

ten op dan procedure D, waarbij in eerste instantie in het geheel geen resistentie wordt onderzocht. Het lijkt dan ook niet aan te bevelen tijd en materiaal hierin te investeren.

De resultaten van de methoden B, D, E en Fliggen in dezelfde grootte-orde. De keuze daartussen zal dan ook mede moeten worden bepaald door praktische en economische overwegingen, waarbij moet worden bedacht dat de kweek in het streeklaboratorium tien- tot twintigmaal zoveel kost als het uitvoeren van een dip-slide. Ook is de bereikbaarheid van het streeklaboratorium een factor van belang. In onze situatie met een goed lopend laboratorium in de praktijk en een goed bereikbaar streeklaboratorium prefereren wij procedure E.

Bij het in de huisartspraktijk toepassen van de dip-slide-methode is er, sinds de Ziekenfondsraad heeft besloten de kosten van dip-slides aan huisartsen te vergoeden, nog slechts één knelpunt. In hoeverre kan men bij matig frequent gebruik aannemen dat het beoordelen van de dip-slides na 18 tot 24 uur door een huisarts of diens assistente betrouwbaar wordt uitgevoerd? Een onderzoek is hierover gaande.

Samenvatting. Onderzocht werd of het zin heeft door middel van met een antibacterieel middel geïmpregneerde dip-slide tevens een resistentie-bepaling te doen, zodat niet hoeft te worden gewacht met het instellen van de therapie tot de resultaten van het antibiogram bekend zijn. Het blijkt dat deze methode geen voordelen biedt voor de patiënt. Tevens worden de verschillende mogelijke procedures bij het behandelen van patiënten met vermoedelijke urineweginfecties vergeleken met betrekking tot het al dan niet adequaat behandelen.

Summary. Use of dip-slides to determine resistance in urinary infections. A study was made of the effectiveness of using a dip-slide impregnated with an antibacterial agent to determine resistance so that institution of therapy need not be postponed until the results of the antibiogram are known. This method proved to have no advantages for the patient. The adequacy or inadequacy of various procedures in the treatment of patients suspected of urinary infection was also studied.

Maclean, B. W., F. M. Mac Callum & B. I. Davies. (1971) J. roy Coll. Gen. Practit. 21, 701.

Zwaard, J. H. van der, M. Vos en W. P. van den Hout. (1973) huisarts en wetenschap 16, 332; (1975) Ibidem 18, 252.

Dipslide

Ook voor u?

L. STRIJBOSCH, P. M. VOORHOEVE EN J. VAN DER ZWAARD*

Na het afsluiten van de experimenten met de dipslide-methode bij de diagnostiek van urineweginfecties – zie elders in dit nummer – wilden wij de methode als routine gaan gebruiken. Bij enkelen van ons bleek onzekerheid te bestaan over het vermogen tot correct aflezen van de dipslide waarop bacteriëngroei is te zien. Om dat te kunnen beoordelen hebben wij met het gehele team een ochtend aflezen belegd, waarbij wij een antwoord wilden krijgen op de vraag of de betrouwbaarheid van het aflezen van een ingezette dipslide afhankelijk is van opleiding of van in het verleden of heden opgedane ervaring.

Methode en materiaal

Van de urines (11) die voor onderzoek op infectie op de dag voor het experiment werden aangeboden en de urines (4) welke dezelfde dag in het revalidatiecentrum te Hoensbroek werden afgenomen ter controle van dwarslaesiepatiënten, werd viervoudig een dipslide ingezet, waarvan ook één naar het streeklaboratorium te Heerlen werd gestuurd voor kweek en eventuele analyse bij positief resultaat. Dit leverde ons de volgende dag een grote hoeveelheid bij kamertemperatuur bewaarde dip-slides op, waaruit wij een serie konden samenstellen, waarin de mogelijke uitslagen als volgt waren verwoordigd (tabel).

Tabel. Voor verklaring zie tekst.

Uitslag dipslide	Aantal
Steriel	2
10 ³	3
10 ⁴	–
5x10 ⁴	2
10 ⁵	3*
10 ⁶	2
10 ⁷	3

*Waarvan twee waarschijnlijk gecontamineerd.

In totaal werd van twaalf urinemonsters een serie van vijftien dip-slides gemaakt, welke in een willekeurige volgorde van 1 tot en met 15 werd genummerd. Alle teamleden dienden de serie in een bepaalde, tevoren aselekt vastgestelde volgorde af

*Respectievelijk statisticus Medische Faculteit Maastricht, huisarts en medisch analyste, verbonden aan het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord.

te lezen. Voordien kreeg ieder teamlid een instructieblad, waarin werd uitgelegd wat het doel van het onderzoek was, welke mogelijkheden van beoordeling wij hantieren en waarom het belangrijk was de opgegeven volgorde van aflezen te handhaven. Tevens werd de Nederlandse fabrieksgebruiksaanwijzing van de dipslide (Uricult) uitgereikt. Na lezing hiervan beantwoordde ieder een aantal vragen waaruit de opleiding en de ervaring met dip-slides kon blijken. Ten slotte werden de dip-slides afgelezen.

