij psychische en/of emotionele stress.

Osteopaat	Aantal behandelde vrouwen	Percentage	Aantal behandelingen
A	10	50 %	3-4
B	12	83,3 %	4 (6 maanden)
C	>200*	20 %	3-4 (soms trajectbegeleiding)
D	20-24	50 %	3-8 (± 8 maanden)
E	50-60	70 %	4-5 (max. 6 maanden)
F	± 25	30 %	7

Tabel 6, resultaat
(* 36 dit jaar)

5. Was er een relatie tussen het patiëntenprofiel en de resultaten? En zo ja, welke?

Er is geen relatie genoemd tussen het patiëntenprofiel en de resultaten. De relatie tussen de dysfuncties en de resultaten is onduidelijk. De reden die hiervoor gegeven wordt, is dat het zwanger worden dusdanig multifactorieel bepaald is dat een dergelijke relatie moeilijk in de praktijk vast te stellen is.

6. Zijn er volgens u andere factoren buiten de osteopathische dysfuncties van invloed op de subfertiliteit?

Voeding wordt door alle osteopaten genoemd als factor die invloed heeft op de fertiliteit, maar ook het psychisch welbevinden van deze patiënten wordt door de meesten genoemd. Het effect van externe stressfactoren lijkt volgens deze osteopaten de fertiliteit ook negatief te beïnvloeden, net als problemen in de partnerrelatie.

Osteopaat	Voeding	Externe stressfactoren	Psychische factoren	Partnerrelatie
A	X	X		X
B	X	X	X	
C	X	X	X	
D	X	X	X	X
E	X	X	X	X
F	X	X	X	X

Tabel 5, overige factoren

7. Welke adviezen en voorlichting heeft u deze vrouwen tijdens de behandelingen meegegeven?

Alle geïnterviewden geven voorlichting over voeding, en de meesten over de anatomie en fysiologie van het kleine bekken, de cyclus en de conceptie. Ook wordt gesproken over balans tussen rust en werk. Het merendeel van de osteopaten werkt samen met een mesoloog. Daarnaast wordt samengewerkt met psychotherapeuten, haptonomen, en acupuncturisten. Advies wordt niet door alle osteopaten standaard gegeven.

Osteopaat	Voeding	Conceptie	Cyclus	Anatomie & fysiologie	Rust (balans werk)
A	X	X	X	X	X
B	X	X	X	X	
C	X	X	X	X	X
D	X				
E	X	X	X	X	
F	X				X

Tabel 6, adviezen / voorlichting over voeding, conceptie enz.

Osteopaat	Mesologie	Psychotherapie	Acupunctuur	Haptonomie	Diëtist
A					
B	X	X			
C	X		X		
D	X				
E				X	
F	X	X			X

Tabel 7, samenwerking

§ 3.3 Numerieke Schaal

De resultaten die door middel van de numerieke schaal zijn verkregen, zijn niet verwerkt, zie discussie.

Discussie

In dit deel van de thesis wordt puntsgewijs ingegaan op de literatuurstudie, methodologie en de resultaten.

§ 4.1 Literatuurstudie

Om de kwaliteit te waarborgen is bij de reguliere literatuur alleen gebruik gemaakt van gepubliceerde artikelen. Sommige van deze artikelen zijn enigszins gedateerd. Dit kan een vertekend beeld geven ten opzichte van de huidige situatie. Er is voor gekozen deze artikelen wel te gebruiken vanwege hun toegevoegde waarde.

Twee van de vier gevonden theses heeft de onderzoeksgroep niet kunnen bemachtigen. Om toch een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van osteopathie en subfertiliteit zijn de abstracts van deze onderzoeken gebruikt.

De gedane uitspraken van de case-study gelden voor deze ene patiënt en kunnen niet gebruikt worden voor een grotere populatie. De gebruikte theses over de osteopathische literatuur bestaan allemaal uit een klein onderzoek, waarbij $N < 60$. Daarbij heeft niemand gebruik gemaakt van een controlegroep. Hierdoor is het niet mogelijk om een uitspraak te doen over de eventuele invloed van de osteopathie op subfertiliteit bij vrouwen.

