

MITÄ OSTEOPATIA ON? OSA 2: OSTEOPATIA TIENHAARASSA

Osteopatia on tuki- ja liikuntaelinvaivojen hoitoon erikoistunut terveydenhuollon ala. Ala on kuitenkin jakautunut sisäisesti kahtia. Osa ammattilaisista perustaa toimintansa tutkittuun tietoon, mutta moni pohjaa hoitonsa kokemuksen tuomaan osaamiseen. Tämä ero näkyy myös eurooppalaisessa osteopatian standardissa, jossa toisaalta korostetaan tutkimusnäytön tärkeyttä, mutta samanaikaisesti edellytetään osteopatian peruskoulutukselta kokemuseräisten hoitojen opettamista. Kraniaali- ja viskeraaliosteopatia ovat näistä merkittävimpiä. Osteopatian tulisi hylätä tutkimusnäyttöön pohjaamattomat hoitomuodot, ja siirtyä osaksi nykyaikaista näyttöön perustuvaa terveydenhuoltoa. Muutoin riskinä on alan ammattikunnan merkityksen ja uskottavuuden vähentyminen.

Johdanto

Kirjoitimme aiemmin Kuntoutus-lehden katsaukset ja analyysit -osastossa osteopatian historiasta Suomessa (Hopeapuu & Ulvinen 2022a). Tarkastelemme tässä puheenvuorossa osteopatian nykytilannetta ja tiettyjä osteopaattisia hoitoja tutkimusnäytön valossa. Lisäksi esitämme näkemyksemme siitä, mihin suuntaan suomalainen osteopatia voisi kehittyä.

Osteopatiakoulutuksessa ero tutkitun tiedon ja opetettujen asioiden välillä on viime vuosina kasvanut (Esteves ym. 2020). Vuonna 2015 European Federation of Osteopaths julkaisi kannanoton, jossa todettiin osteopatian kärsivän luotettavan tutkimusnäytön

puutteesta (EFO 2015). Toistaiseksi tilanne ei ole parantunut. Suomessa ei ole tietääksemme tehty yhtään kliinistä osteopatian tutkimusta alan yli 30-vuotisen historian aikana. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus biodynaamisesta osteopatiasta on vertaisarvioitavana (Hopeapuu & Ulvinen 2022b). Tutkimusnäytön puutteen takia osteopaatit ovat ottaneet käyttöön termin *evidence-informed practice*. Tällöin hoidon ei väitetä perustuvan tutkimusnäyttöön, mutta se huomioidaan toiminnassa silloin, mikäli julkaistut tutkimukset puoltavat jo olemassa olevien hoitojen käyttöä. (Hamonet 2003, Tyreman 2013, Vogel 2015, Bordoni 2019, EFFE 2021a).

Osteopatian standardi

Osteopatiassa ero suhtautumisessa tutkimusnäyttöön tulee esille eurooppalaisessa osteopatian standardissa, jonka tarkoituksena oli määrittää viitekehykset osteopatian koulutuksille. Standardi painottaa tutkimustiedon käyttöä ja anatomian, fysiologian sekä biokemian opiskelua. Se edellyttää myös kiistanalaisten, tutkimustietoon pohjaamattomien, hoitomuotojen opettamista. Näitä hoitomuotoja ovat kraniaali- ja viskeraaliosteopatia. Lisäksi standardin suomenkielisessä versiossa on lukuisia käännösvirheitä, jotka muuttavat alkuperäisen merkityksen toiseksi. (CEN-standardi 2016.) Nämä tekijät lienevätkin syynä siihen, että vain pieni osa kaikista eurooppalaisista osteopatian koulutusohjelmista on ottanut käyttöön standardin opetuksessaan (OsEAN 2022, Hopeapuu & Ulvinen 2022a).

