

Terug naar af... (1)

Na het lezen van het artikel 'Terug naar af...' ¹ blijft de indruk bestaan dat Runia tracht de beroepsgroep te overtuigen dat de oude tijd een goede oude tijd was. De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC), belast met het toezicht op de huisartsopleiding, onderschrijft geenszins hetgeen Runia in zijn artikel stelt. Een reactie.

Bij de start van de huisartsopleiding aan het begin van de jaren zeventig stond nauwelijks meer vast dan dat de artsopleiding een onvoldoende voorbereiding was op het functioneren als huisarts. De discussie over wat huisartsgeneeskunde inhield, was nog maar kort tevoren op gang gekomen. Er was geen sprake van een echte onderwijskundige visie op de huisartsopleiding. De stelling dat weinig opleidingen onderwijskundig zo doordacht in elkaar zaten als de huisartsopleiding, is niet houdbaar. Runia stelt: 'de onderwijskundige visie lag vast in de structuur van de opleiding, kristalliseerde uit in methodieken en werkvormen, en schoot wortel in de attitude van stafleden – maar werd behoudens een enkele uitzondering, niet verantwoord.' Dat de huisartsopleiding in de beginjaren uitging van het congruentieprincipe, namelijk dat er zowel naar vorm als naar inhoud overeenstemming bestond tussen onderwijsmodel en hulpverleningsmodel, is een zuiver theoretische benadering. De werkelijkheid is dat de onderwijsgevers niet precies wisten wat het onderwijs diende in te houden. Stafleden en huisartsopleiders trachtten het specifieke van de huisartsgeneeskunde duidelijk te maken aan huisartsen-in-opleiding. Daarbij werd gebruik gemaakt van in de geneeskunde weinig traditionele methodieken, waarbij vooral de persoon van de dokter het onderwerp van gesprek was. De opleiding was veel meer gericht op het ontwikkelen van de attitude van de dokter dan op het verbeteren van kennis en vaardigheden. Sinds de start van de huisartsopleiding is er veel veranderd. Het vakgebied huisartsgeneeskunde is aanzienlijk duidelijker omschreven dan destijds. Het Basistakenpakket mag dan wellicht geen bezield visie op het huisartsenvak zijn, een naar de werkelijkheid getekend beeld van de veelheid van taken die de huisarts dient te beheersen is het wel. De commissie CCBOH heeft terecht het Basistakenpakket als uitgangspunt genomen bij het ontwikkelen van een curriculum voor de meerjarige opleiding, maar is daarmee nog geen invuldoctrin geworden.

In het CCBOH-rapport is zowel het resultaat van het onderwijs (het vereiste competentieniveau aan het eind van de opleiding) als het onderwijsproces (de structuur, de inhoud en de inrichting van de opleiding) beschreven. Artsen die huisarts willen worden, dienen een grote hoeveelheid kennis en vaardigheden te verwerven, gericht op het functioneren als huisarts. Ook het ontwikkelen van een juiste beroepshouding valt daaronder. Daartoe, en ook gezien de veranderingen in de basisopleiding, diende de duur van de opleiding aanzienlijk te worden verlengd, en de inhoud aangepast. Op grond van het CCBOH-rapport is een driejarig curriculum geconstrueerd, waarin artsen kunnen worden opgeleid tot deskundige huisartsen, die op verantwoorde en kritische wijze het Basistakenpakket kunnen uitvoeren.

Daarmee is de vraag *waartoe* wel degelijk beantwoord. Om dat te bereiken zijn, onder ander op grond van huisartsgeneeskundige standaarden, onderwijsprogramma's ontwikkeld, met behulp waarvan artsen in opleiding zich deze deskundigheid kunnen verwerven ten aanzien van zowel kennis, medisch-technische en consultvaardigheden, als attitude.

Het valt niet te ontkennen dat er een zekere verschooling valt waar te nemen in vergelijking met de jaren van de eenjarige huisartsopleiding. Maar geen verschooling in de zin zoals Runia bedoelt, waarbij uit het oog is verloren waartoe wordt opgeleid, maar verschooling in de zin van het aanbrengen van structuur.