Er is nog een reden geen uitspraak te doen over de effectiviteit van de osteopathie: de gevonden slagingspercentages lopen in zowel de literatuur als in de interviews enorm uiteen. Mogelijke oorzaken hiervan zijn niet alleen de kleinschaligheid van de studies, maar ook het gegeven dat sommige van de genoemde slagingspercentages in de interviews berusten op een schatting. Bovendien kan het osteopathische behandelingen betreffen die gecombineerd zijn met een regulier fertiliteitstraject.

Het percentage doorgaande zwangerschappen in Nederland na een behandeling met IUI ligt op 7,3 procent (Steures Van der Steeg et al 2006). Nadat vrouwen een jaar lang hebben geprobeerd zwanger te raken, kan er gestart worden met een behandeling IVF of ICSI. De zwangerschapskans is dan 44,8 procent in 12 maanden (Lintsen Eijkmans et al 2007). Uit ander onderzoek blijkt dat in de 36 maanden na een jaar proberen, bijna 55 procent van de vrouwen nog spontaan zwanger wordt (Gnoth Godehardt et al 2005). Uiteindelijk blijft ongeveer vijf procent van de koppels ongewild kinderloos, ongeacht of ze een regulier fertiliteitstraject in zijn gegaan of niet.

Hierdoor is het moeilijk een uitspraak te doen over de toegevoegde waarde van IUI, IVF en ICSI. Dit wordt veroorzaakt doordat ook in deze onderzoeken geen gebruik wordt gemaakt van een controlegroep.

§ 4.2 Methodologie

Tijdens het pilot interview was er de neiging conclusies te trekken uit de verzamelde informatie in plaats van de informatie samen te vatten. Dit zou kunnen leiden tot onbetrouwbare informatie. Deze feedback is meegenomen en toegepast in de volgende interviews.

Tijdens het onderzoek en de selectie van de osteopaten is het zeer moeilijk gebleken osteopaten op te sporen die zich hebben gespecialiseerd in fertiliteitsproblematiek. Tevens bleek de respons op diverse oproepen minimaal. Om deze reden zijn de inclusiecriteria, de reikwijdte van het onderzoek en de taaltechnische beperkingen opnieuw bekeken.

De inclusiecriteria hadden veranderd kunnen worden m.b.t. de werkervaring van de osteopaat, bijvoorbeeld > 2jr werkzaam. Om de kwaliteit van de bevindingen echter te waarborgen, is dit niet gedaan.

Ook hadden zowel Duitse als Belgische collega's geïnccludeerd kunnen worden in het onderzoek. Deze uitbreiding had als mogelijk voordeel dat er meer informatie beschikbaar kwam en er meer interviews konden worden afgenomen. Maar er zou veel ruis ontstaan tijdens deze communicatie. De vertaling kan tot incorrecte interpretatie van de informatie leiden. De Vlaamse taal is weliswaar goed te verstaan, maar gebruik en lading van woorden zijn niet altijd gelijk. Om deze redenen is van die uitbreiding in dit onderzoek afgezien.

Er is een keuze gemaakt voor kwaliteit ten koste van kwantiteit.

In eerste instantie ging de voorkeur uit naar onderzoek dat representatief zou zijn voor de osteopathie in Nederland door de deelnemende osteopaten mede te selecteren op locatie, leeftijd, geslacht en opleiding. Dit is echter niet mogelijk gebleken vanwege het geringe aantal deelnemende osteopaten.

De in deze thesis gebruikte vorm van data-extractie is onderhevig aan persoonlijke selectie en interpretatie van de onderzoeker. Om deze reden heeft er twee maal een onafhankelijke controle plaatsgevonden. De eerste controle heeft intern plaatsgevonden. Dat wil zeggen dat onderzoeker 1 door onderzoeker 2 gecontroleerd werd en andersom. De tweede controle heeft extern plaatsgevonden. Dat wil zeggen dat de transcriptie door de geïnterviewde osteopaat zelf gecontroleerd is. Deze controle is van belang voor de betrouwbaarheid van de gegevens en de interpretatie ervan.

De transcriptie is door beide onderzoekers afzonderlijk gecontroleerd. Zowel door het beluisteren van het interview als door het lezen van de transcriptie.

Bij vraag 4 werd vaker een antwoord gegeven op vraag 5 en andersom. Het leek zo te zijn dat door het open karakter van de vragen, de vragen op een zelfde manier geïnterpreteerd werden. Hierdoor ontstond de neiging om af te wijken van de specifiek opgestelde vragen. De vragen werden steeds uitgebreider en derhalve ook minder open gesteld.