Osteopatian standardi perustuu filosofiaan, jossa ihminen koostuu kehosta, mielestä ja hengestä (WHO 2010, CEN-standardi 2016). Henkisyuden korostaminen pohjautuu alan perustajan Andrew Stillin hartaaseen uskonnollisuuteen. Still ajatteli ihmisen olevan jumalan luoma täydellinen kone, jossa henki asui. Jumala oli antanut ihmiselle sisäisen kyvyn parantua kaikista taudeista ilman lääkkeitä tai leikkauksia. Osteopatin tehtäväksi jäi kaivaa tämä piilevä terveys esille. (Still 1897, 99–100, Gevitz 2004, Hamonet 2003, Evans 2013.)

Standardin toimintamallit pohjautuvat ajatukselle, että osteopaattisella manuaalisella terapialla voidaan vaikuttaa lähes kaikkiin kehon rakenteisiin ja toimintoihin, kuten hapen kulkuun, immuniteettiin, hermosolujen toimintaan ja energiankulutukseen (CEN-standardi 2016). Tutkimusnäyttö useimmista esitetyistä vaikutusmekanismeista kuitenkin uupuu.

Standardin vahvuuksina on nähty vaatimukset sisällöltään samankaltaisesta peruskoulutuksesta, potilasturvallisuuden huomioon ottamisesta ja yhteisestä osteopaattisesta viitekehystä. On ajateltu, että yhteinen eurooppalainen malli mahdollistaa osteopatian arvostuksen nousun mantereella sekä edistää Suomessa osteopaattien laillisuutta. (EFFO 2021b).

Kraniaaliosteopatia

Kraniaaliosteopatia on yksi osteopaattien yleisimmistä hoitomuodoista. Siitä on kehitetty ”avoin” hoitomuoto, kraniosakraaliterapia, jota voivat opiskella kaikki aiemasta koulutustaustasta riippumatta. Teoria molemmissa on pääosin sama. (Hartman & Norton 2002, Vautravers ym. 2010). CEN-standardin suomenkielisessä käännöksessä osteopaattinen kraniaalihoito onkin nimellä kraniosakraaliterapia (CEN-standardi 2016).

Kraniaaliosteopatia perustuu 1800-luvun lopun havaintoon, että dissekoidun ohimoluun reunat näyttävät kalan kiduksilta. Kraniaaliosteopatian perustaja ajatteli, että aivot tai aivokammiot supistuvat säännöllisesti ja se aiheuttaisi selkäydinnesteiden liikkeen. Selkäydinnesteet tuottaisivat liikettä kova-kehoon (engl. dura mater), ja sitä kautta koko kehoon. Tämä loisi kraniaalirytmien, joka olisi suhteellisen vakio asennosta tai toiminnasta riippumatta. (Hartman & Norton 2002, Rasmussen & Meulengracht 2021.) Teorian mukaan kallon luut oskilloivat noin 6–14 kertaa minuutissa ja aivot sekä selkäydinnesteet 2,5 kertaa minuutissa. (Wirth-Pattullo & Hayes 1994, Sutherland 2000, Liem ym. 2004, 3–6, 17–20, Bordoni ym. 2020a, 2020b.)

Kraniaalihoidon oletettu vaikutus perustuu selkäydinnesteiden virtauksen normalisoimiseen aivokammioihin epäsuorasti vaikuttamalla. Hoito toteutetaan pääsääntöisesti kevyesti päätä käsittelemällä. (Wirth-Pattullo & Hayes 1994, Moran & Gibbons 2001, Hartman 2006.) Näillä tekniikoilla voidaan hoitaa koko kehossa esiintyviä erilaisia kiputiloja ja vaivoja. (Sutherland 2000, Bordoni ym. 2020a.)

Kraniaaliosteopatin tekemä diagnoosi ja hoito perustuvat ajatukseen, että kraniaalirytmien on terapeuttisesti aistittavissa ja tarvittaessa korjattavissa niin päästä, lantiolta kuin jalkapohjista. Mitään hyväksytyä mittaria tai laitetta rytmien mittaamiseen ei toistaiseksi kuitenkaan ole käytössä (Rasmussen & Meulengracht 2021). Tutkimukset ovat siksi pyrkineet selvittämään arvioitsijoiden välistä reliabiliteettia (engl. inter-rater reliability). Kaksi tai useampi kraniaalitekniikkaan