De huisartsopleiding heeft zich in minder dan 25 jaar ontwikkeld van een zoektocht tot een sterk gestructureerd en samenhangend opleidingsprogramma, waarin veel tijd wordt besteed aan het onderwijs in huisartsgeneeskundige kennis en vaardigheden. Dat is nu ook veel beter mogelijk dan bij de start van de huisartsopleiding, omdat de huisartsgeneeskunde inmiddels veel beter is onderbouwd. Het is bijna overbodig om hierbij de NHG-standaarden te vermelden. Naast het leren van kennis en vaardigheden wordt veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van een passende beroepshouding, onder andere door het systematisch aanbieden van supervisie en intervisie aan haio's. Onderwijsmethoden die vroeger ontbraken zijn ontwikkeld en worden toegepast. Dat geldt vooral ook voor de scholing op het gebied van consultvoering en van de attitude van de huisarts.

Runia stelt dat de zeer *sophisticated* visie op het opleiden binnen de huisartsopleiding (het congruentieprincipe) aan nogal wat erosie on-

derhevig is, en hij betreurt dat. Voor anderen die zowel naar het onderwijsproces als naar het resultaat van de opleiding willen kijken, betekent dat vooruitgang. Het katalyseren van veranderingen is niet voldoende: er moet ook gewoon heel veel worden geleerd. De opleiding tot huisarts is niet vrijblijvend. De samenleving heeft recht op goed opgeleide, deskundige huisartsen. En dat betekent dat huisartsen in opleiding meer moet worden bijgebracht dan autonomie.

Deze reactie kan worden opgevat als uitsluitend gericht op het (eind)product van de opleiding, waar het artikel van Runia uitsluitend is gericht op het onderwijsproces. De HVRC is van mening dat de elementen die Runia noemt niet verloren zijn gegaan, maar in de opleiding zijn geïncorporeerd. De tijd heeft immers niet stilgestaan. In het artikel van Runia is echter ook spijt te merken over de beperking van de speelruimte die het huidige curriculum van de huisartsopleiding betekent voor stafleden. De tijd waarin stafleden zelfstandig konden bepalen hoe het onderwijs werd gegeven, is voorbij. Stafleden dienen zich te schikken in de taken die zij binnen het curriculum krijgen toebedacht. Daarbij wordt bovendien gekeken hoe zij deze onderwijstaken vervullen, iets wat in de jaren zeventig niet gebruikelijk was. Wanneer er al sprake is van verschooling, dan geldt dat met name ook voor stafleden. De vrijblijvendheid is voorgoed voorbij, de autonomie van stafleden beperkt.

Tenslotte nog een opmerking over de 'verdiejarig' van de huisartsopleiding. Bij het lezen van het artikel van Runia kan de indruk ontstaan dat de verlenging van de opleiding tot drie jaar zonder overleg met de onderwijsgevers tot stand is gekomen. Het tegendeel is het geval: de verlenging van de huisartsopleiding tot drie jaar te verlengen is één van de conclusies en aanbevelingen van de onderwijsgevers die het CCBOH-rapport hebben geschreven. De driejarige huisartsopleiding is door de beroepsgroep tot stand gebracht op uitdrukkelijk en aanhoudend verzoek van de bij de huisartsopleiding betrokken stafleden.

Dr. L.R. Kooij, huisarts,
algemeen secretaris HVRC

1 Runia E. Terug naar af... De verschooling van de beroepsopleiding. Huisarts Wet 1996; 39(3): 129-33.

Terug naar af... (2)

Met enige verbazing maar ook geprikkeld en gaandeweg boos hebben wij kennisgenomen van het artikel 'Terug naar af...'.¹ Verbazing vanwege de suggestie die in het artikel wordt gewekt dat met de invoering van de verdriejarige opleiding een ander traject zou zijn ingezet.

Geïnteresseerd door het aan de orde stellen van de onderwijsfilosofie van de opleiding tot huisarts en het met hem delen van de zorg dat deze aspecten niet uit het oog verloren moeten worden. Boos omdat Runia, ondanks zijn historicus-zijn, blijkt geeft niet goed op de hoogte te zijn van de historische ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden in de opleiding tot huisarts. Het zou van enige bescheidenheid getuigen als Runia niet zou hebben gegeneraliseerd naar alle opleidingen in Nederland, maar had aangegeven dat hetgeen hij aan de orde stelde, van toepassing was op zijn interpretatie van de Rotterdamse situatie.