§ 4.3 Resultaten

Opvallend was dat alle geïnterviewde osteopaten voeding hebben genoemd als een belangrijke factor die invloed heeft op de fertiliteit. Vier van de zes geïnterviewde osteopaten werken daarom samen met een mesoloog. Een mogelijk verband tussen voeding en subfertiliteit zou de vetstofwisseling en hormoonhuishouding kunnen zijn.

In zowel de reguliere als osteopathische literatuur wordt hier echter niets over geschreven.

Ondanks het gegeven dat uit alle interviews en twee osteopathische onderzoeken blijkt dat de meeste vrouwen te maken hebben met stressfactoren, wordt er door de geïnterviewde osteopaten weinig samengewerkt met professionals op dit terrein. Ook wordt er in de literatuur niets beschreven over doorverwijzing of begeleiding op dit gebied.

Na elk interview is gevraagd op een numerieke schaal een rapportcijfer te geven voor de meerwaarde die osteopathie kan hebben bij vrouwen met subfertiliteit. Door de ene osteopaat werd daadwerkelijk een rapportcijfer gegeven, terwijl sommige andere osteopaten een percentage van hun succesgevallen omcirkelden. Om deze reden zijn de resultaten van de numerieke schaal niet valide en niet verwerkt in de thesis.

Conclusie

Hieronder volgt een beschrijving van de ervaringen van osteopaten die vrouwen met subfertiliteit hebben behandeld.

Uit de interviews blijkt dat er een patiëntenprofiel is van vrouwen met subfertiliteitsklachten die bij de osteopaat komen. Het zijn vrouwen tussen de 30 en 40 jaar oud. Het betreft vaak (hoger) opgeleide, druk bezette, werkende vrouwen. Vaak zijn deze vrouwen bekend met een problematische menstruatie cyclus. Het voortraject varieert van geen tot een volledig doorlopen fertiliteitstraject.

Zowel uit de osteopathische literatuur als de interviews komen vaak dezelfde onderzoeksbevindingen naar voren. Dysfuncties van de uterus worden in alle interviews en in alle gevonden osteopathische literatuur genoemd. Dit suggereert dat er een verband is tussen osteopathische dysfuncties van de uterus en fertiliteitsproblemen.

In de meeste interviews en gevonden literatuur worden dysfuncties van darmen en lever genoemd. Deze organen spelen onder andere een belangrijke rol bij de vetstofwisseling en hormoonhuishouding. Daarbij bestaan fasciale verbindingen van deze organen met het reproductiesysteem. Dysfuncties van deze organen hebben mogelijk een invloed op de subfertiliteit.

In vier van de vijf osteopathische studies komen craniale dysfuncties duidelijk naar voren en in de interviews wordt door vier van de zes osteopaten eveneens een craniale dysfunctie benoemd. Dit suggereert een mogelijk verband tussen subfertiliteit en craniale dysfuncties.

Parietale dysfuncties worden beschreven, maar staan minder op de voorgrond.

In alle gevallen werden de gevonden dysfuncties behandeld. Het slagingspercentage van de behandelingen lag tussen de 10 en 83,3 procent, al dan niet gecombineerd met reguliere fertiliteitsbehandelingen.

Er kan geen relatie gelegd worden tussen het patiëntenprofiel en de resultaten.

Aanbevelingen

Uit de reguliere en osteopathische literatuur blijkt het ethisch niet verantwoord met een controlegroep te werken. In onze explorerende studie naar de ervaringen van osteopaten die vrouwen met subfertiliteit behandelen, komt naar voren dat er voldoende aanwijzingen zijn om meer systematisch het effect van osteopathie bij deze patiëntengroep te onderzoeken. Er ligt een grote methodologische uitdaging om wetenschappelijk verantwoord onderzoek te doen naar de effecten van osteopathie bij patiënten met subfertiliteit. Er zijn voldoende klinische aanwijzingen en ervaringen, om een dergelijk onderzoek te rechtvaardigen. Een mogelijkheid zou zijn om een regulier traject te ondersteunen met osteopathische behandelingen, die de controlegroep niet krijgt. Hiermee kan een uitspraak gedaan worden over de meerwaarde van deze combinatie.