perehtynyt ammattilainen on joko aistunut samaan aikaan tai peräkkäin eri henkilöiden kraniaalirytmistä. Tutkimusten mukaan kraniaalahoitoja päivittäinkään antavat terapeutit eivät mittaa samoja kraniaalirytmien arvoja toisen ammattilaisen kanssa. Korrelaatio on ollut heikko, olematon tai negatiivinen. (Wirth-Pattullo & Hayes 1994, Moran & Gibbons 2001, Hartman & Norton 2002.) Tuorein systemaattinen kirjallisuuskatsaus terapeuttien välisestä reliabiliteetista tuli johtopäätökseen, että näyttöä palpaation luotettavuudesta diagnostiikassa ei ole (Guillaud ym. 2016).

Kraniaaliosteopatialla on todettu pieni positiivinen hoitovaste muutamissa tutkimuksissa ja katsausartikkeleissa (Castejón-Castejón ym. 2019, Haller ym. 2020). Tämä voi selittyä plasebo- tai julkaisuharhalla. Tutkimusten laatu on myös ollut hyvin huono, ja positiivinen vaikutus voi selittyä manuaaliterapian ja kosketuksen yleisillä epäspesifeillä hyödyillä (Hartman 2009, Jarry 2020).

Systemaattisissa katsauksissa kraniaalihoidon toimivuus ja tutkimusnäyttö on kyseenalaistettu. Tutkimusten laatua painottavat katsausartikkelit ovat tulleet pääsääntöisesti johtopäätökseen, ettei kraniaalisen hoidon tehosta ole näyttöä (Green ym. 1999, Ernst 2012, Guillaud ym. 2016). On esitetty, että kraniaalinen diagnostiikka ja hoito perustuu virheellisille tulkinnoille kehon toiminnoista ja sen opettaminen osteopaattien koulutuksessa tulisi lopettaa (Hartman 2006, Ernst 2012).

Viskeraaliosteopatia

Viskeraaliosteopatia on Ranskassa 1980-luvun alussa kehitetty hoitomuoto. Se perustuu nimensä mukaisesti sisäelinten eli viskeran hoitoon (Hebgen 2011, Guillaud ym. 2018). Viskeraaliosteopatian vaikutusmekanismeista on erilaisia teorioita, mutta tässä esittelemme pääosin kuuluisimman alan kouluttajan, Jean-Pierre Barralin, ajatuksia.

Sisäelinten ympärillä olevien kalvojen, kuten peritoneumin, pleuran tai endokardiumin ajatellaan toimivan nivelten lailla. Niiden tulee liikkua ja liukua toistensa kanssa ligamenttien ja muiden rakenteiden

säätelyinä. Kuten mahdollisesti hypomobiiliiä niveltä, myös sisäelinten välisiä liikeitä tutkitaan ja tarvittaessa mobilisoidaan. (Horton 2015.)

Sisäelimillä on väitetty myös sisäistä rytmistä liikettä muistona alkio- ja sikiökehityksen ajoilta. Elimen ajatellaan ”muistavan” myöhemminkin tämän liikkeensä ja toistavan samankaltaista liikemallia ihmisen koko iän. Hypoteesin mukaan häiriintynyt liike aiheuttaa ensin paikallisia patologioita ja myöhemmin oireita lokaalisti tai globaalisti. Verisuonirakenteet, hermot ja faskiat välittävät näitä paikallisia viskeran kipuheijasteita muualle kehoon. (Hebgen 2011, 3–8.)

Sisäelinten ympärillä sijaitsevat nosiseptorit voivat heijastaa kipua muihin kudoksiin. Koska sisäelinkeräinen kipu paikallistetaan aivoissa usein virheellisesti, kipu voi esimerkiksi alaselässä johtua viskeran nosiseptoreista. Jatkuva nosiseptoreiden aktivaatio voi myös johtaa keskushermoston herkistymiseen. On ajateltu, että käsittelemällä manuaalisesti vatsan aluetta aktivoidaan muun muassa syviä vatsan faskioita. Pehmytkudosten käsittelystä seurannut mekanoreseptorien lisääntynyt aktiivisuus vähentäisi näin ollen kipua selkäydintasolla. (Panagopoulos ym. 2015).