Verschooling

Het proces dat verschooling wordt genoemd, is niet een verandering die de laatste jaren heeft plaatsgevonden, maar is reeds in 1980 ingezet. Deze ontwikkeling was een reactie op de zeventiger jaren, toen inderdaad een onderwijsstelsel gold dat gebaseerd was op 'free learning'. Op deze plaats is het goed om te refereren aan het artikel van *Op 't Root*² waarin deze 'niet-huisarts' aangaf dat de begeleider slechts een eindje met de haio mee op hoefde te lopen en veel van de haio kon leren. Op deze karikatuur werd indertijd door *Spreeuwenberg & De Melker*,³ 'wel huisartsen', reeds furieus gereageerd. Het lijkt erop dat Runia de behoefte heeft om deze discussie te herhalen.

Voorts is het uitermate mager om te refereren aan een rapport dat in 1974 door een interfacultaire werkgroep Specifieke Opleiding tot Huisarts van het IOH is opgesteld door een aantal mensen die maar een zeer gebrekkige tot geen onderwijskundige ervaring hadden.⁴ Deze werkgroep was niet tot iets anders in staat dan te stellen dat het congruentieprincipe zou moeten gelden: het ouderwetse 'goed voorbeeld doet goed volgen'-principe. Hij gaat hierbij volstrekt voorbij aan het wetenschappelijk onderzoek dat in de tussentijd is gedaan.⁵⁻⁹

Onderwijsvisie/-doelstellingen

Het is opvallend dat Runia drie keer zichzelf aanhaalt. De eerste keer gaat het om een artikel over de onderwijskundige vernieuwing waarop

de grondleggers van de beroepsopleiding zich zouden hebben gebaseerd.¹⁰ Helaas heeft de CCBOH geen gebruik gemaakt van deze literatuur uit 1969 tot 1971. Irritant wordt het als Runia stelt dat in de CCBOH-rapportage geen visie op onderwijs wordt gegeven. In de nota's structuurplan, doelstellingen en opzet van het curriculum wordt hierbij uitgebreid stilgestaan,¹¹⁻¹³ maar mogelijk heeft Runia alleen het rapport over de opzet van het curriculum gelezen.

De tweede keer dat Runia zichzelf aanhaalt, betreft de onderwijskundige visie.¹⁴ Hij noemt zichzelf een goede uitzondering in het afleggen van verantwoording ten aanzien van deze visie. De vraag is of zijn visie op zijn beste onderwijs in consultvoering – 'het naar de hei gaan met de videocamera zonder programma' – hierbij meegerekend is. Maar mogelijk is dit een hypostasering van het probleem en leidt dit tot energieverspilling. De CCBOH heeft zich, naast het Basistakenpakket, gebaseerd op internationale literatuur.^{15,16} Het mag bekend worden verondersteld dat in het Basistakenpakket destijds geen taak was geformuleerd ten aanzien van het persoonlijk functioneren, en dat dit als doelstelling wel is meegenomen in de CCBOH-rapportage.¹² Met nadruk moet hier worden gewezen op het verschil tussen taak en doelstelling.

Graag zouden wij Runia de termen onzekerheid, dynamiek en interdependentie zien vertalen in onderwijskundige principes en onderwijsprogramma's anders dan in het 'de hei opgaan'. Ook zouden wij graag van het programma gebruik maken dat de haio's opleidt tot verantwoordelijkheidszin, kritisch onderscheidingsvermogen, vermogen tot verandering, frustratietolerantie – dat kortom autonomie zou moeten bijbrengen. Met genoegen hebben wij het Nederlandstalige artikel in H&W van Runia gelezen dat ging over deze groei tot autonomie (hijzelf refereert in het artikel aan het Engelstalige), maar wij hebben niet de indruk dat er bewijzen worden geleverd dat de driejarige opleiding deze groei zou beperken.^{14,17}

De suggestie dat het primaat is komen te liggen bij de beheersing en het kunnen uitvoeren van het Basistakenpakket en dat het onderwijs zich op een simpele manier alleen hiermee zou bezighouden, wordt binnen onze opleiding zeker niet als zodanig herkend. De versimpeling die Runia aanbrengt, dat het onderwijs over medisch inhoudelijke zaken een frontale onderwijsmethode en klassikaal zou zijn, doet veronderstellen dat Runia als psycholoog waarschijnlijk nooit bij deze vorm van kennisoverdracht aanwezig is geweest.