Alle geïnterviewde osteopaten vinden voeding een belangrijke factor bij subfertiliteit. Opvallend is dat er niets hierover beschreven staat in de literatuur. Interessant zou zijn om de voorlichting die gegeven wordt hierover te onderzoeken in zowel het reguliere circuit als in de osteopathische praktijk. Een verbetering op dit gebied kan een meerwaarde opleveren voor deze vrouwen. Dit geldt ook voor voorlichting omtrent conceptie, menstruatiecyclus en anatomie en fysiologie van het kleine bekken.

Veel vrouwen hebben te maken met stress. Zoals reeds in de discussie is besproken, wordt er weinig beschreven over doorverwijzing of begeleiding op dit gebied. Dit zou een mogelijk verbeterpunt kunnen zijn.

Tijdens het literatuuronderzoek bleken de in Nederland gemaakte theses en case-studies niet goed te achterhalen. Door de literatuur beter te documenteren, wordt deze literatuur toegankelijker. Dit probleem kan verholpen worden door een centrale databank aan te leggen.

De zoektocht naar osteopaten met veel ervaring op het gebied van subfertiliteit, bleek moeilijker dan verwacht. Dit betekent dat patiënten met een specifieke klacht waarbij postgraduele scholing gewenst is, moeilijker een geschikte osteopaat kunnen vinden. De gevolgde na- en bijscholing van osteopaten mag inzichtelijker gemaakt worden voor zowel collega's als cliënten.

Literatuurlijst

Bayasgalan G & Naranbat D & Tsedmaa B & Tsogmaa B & Sukhee D & Amarjargal O & Lhagvasuren T & Radnaabazar J & Rowe PJ. (2004). Clinical patterns and major causes of infertility in Mongolia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* Oct;30(5):386-93.

Cantfort S. (2007). *Osteopathische benadering van vrouwen met relatieve infertiliteit*. Ongepubliceerd manuscript.

Delbeke A. (2010). *Het osteopathisch onderzoek bij vrouwelijke fertiliteitsproblematiek: bevindingen en de (meer)waarde ervan naast de klassieke onderzoeken*. Ongepubliceerd manuscript.

Gillham B. (2005). *Research Interviewing: the Range of Techniques*. New York: Open University Press.

Gnoth, C & Godehardt, E & Frank-Herrmann, P & Friol, K & Tigges, J & Freundl, G. (2005). Definition and prevalence of subfertility and infertility. *Human Reproduction*. May;20(5):1144-7. Epub 2005 Mar 31.

Gudmundsdottir SL & Flanders WD & Augestad LB. (2009). Physical activity and fertility in women: the North-Trøndelag Health Study. *Human Reproduction* 24(12):3196-204.

Hull, MG & Glazener, CM & Kelly, NJ & Conway, DI & Foster, PA & Hinton, RA & Coulson, C & Lambert, PA & Watt, EM & Desai, KM. (1985). Population study of causes, treatment, and outcome of infertility. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, Dec 14;291(6510):1693-7.

Hull MG & North K & Taylor H & Farrow A & Ford WC. (2000). Delayed conception and active and passive smoking; The Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood Study Team. *Fertility and Sterility* 74:725-33.

Kamphuis T. (2010). *Osteopathie en conceptieproblemen*. Ongepubliceerd manuscript.

Kirchmayr M. (2006). *A woman with the problem of infertility receiving osteopathic treatment has an increased chance of becoming pregnant*. Ongepubliceerd manuscript.

Kapper A. (2006). *Unexplained subfertility and osteopathic treatment*. Ongepubliceerd manuscript.

Lintsen AM & Eijkemans MJ & Hunault CC & Bouwmans CA & Hakkaart L & Habbema JD & Braat DD. (2007). Predicting ongoing pregnancy chances after IVF and ICSI: a national prospective study. *Human Reproduction*. Sep;22(9):2455-62.

Lintsen AME & Bouwmans CAM & Eijkemans MJC & Habbema JDF & Rutten FFH & Braat DDM. (2002). Kosteneffectiviteit van IVF en ICSI: onderzoeksopzet van een landelijke studie. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie* nr. 10, p. 292-296

Maheshwari A & Hamilton M & Bhattacharya S. (2008). Effect of female age on the diagnostic categories of infertility. *Human Reproduction* 23(3):538-42.