Viskeraaliosteopatialla hoidetaan lukuisia vaivoja. Ihon kuivumisen ja ientulehdusten taustalla voi väitettyä olla munuaisten epänormaali liike. Kuukautiskierron häiriöt, virtsarakon tulehdus ja vaihdevuosioreet ovat indikaatioina urogenitaalielimien hoidolle. Maksan vähentynyt metabolia ja kehon vitaliteetin lasku on puolestaan osteopaattisen hoidon peruste maksan käsittelylle. Vitaliteetti on eräänlainen metafyyssinen elämänenergia, jonka määrä vaikuttaa ihmisen terveyteen ja sairastumiseen. (Pellas 1997, 29–31, Hebgen 2011, 39–41, 141–143, 169–170.) Hoito kohdistetaan tyypillisesti vatsan ja rintakehän alueelle, erityisesti kylkiluihin ja palleaan. Urogenitaalielinten ongelmassa käsitellään virtsarakkoa, munanjohtimia ja kohtua vatsan päältä. (Hebgen 2011.)

Tutkimusnäyttö viskeraaliosteopatiasta ei tue esitettyjä väitteitä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus analysoi viskeraaliosteopaattien välistä reliabiliteettia sisäelinten

liikkeiden arvioinnissa sekä hoidon vaikuttavuutta. Katsaus osoitti, ettei sisäelinten liikettä voida luotettavasti palpoimalla arvioida, eikä tämän pohjalta voida tehdä minkäänlaisia diagnostisia johtopäätöksiä. Hoidolla ei laadukkaimmissa kliinisissä tutkimuksissa ollut tehoa tai vaikuttavuutta päätetapahtumiin. (Guillaud ym. 2018.) Aika sairaalasta kotiutumiseen oli viskeraalihuuttoa saaneilla pienikokoisilla vauvoilla jopa merkittävästi pidempi kuin ilman hoitoa jääneillä (Haiden ym. 2015).

Pohdinta

Osteopatia on tällä hetkellä tienhaarassa. Osa osteopaateista haluaisi jatkaa nykyisellä vaihtoehtohoitoa ja terveydenhoitoa yhdistävällä linjalla. Toisaalta moni osteopaatti haluaisi hylätä vanhat ajatusmallit, jotka eivät kestä kriittistä tarkastelua. (Licciardone 2007, Esteves ym. 2020.) Nykyaikainen suomalainen terveydenhuollon koulutus ei voi perustua pelkkiin kokemusperäisiin väitteisiin hoidon tehosta eikä pseudotieteellisiin oletuksiin hoidon vaikutuksista.

Osteopatian koulutuksen ja käytännön toiminnan tulisi siirtyä 2020-luvulle tutkitun tiedon soveltamisessa. Suomen osteopatiayhdistysten tulisi tehdä selvitys, mikä on tehokasta ja vaikuttavaa osteopatiaa. Tässä tulisi käyttää riippumattomia asiantuntijoita, mielellään osteopatiakentän ulkopuolelta. Tämä tarkoittaisi mitä luultavimmin joidenkin osteopaattisten hoitomuotojen opettamisen lopettamista tai ainakin merkittävää rajoittamista. Samalla kaikkien koulutusohjelmien olisi muututtava kohti modernia, nykyaikaista manuaaliterapiaa ja kuntoutusta.

Mikäli osteopatia jatkaa nykyisellä, uskumushoitoja ja terveystietoa yhdistävällä tiellä, riskinä on viranomaistahojen nykyistä kriittisempi suhtautuminen alaan. Tällainen tilanne voisi pahimmillaan johtaa osteopaattien putoamiseen kokonaan terveydenhuollon piiristä.