Studentgeoriënteerde methode

Het vertalen van de patiëntgeoriënteerde methode vanuit het congruentieprincipe naar een studentgeoriënteerde methode, behoeft onzes inziens enige toelichting, daar deze patiëntgeoriënteerde methode in de afgelopen twintig jaar wel enige ontwikkeling heeft doorgemaakt.¹⁸⁻²³

Structurering van een consult betekent het aanbrengen van een logische volgorde. Dit veronderstelt wederom iets meer dan 'met de camera zonder programma de hei op gaan'. Het hulpverleningsproces is een 'gesprek' waarin beide partners actief zijn en hun specifieke verantwoordelijkheden hebben. Dit alles is erop gericht een optimale communicatie te bewerkstelligen, waarbij de patiënt de gelegenheid krijgt zich zo goed mogelijk te uiten en vervolgens beslissingen te nemen over zaken waar hij deskundig over geïnformeerd is. Vrij vertaald naar de opleiding houdt dit in, dat niet alleen de student bepaalt welke richting het onderwijs opgaat, maar dat de begeleiders hun eigen verantwoordelijkheid hebben, waarbij zij zich niet kunnen verschuilen achter dure termen die hun eigen onmacht aangeven. Tevens lijkt het ons dat door de uitgebreide tijd die in de opleiding is uitgetrokken voor supervisie, ruimschoots tegemoetgekomen wordt aan de 'onderwijsfilosofie' van Runia.

Dr. H.M. Pieters,
F. Almekinders,
beiden huisarts

1 Runia E. Terug naar af... De verschooling van de beroepsopleiding. *Huisarts Wet* 1996; 39(3): 129-33.

2 Op 't Root J. De huisartsopleiding aan de Rijksuniversiteit Limburg. *Huisarts Wet* 1979; 22: 278-82.

3 Melker RA de, Spreeuwenberg C. Over de basisfilosofie tot huisarts. *Huisarts Wet* 1979; 22: 443-6.

4 Interfacultaire Werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen. Rapport. Utrecht: IOH, 1974.

5 Tielens V. Consulten van huisartsen. Een onderzoek naar verschillen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.

6 Pieters HM. Utrechtse Consult Evaluatie Methode. Vaardigheden in consultvoering van huisartsen in opleiding getoetst [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1991.

7 Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1991.

8 Grol R. Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde, effecten van onderlinge toetsing [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijme-

- gen, 1987.
- 9 Kraan HF, Crijnen A. The Maastricht History Taking and Advice checklist: studies of instrumental utility [Dissertatie]: Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1987.
 - 10 Runia E, Van Herk R. De kunst van het haalbare. De verwezenlijking van de beroepsopleiding tot huisarts, 1956-1973. Huisarts Wet 1991; 34: 117-23.
 - 11 Commissie Curriculum Constructie (meerjarige) Beroepsopleiding tot huisarts. Een structuurplan voor de beroepsopleiding tot huisarts. CCBOH-01 1985.
 - 12 Commissie Curriculum Constructie (meerjarige) Beroepsopleiding tot huisarts. Onderwijsdoelstellingen Meerjarige Beroepsopleiding tot huisarts. CCBOH-08, 1986.
 - 13 Commissie Curriculum Constructie (meerjarige) Beroepsopleiding tot huisarts. De opzet van het curriculum voor de Beroepsopleiding tot huisarts. CCBOH-05, 1986.
 - 14 Runia E. Experience-sharing as an antidote to dependence-making behavior of general practitioners. Int J Group Psychother 1995; 17-35.
 - 15 Royal College of General Practitioners. What sort of doctor? Assessing quality of care in general practice. Report from General Practice 23, 1985.
 - 16 Fabb WE, Marshall JR. The assessment of clinical competence in general practice. Lancaster: MTP Press, 1983.
 - 17 Runia E. Controledrang en crisisvrees. Ervaringen uitwisselen als antidotum voor afhankelijk makend gedrag. Huisarts Wet 1993; 36: 214-8.
 - 18 Van Aalderen H. Waarom methodisch werken? Huisarts Wet 1976; 19: 366-7.
 - 19 Tielens V. Commentaar bij het rapport methodisch werken. Huisarts Wet 1978; 21: 319.
 - 20 Sluys EM, Van den Leden J. Methodisch werken: de ontwikkeling sinds 1976. Huisarts Wet 1988; 31(Suppl 12): 3-8.
 - 21 Kluwer R, de Groot JB. Werken aan methodisch werken, verslag van de regelementatiefase van het project methodisch werken (1983-1986). Utrecht: O en O, NHG, 1986.
 - 22 Proost H. Methodisch werken in 1986. Huisarts Wet 1986; 15: 151-4.
 - 23 Van der Burg-Van Walsum M. Een methode van onderricht in klinisch denken. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 728-9.