NVOG. (2004). *Richtlijnen oriënterend fertiliteitsonderzoek (OFO) versie 2.0*. Van de Lisdonk EH & Van den Bosch WJHM & Lagro-Janssen ALM. (2008) Ziekten in de huisartspraktijk. *Elsevier Gezondheidszorg*, 5e ed.

Philippov, OS & Radionchenko, AA & Bolotova, VP & Voronovskaya, NI & Potemkina, TV. (1998). Estimation of the prevalence and causes of infertility in western Siberia. *Bulletin of the World Health Organisation*, 76(2):183-7.

Steures P & Van der Steeg JW & Hompes PGA & Van der Veen F & Mol BWJ. (2006). Resultaten van intra-uteriene inseminatie in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. nr. 20, p. 1127-1133

Thonneau P & Marchand S & Tallec A & Ferial ML & Ducot B & Lansac J & Lopes P & Tabaste JM & Spira A. (1991). Incidence and main causes of infertility in a resident population (1,850,000) of three French regions (1988-1989). *Human Reproduction* Jul;6(6):811-6.

Van Noord-Zaadstra BM & Looman CW & Alsbach H, Habbema JD & Te Velde ER & Karbaat J. (1991). Delaying childbearing: effect of age on fecundity and outcome of pregnancy *British Medical Journal*. 302:1361-5.

Van der Steeg JW & Steures P & Eijkemans MJ & Habbema JD & Hompes PG & Burggraaf JM & et al. (2008). Obesity affects spontaneous pregnancy chances in subfertile, ovulatory women. *Human Reproduction* 23:324-8.

<http://www.college-sutherland.nl/index.php?page=4§ion=2>

http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M25_std.htm

Bijlage

Checklist interview

- Personalia;
Naam:
Leeftijd:
Geslacht:
- Wanneer bent u afgestudeerd?
- Aan welke opleiding heeft u gestudeerd?
- Welke na- en bijscholing heeft u gedaan?
- Hoeveel vrouwen met subfertiliteit heeft u osteopathisch behandeld?

Interviewvragen

1. Hoe ziet het meest voorkomende patiëntenprofiel eruit van een vrouw met subfertiliteit in een osteopathie praktijk?
 - leeftijd
 - type/karakterstructuur, leefstijl
 - hoe lang aan het proberen zwanger te worden
 - voortraject, zo ja welke voortrajecten (IVF, alternatief)
 - comorbiditeit
2. Wat waren bij deze patiëntengroep veel voorkomende dysfuncties?
 - Parietaal
 - Visceraal
 - Craniaal
 - Wat kan volgens u de relatie zijn tussen deze dysfuncties en de subfertiliteit?
3. Wat heeft u behandeld?
 - Parietaal
 - Visceraal
 - Craniaal
 - Waarom heeft u daarvoor gekozen?
 - Zijn er dysfuncties die bij elke vrouw met subfertiliteit behandeld werden?

4. Hoe hebben deze vrouwen op de behandelingen gereageerd?
 - Hoeveel procent van deze vrouwen is zwanger geworden?
 - Na hoeveel tijd/behandelingen?
 - Was er een overeenkomst tussen het al of niet zwanger worden en de veranderingen in de dysfuncties of type dysfuncties? Zo ja, welke?

5. Was er een relatie tussen het patiëntenprofiel en de resultaten? En zo ja, welke?
 - leeftijd
 - type/karakterstructuur, leefstijl
 - hoe lang aan het proberen zwanger te worden
 - voortraject (IVF etc., alternatief)
 - comorbiditeit

6. Zijn er volgens u andere factoren buiten de osteopathische dysfuncties van invloed op de subfertiliteit?
 - Psychisch
 - Maatschappelijk
 - Voeding

7. Welke adviezen en voorlichting heeft u deze vrouwen tijdens de behandelingen meegegeven?
 - Voeding
 - Leefstijl
 - Balans rust/werk
 - Collega's raadplegen van een andere discipline (samenwerking of verwijzing)
 - In hoeverre heb je deze vrouwen informatie gegeven over de werking van het zwanger worden (of waren ze al op de hoogte)

8. Zijn er nog toevoegingen die u wilt geven die in het belang kunnen zijn van dit onderzoek?