Elessar Hopeapuu, terveystieteiden maisteri, fysioterapeutti, osteopaatti, koulutettu hieroja, Tarton yliopisto, Viro; tutkintovastaava, Ortopedisen osteopatian koulutuskeskus

Anssi Ulvinen, jalkaterapeutti, osteopaatti, opintosuunnittelija, Ortopedisen osteopatian koulutuskeskus

Lähteet

- Bordoni B (2019) The Benefits and Limitations of Evidence-based Practice in Osteopathy. *Cureus* 11, 11, e6093. <https://doi.org/10.7759/cureus.6093>.
- Bordoni B, Walkowski S, Ducoux B, Tobbi F (2020a) The Cranial Bowl in the New Millennium and Sutherland's Legacy for Osteopathic Medicine: Part 1. *Cureus* 12, 9, e10410. <https://doi.org/10.7759/cureus.10410>.
- Bordoni B, Walkowski S, Ducoux B, Tobbi F (2020b) The Cranial Bowl in the New Millennium and Sutherland's Legacy for Osteopathic Medicine: Part 2. *Cureus* 12, 9, e10435. <https://doi.org/10.7759/cureus.10435>.
- Castejón-Castejón M, Murcia-González M A, Martínez Gil J L, Todri J, Suárez Rancel M, Lena O, Chillón-Martínez R (2019) Effectiveness of craniosacral therapy in the treatment of infantile colic. A randomized controlled trial. *Complement Ther Med* 47, 102164. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.07.023>
- CEN-standardi (2016) Osteopatiapalvelut - Osteopathic healthcare provision. EN 16686:2015.
- EFFO – European Federation & Forum for Osteopathy (2021a) Description of Osteopathy. <https://www.effo.eu/description-of-osteopathy/>. Viitattu 1.2.2022.
- EFFO – European Federation & Forum for Osteopathy (2021b) Regulation of Osteopathy in Europe. <https://www.effo.eu/regulation-in-europe/>. Viitattu 1.2.2022.
- EFO – European Federation of Osteopaths (2015) Formalising standards across Europe. The CEN process and a case study of Osteopathy. <https://oialliance.org/wp-content/uploads/2013/07/EFO-CEN-presentation-for-Montreal-2015-EDIT.pdf>.
- Ernst E (2012) Craniosacral therapy: a systematic review of the clinical evidence. Focus on Alternative and Complementary Therapies 17, 4, 197–201. <https://doi.org/10.1111/j.2042-7166.2012.01174.x>.
- Esteves J E, Zegarra-Parodi R, van Dun, P, Cerretti F, Vaucher P (2020) Models and theoretical frameworks for osteopathic care – A critical view and call for updates and research. *Int J Osteopath Med* 35, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2020.01.003>.
- Evans D W (2013) Osteopathic principles: More harm than good? *Int J Osteopath Med* 16, 1, 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2012.08.006>.