Naschrift

Kooij noch *Pieters & Almekinders* lijken in mijn stuk over de verschooling van de beroepsopleiding te missen wat ik er zelf het meest in mis: een up-to-date en fatsoenlijk onderbouwd antwoord op de vraag hoe beroepspraktijk en onderwijspraktijk op elkaar afgestemd zouden kunnen worden. In het in dit H&W-nummer afgedrukte artikel 'Naar een congruent curriculum voor de beroepsopleiding tot huisarts' probeer ik – op gevaar af de

drifhuishouding van *Pieters & Almekinders* opnieuw te ontregelen – een dergelijk antwoord te formuleren.

Omdat *Kooij* in zijn herderlijk schrijven een officieel standpunt vertolkt, wil ik op een aantal van zijn punten apart ingaan. In de eerste plaats: achter zinnen als 'het katalyseren van veranderingen is niet voldoende: er moet ook gewoon heel veel worden geleerd' en 'de samenleving heeft recht op goed opgeleide, deskundige huisartsen. En dat betekent dat haio's meer moet worden bijgebracht dan autonomie' gaat een opvatting over leren schuil die zorgwekkend weinig gemeen heeft met de teneur van veel belangrijk opleidingskundig onderzoek van het afgelopen decennium. Eén van de conclusies van dat onderzoek luidt dat hoe langer de leerweg is die mensen afleggen, hoe minder hun leren gaat bestaan uit kennisabsorptie en hoe meer uit reflectie op hoe zij dingen daadwerkelijk aanpakken. Dit betekent dat aan initieel onderwijs heel andere eisen gesteld zouden moeten worden dan aan 'quartaire' vormen van volwasseneneducatie als postacademische beroepsopleidingen. Terwijl initieel onderwijs zich kan richten op het overdragen van protocolliseerbare kennis en vaardigheden, staan beroepsopleidingen voor de taak 'professionals' af te leveren – mensen die niet slechts 'volgens het boekje' kunnen werken (d.w.z. protocolliseerbare kennis en vaardigheden *lege artes* kunnen toepassen) maar binnen een bepaald beroepsveld (zoals de huisartsgeneeskunde) raad weten met wat ik maar aanduid als 'non-standaard' praktijksituaties. Dit wil uiteraard *niet* zeggen dat professionals-in-opleiding niet zouden mogen leren volgens het boekje te werken, wél dat zij pas werkelijk professionals zijn voor zover zij ook – 'autonoom' – uit de voeten kunnen in nog niet goed in kaart gebrachte situaties.

In de tweede plaats lijkt *Kooij* begrippen die ik zorgvuldig van elkaar probeer af te grenzen – 'speelruimte', autonomie, vrijblijvendheid – als synoniemen te beschouwen. Voor alle duidelijkheid: speelruimte, opgevat als de vrijheid dingen te doen waarvan de sanctionering niet bij voorbaat vaststaat, is nodig om een ontwikkeling (bijvoorbeeld naar autonomie) mogelijk te maken. Speelruimte heeft echter niet gepaard te gaan met vrijblijvendheid. Integendeel: speelruimte gaat onderwijskundig pas goed renderen als er ook verantwoording moet worden afgelegd over wat er in en met die speelruimte gedaan is. Dat dit in de eenjarige opleiding onvoldoende gebeurde (niet alleen door haio's en hao's, *maar vooral ook door stafleden*) staat volgens mij wel vast. Daaruit

de conclusie trekken dat die speelruimte dan maar beperkt moet worden, is echter schieten uit de heup. Natuurlijk is inperking van speelruimte veel gemakkelijker dan het bedenken van een systeem waarin iedereen elkaar aanspreekt op verantwoordelijkheden, maar het laatste is in het bestek van een beroepsopleiding vele malen relevanter.

Tenslotte: de beleidsvorming rond de beroepsopleiding voltrekt zich in wat wetenschapsociologen een gesloten citeergemeenschap noemen – in dit geval gemarkeerd door boeken als dat van *Fabb & Marshall* (1983) en rapporten als dat van de Commissie CCBOH (1986). Frisse lucht (zie bijvoorbeeld de literatuurverwijzingen bij het in dit nummer afgedrukte artikel) wordt zorgvuldig geweerd. Persoonlijk slaag ik er maar niet in te begrijpen waarom we de huisartsopleiding zouden uitleveren aan opvattingen over leren en onderwijs die a) obsoleet en b) aspectiefiek zijn, als er zoveel mogelijkheden zijn een beroepsopleiding te creëren die deze naam werkelijk verdient.

Eelco Runia

Standaarden en tuchtrecht

Grol gaat in op de 'onmogelijke relatie' tussen standaarden en tuchtrecht.¹ Zijn conclusie dat 'standaarden in de toekomst waarschijnlijk maar beperkt toepasbaar zijn en ook beperkt toepasbaar worden in de tuchtrechtspraak', is helaas strijdig met de dagelijkse praktijk. Inmiddels blijken NHG-standaarden meestal wel door advocaten, deskundigen en rechters gebruikt te worden, niet alleen in tuchtzaken, maar ook in het snel toenemende aantal civiele procedures en schadeclaims. Reeds eerder heb ik betoogd dat we dit weliswaar niet bedoeld hebben, maar ook juristen raadplegen medische literatuur. Bovendien wordt een deskundige expliciet gevraagd naar relevante literatuur, inclusief de standaarden. In veel dossiers tref ik al een kopie van de standaard aan.

Het is jammer dat door het artikel NHG en huisartsen op het verkeerde been gezet worden. Ik ben het uiteraard met *Grol* eens dat standaarden hiervoor niet opgesteld worden, maar we moeten uitgaan van de bestaande praktijk. Nu kan een deskundige de schade beperken door een concrete interpretatie, door het aanvoeren van argumenten waarom van de standaard is afgeweken en soms ook door recent relevant onderzoek. In veel gevallen is een standaard overigens te weinig specifiek om een concrete

zaak te kunnen beoordelen. Zo is de standaard Medische Verslaglegging zo weinig specifiek dat ook 'slecht registrerende' huisartsen er niet op aangesproken kunnen worden. Juridische procedures vragen om meer aandacht, omdat deze helaas vaker dan vroeger voorkomen. De arts-patiëntrelatie is zakelijker geworden en steeds meer willen patiënt en familie dat de huisarts op mogelijke fouten wordt aangesproken. Daarbij moeten we bij het opstellen van standaarden rekening houden.

Tenslotte is een standaard in veel gevallen juist een goede zaak, omdat hij de huisarts vrij kan pleiten. Met name kan dit van belang zijn als tegenwicht tegen rapporten van specialisten, die vaak geen rekening houden met de lagere prior kans op ernstige ziekte en de eigen benadering van klachten en ziekten in de huisartspraktijk.

Prof.dr R.A. de Melker

- 1 Grol R. Standaarden en tuchtrecht: een onmogelijke relatie? Huisarts Wet 1996; 39(3): 123-8.

Lage-rugpijn

In onze regio zijn diverse chiropractoren actief, die blijkens het aantal aangevraagde onderzoeken en/of opgevraagde foto's erg populair zijn. De chiropractor maakt bij het bepalen van zijn behandeling gebruik van foto's van de LWK (en CWK) om metingen en dergelijke te verrichten. Wanneer dergelijke onderzoeken niet recent zijn verricht, worden zij aangevraagd door de huisarts, maar op verzoek van de chiropractor. Wij vonden dat een onbevredigende en omslachtige situatie, en wij konden ook geen inzicht krijgen in de aantallen onderzoeken die op die manier werden verricht. Hoewel de chiropractor geen medicus is, menen wij dat hij een zodanige opleiding heeft genoten, dat hij in staat moet worden geacht dergelijk onderzoek aan te vragen. Derhalve zijn wij ertoe overgegaan om hem direct radiologisch onderzoek aan te laten vragen. Een overweging hierbij was, dat de chiropractor anders wellicht zelf zijn röntgenonderzoeken zou gaan verrichten, iets waar wij als radiologen niet voor zijn, omdat het overzicht over vervaardigde onderzoeken helemaal verloren zou gaan en er zeker dubbel onderzoek zou gaan plaatsvinden.

Ik graag het standpunt van het NHG kennen ten aanzien van röntgenonderzoek van de wervelkolom, aangevraagd door de chiropractor, al of niet via de huisarts. Tevens zou ik graag vernemen wat het NHG vindt van de sterk

gestegen groei van en belangstelling voor chiropractie in Nederland. Beschouwt het NHG dit als een zinvolle behandeling van 'aspecifieke' rugklachten of valt de chiropractie volgens het Genootschap onder de groep behandelingen waarvan het nut en de zin niet bewezen zijn? Uit de opmerkingen bij de NHG-Standaard Lage-Rugpijn meen ik te mogen vaststellen, dat het NHG de manuele geneeskunde als effectief beschouwt bij de behandeling van subacute rugklachten, doch deze therapie als te veel afhankelijk makend beschouwt. Geldt dit ook voor de chiropractie?