- Gevitz N (2004) *The DOs: Osteopathic Medicine in America*. 2nd edition. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, Md., U.S.A.
- Green C, Martin C W, Bassett K, Kazanjian A (1999) A systematic review of craniosacral therapy: biological plausibility, assessment reliability and clinical effectiveness. *Complement Ther Med* 7, 4, 201-207. [https://doi.org/10.1016/s0965-2299\(99\)80002-8](https://doi.org/10.1016/s0965-2299(99)80002-8).
- Guillaud A, Darbois N, Monvoisin R, Pinsault N (2016) Reliability of Diagnosis and Clinical Efficacy of Cranial Osteopathy: A Systematic Review. *PLoS One* 11 (12), e0167823. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167823>
- Guillaud A, Darbois N, Monvoisin R, Pinsault N (2018) Reliability of diagnosis and clinical efficacy of visceral osteopathy: a systematic review. *BMC Complement Altern Med* 18, 1, 65. <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2098-8>.
- Haiden N, Pimpel B, Kreissl A, Jilma B, Berger A (2015) *PLOS One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123530>.
- Haller H, Lauche R, Sundberg T, Dobos G, Cramer H (2020) Craniosacral therapy for chronic pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord* 21, 1. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-3017-y>.
- Hamonet C (2003) Andrew Taylor Still and the birth of osteopathy (Baldwin, Kansas, USA, 1855). *Joint Bone Spine* 70, 1, 80-84. [https://doi.org/10.1016/s1297-319x\(02\)00019-2](https://doi.org/10.1016/s1297-319x(02)00019-2).
- Hartman S E (2006) Cranial osteopathy: its fate seems clear. *Chiropr Osteopat* 14, 10. <https://doi.org/10.1186/1746-1340-14-10>
- Hartman S E (2009) Why do ineffective treatments seem helpful? A brief review. *Chiropractic & Osteopathy* 17, 10. <https://doi.org/10.1186/1746-1340-17-10>.
- Hartman S E, Norton J M (2002) Interexaminer reliability and cranial osteopathy. *Sci Rev Altern Med* 6, 1.
- Hebgen E U (2011) *Visceral Manipulation in Osteopathy*. Thieme. Stuttgart.
- Hopeapuu E, Ulvinen A (2022a) Mitä osteopatia on? Osa 1. *Osteopatia Suomessa*. Kuntoutus 54, 2, 39-46. <https://doi.org/10.37451/kuntoutus.120025>.
- Hopeapuu E, Ulvinen A (2022b) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus biodynaamisen osteopatian vaikuttavuudesta. Lähetetty vertaisarvioitavaksi.
- Horton R C (2015) The anatomy, biological plausibility and efficacy of visceral mobilization in the treatment of pelvic floor dysfunction. *J Pelv Obst Gyn Physiotherapy* 117, 5-18.
- Jarry J (2020) *ven the Best Scientific Studies Can Lie: The Case of Craniosacral Therapy*. <https://www.mcgill.ca/oss/article/pseudoscience/even-best-scientific-studies-can-lie-case-craniosacral-therapy>. Viitattu 31.1.2022.
- Licciardone J C (2007) Osteopathic research: elephants, enigmas, and evidence. *Osteopath Med Prim Care* 1, 7. <https://doi.org/10.1186/1750-4732-1-7>.
- Liem T, McPartland J, Skinner E (2004) *Cranial Osteopathy. Principles and Practise*. Elsevier Limited, United Kingdom.
- Moran RW, Gibbons P (2001) Intraexaminer and interexaminer reliability for palpation of the cranial rhythmic impulse at the head and sacrum. *J Manipulative Physiol Ther* 24, 3, 183-190. [https://doi.org/10.1016/S0161-4754\(01\)62711-8](https://doi.org/10.1016/S0161-4754(01)62711-8).
- OsEAN - Osteopathic European Academic Network (2022) *OsEAN Member Schools*. <https://www.os-ean.com/home/member-schools?task=civircrm/profile&gid=35&force=1&search=0&reset=1>. Viitattu 12.1.2022.
- Panagopoulos J, Hancock M J, Ferreira P, Hush J, Petocz P (2015) Does the addition of visceral manipulation alter outcomes for patients with low back pain? A randomized placebo controlled trial. *Eur J Pain*, 19, 7, 899-907. <https://doi.org/10.1002/ejp.614>.
- Pellas C (1997) *Klassisen osteopatian perusteet*. Natura Medicina, Espoo.
- Rasmussen T R, Meulengracht K C (2021) Direct measurement of the rhythmic motions of the human head identifies a third rhythm. *J Bodyw Mov Ther* 26, 24-29. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2020.08.018>.
- Still A T (1897) *Autobiography of A. T. Still*. Kirksville.
- Sutherland W G (2000) "The cranial bowl. 1944" *J Am Osteopath Assoc* 100, 9, 568-573. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2000.100.9.568>.
- Tyreman S (2013) Re-evaluating "osteopathic principles." *Int J Osteopath Med* 16, 1, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2012.08.005>.
- Vautravers P, Isner M E, Blaes C (2010) Manual medicine - osteopathy in France organization - education - fields of expertise. *Ann Phys Rehabil Med* 53, 5, 342-351. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2010.05.001>.
- Vogel S (2015) Evidence, theory and variability in osteopathic practice. *Int J Osteopath Med* 18, 1, 1-4.
- WHO - World Health Organization (2010) *Benchmarks for Training in Osteopathy*. Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine.
- Wirth-Pattullo V, Hayes K W (1994) Interrater Reliability of Craniosacral Rate Measurements and Their Relationship With Subjects' and Examiners' Heart and Respiratory Rate Measurements. *Physical Therapy* 74, 10, 908.