P.J. Roscam Abbing, radioloog,
Het Diaconessenhuis, Leiden

- 1 Faas A, Chavannes AW, Koes BW, et al. NHG-Standaard Lage-Rugpijn. Huisarts Wet 1996;39:18-31.

Naschrift

De publicatie van de NHG-Standaarden Lage-Rugpijn en Lumbosacraal Radiculair Syndroom^{1,2} heeft veel – overwegend positieve – reacties opgeleverd. Het is echter niet aan de auteurs van de standaarden om uitspraken te doen over de plaats van chiropractie in de Nederlandse gezondheidszorg, bijvoorbeeld met betrekking tot het aanvragen en/of zelf maken van röntgenfoto's door chiropractoren. De standaarden zijn er voor huisartsen.

De NHG-Standaard Lage-Rugpijn geeft richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van patiënten bij lage-rugpijn.¹ Ten aanzien van de richtlijnen voor het aanvragen van röntgenfoto's geldt dat deze alleen zinvol kunnen zijn bij verdenking op de aanwezigheid van een wervelmetastase, osteoporotische wervelfractuur en de ziekte van Bechterew (zie de noten 12-15). Bij aspecifieke lage-rugpijn (in afwezigheid van verdenking op specifieke oorzaken) is röntgendiagnostiek niet zinvol. Er is in het algemeen geen relatie tussen degeneratieve afwijkingen en het voorkomen van lage-rugpijn.

Bij het opstellen van de NHG-Standaard Lage-Rugpijn is de waarde van manuele therapie/manipulaties van de wervelkolom als behandeloptie uitgebreid besproken op basis van de beschikbare studies (RCT's) naar de effectiviteit ervan. Hieruit bleek dat bij acute lage-rugpijn manipulatie niet zinvol is. Bij subacute en chronische lage-rugpijn is manipulatie mogelijk wel zinvol, mits zij onderdeel is van een activerende aanpak (geleidelijke opbouw van activiteiten) gericht op preventie van blijvend

disfunctioneren. In Nederland worden manipulaties doorgaans toegepast door manueel therapeuten. In de regel zijn dit fysiotherapeuten die een aanvullende opleiding manuele therapie hebben gevolgd. Daarnaast zijn er in Nederland ongeveer 120 chiropractoren gevestigd die manipulaties toepassen. Verschillen in effectiviteit tussen verschillende technieken van manipulaties bij lage-rugpijn zijn voornamelijk niet aangevoerd. De in de NHG-Standaard vermelde uitspraken over manipulaties hebben derhalve betrekking op zowel manueel therapeuten als chiropractoren.

B.W. Koes
J.R. van der Laan
S. Thomas

- 1 Faas A, Chavannes AW, Koes BW, et al. NHG-Standaard Lage-Rugpijn. Huisarts Wet 1996; 39: 18-31.
- 2 Smeele IJM, Van den Hoogen JMM, Mens JMA, et al. NHG-Standaard Lumbosacraal Radiculair Syndroom. Huisarts Wet 1996; 39(2): 78-89.

Condylomata acuminata

Volgens de desbetreffende NHG-standaard zou een intensievere controle op cervixcarcinoom niet geïndiceerd zijn bij condylomata acuminata.¹ Inderdaad worden de typen 6 en 11 niet meer in verband gebracht met cervixcarcinoom. De typen 16 en 18 echter wel. Mijn vraag is dan ook hoe vaak er een co-infectie van deze twee groepen optreedt? Mijns inziens kun je dan pas met zekerheid zeggen dat een intensievere controle (smears) niet nodig is.

R.J.J. Rietbroek

- 1 Versteeg JW, Westerveld MC, Boeke AJP, et al. NHG-Standaard Condylomata Acuminata. Huisarts Wet 1995; 38: 581-4.

Naschrift

De vraag in hoeverre de HPV-typen 6 en 11 gelijktijdig voorkomen met andere, meer oncogene HPV-typen (vooral 16 en 18) is moeilijk te beantwoorden. *Lorincz et al.* vonden in een case-control studie slechts bij ruim 6 procent van de vrouwen bij wie HPV werd gevonden, twee of meer HPV-typen. Om welke combinaties het ging, wordt niet vermeld, wel dat bij de gevallen van invasief cervixcarcinoom de typen 6 en 11 niet voorkwamen. De standaard adviseert dan ook om bij condylomata acumi-

nata niet intensiever te screenen op cervixcarcinoom gezien het ontbreken van een duidelijke relatie tussen de HPV-typen 6 en 11 en intra-epitheliale cervixpathologie.

J.W. Versteeg
A.N. Goudswaard
S. Thomas

1 Lorincz AT, Reid R, Jenson AB, et al. Human papilloma virus infection of the cervix: relative risk associations of 15 common anogenital types. *Obstet Gynaecol* 1992; 17: 328-37.

Giardiasis en amoebiasis

Kager pleit in zijn ingezonden brief voor een herziening van de NHG-Standaard Acute Diarree. De adviesdosering metronidazol (3 dd 250 mg gedurende 7 dagen) is volgens hem te laag. Er zou weinig onderzoek naar de vergelijking tussen langere en korte kuren imidazolpreparaten zijn.¹

De schaarste valt echter wel mee: er is een redelijk aantal trials bekend, maar de kwaliteit daarvan laat een hoop te wensen over. Ook is er maar weinig bekend over de snelheid waarmee klachten verdwijnen na behandeling. Giardiasis is bij immuuncompetente patiënten waarschijnlijk een infectie die vanzelf verdwijnt. In een meta-analyse vonden wij 28 gerandomiseerde clinical trials waarvan er twee uit twee trials bestonden: 12 verschillende preparaten zijn – voor zover wij weten – onderzocht: van metronidazol tot koningengelei van bijen (proposolina).² In de 24 studies waarbij metronidazol werd gebruikt, waren er maar liefst 26 verschillende doseringsschema's variërend van 33 mg/kg tot 500 mg/kg (omgerekend naar de hele kuur). Hoewel er een verband is tussen dosering en het verdwijnen van de parasiet uit de ontlasting, is er vanaf 80-110 mg/kg (voor de hele kuur) geen duidelijk verschil.

We vonden acht trials die korte kuren vergelijken met langere (meestal metronidazol). Het effect op de parasitologische genezing is bij beide doseringen gelijk: Odds ratio 0,67 (95%-betrouwbaarheidsinterval 0,31-1,44). In de vier trials die daar iets over zeggen, lijken er wat minder bijwerkingen te zijn van de korte kuren, maar gezien de zeer matige registratie in de trials staat dat niet helemaal vast. De compliance met een korte kuur is in ieder geval beter, en dat is uiteraard een voordeel.

Praktisch al het onderzoek is in ontwikkelingslanden verricht, waar een hoge infectiedruk

bestaat. In sommige trials gaat het om ondervoede patiënten met een aanzienlijke comorbiditeit. Lang niet altijd zijn symptomatische patiënten onderzocht, en als dat al het geval is, is veelal onduidelijk wat de symptomen precies waren. Hoewel timidazol in onze meta-analyse er het best uitkomt, en Kager daar dus geheel gelijk in heeft, blijft enige voorzichtigheid over het effect van therapie op de klachten geboden. Vanwege alle onduidelijkheid over de beste behandeling zijn we overigens onlangs begonnen met een clinical trial.

Een tweede wens van Kager – een echt advies over de behandeling van amoebiasis in een standaard acute diarree – lijkt ons wat overbodig. In ons lopende onderzoek met bijna 900 patiënten met diarree langer dan een week vonden we maar bij 12 patiënten een *E. histolytica*. Standaarden zijn er voor redelijk frequent voorkomende klachten of aandoeningen. De gemiddelde huisarts zal slechts zeer sporadisch een patiënt met een echte amoebendysenterie zien.

Dr. J.O.M. Zaat, huisarts te Purmerend
Th.G. Mank, Stichting Artsenlaboratorium
Haarlem

- 1 Kager PA. Behandeling giardiasis en amoebiasis [Ingezonden]. *Huisarts Wet* 1996; 39(7): 343.
- 2 Zaat JOM, Mank ThG, Assendelft WJJ. Treatment of giardiasis. In Feng C, Garner P, Gelband H, Salinas R, eds. Parasitic disease module of The Cochrane Database of Systematic Reviews. London: BMJ Publishing Group, 1996.

NOTA BENE

De uitspraak 'dit doen we al jaren zo' zegt niets over de effectiviteit van een behandeling.

Stelling bij: Beurskens S. Low back pain and traction [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1996.