Er deden vijf huisartsen, vier doktersassistenten, vier wijkverpleegkundigen, twee maatschappelijk werkers en drie anderen mee. Vervolgens werden de uitkomsten van de in het streeklaboratorium afgelezen dip-slides vergeleken met die van de door onze medisch analyste afgelezen dip-slides. Van de vijftien waren er twee niet in overeenstemming. In beide gevallen betrof het urines waarvan de kweek „10⁴-10⁵ gemengde contaminanten” als uitslag gaf. In het ene geval hebben wij de uitkomst van onze analyste als juist aanvaard, in het andere die van het streeklaboratorium. Naar aanleiding van deze standaard „juiste” uitkomst werd van elke aflezing vastgesteld of zij correct, fout positief of fout negatief was. Vervolgens werden deze gegevens statistisch bewerkt.

Resultaten

1. Er bleek geen significant verschil te bestaan in aflees-prestatie tussen de artsen, assistenten, maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen of anderen

(toets van Kruskal en Wallis $p = \pm 0,5$). De beide maatschappelijk werkers – zonder enige ervaring – scoorden nul fout.

2. Rangschikt men de aflezingsen niet naar preparaat, maar naar rangnummer van aflezen, dan blijkt significant dat er bij het aflezen van de reeks een leereffect optreedt, zodat men duidelijk beter afleest naarmate men kort te voren meer diplslides heeft beoordeeld (toets tegen het verloop van 15 dichotome (goed/fout) waarnemingen op tijd geordend; eenzijdige overschrijdingskans = $\pm 0,03$).

3. Van de achttienmaal 15 = 270 aflezingsen waren er 21 fout, waarvan drie fout positief. Van de achttien foute aflezingsen hadden tien betrekking op urines die door de kweek als „gemengde contaminanten werden geïdentificeerd. Dat wil zeggen dat er bij het afnemen van de urine waarschijnlijk microorganismen van buiten de urinewegen in het monster zijn terechtgekomen.

Uit eerder onderzoek is gebleken dat deze als gemengde contaminanten gearmerkte urines bij nadere analyse meestal niet blijken te zijn geïnfecteerd. Met de toets van Fischer blijkt dat de kans dat gecontamineerde urine fout negatief wordt afgelezen, significant groter is, dan de kans dat dit met de urine met een positieve kweekuitslag gebeurt (eenzijdige overschrijdingskans 0,049).

Discussie

Het blijkt dat de diplslide-methode ook voor niet-medisch geschoolden goed bruikbaar is. Daarbij geldt een zeker voorbehoud, namelijk dat bij regelmatig gebruik de methode aan betrouwbaarheid wint. Momenteel gebruiken wij per arts per week in het gezondheidscentrum ongeveer acht diplslides, hetgeen waarschijnlijk genoeg is om betrouwbaar te kunnen aflezen.

Indrukken S.I.M.G.-congres Igls september 1977*

R. A. DE MELKER** EN W. FRANKENBERG***

Een eerste indruk die direct het gevoel geeft in een wat ander leefklimaat te zijn aangekomen: het antieke trammetje dat ons van Innsbruck naar Igls brengt en dat nog een voor- en achterbalkon heeft, compleet met bestuurder en conducteur. Igls ligt prachtig temidden van de bergen, de zon is er gelukkig nog aanwezig. Het Kurhaus – waar het congres al jaren wordt gehouden – lijkt ideaal gelegen in een park, met mooie uitzichten. Al met al een fraai decor voor een internationale ontmoeting van huisartsen. Maar het wekt ook verwachtingen. Zullen nieuwe ontwikkelingen aan de orde komen? En vooral: zal men, meer nog dan in het verleden, toekomen aan het wezen van de huisartsgeneeskunde?

Een Oostenrijkse buurman stoot ons aan: „Daar heb je toch niets aan in de praktijk” zegt hij, al luisterend naar de discussie tussen twee hoogleraren. „Waar praktizeert u?” Uitleggen wat een gezondheidscentrum is, blijkt niet eenvoudig te zijn. In Duitsland en Oostenrijk blijken huisartsen nog meer solistisch te zijn ingesteld dan in Nederland. „Ik begrijp maar niet hoe iemand allerlei beweringen kan uiten, zonder onderzoekgegevens te presenteren” zegt een Engelse collega, die een goed gedocumenteerd verslag van zijn onderzoek heeft gegeven.

„Wat kunnen we in vredesnaam doen met gedragswetenschappers?” vraagt een Zwitserse huisarts naar aanleiding van de voordracht van een jonge Nederlandse huisarts over diens ervaringen met de beroepsopleiding tot huisarts.

Een Hongaarse collega doet enthousiast mee met de communicatie-oefeningen. „Dit zouden wij ook eens moeten doen”, zegt hij. Het applaus na deze morgen is lang, bijna ovationeel . . .

Deze reacties geven een indruk van de uiteenlopende ervaringen tijdens dit congres. Voor een juiste beoordeling moeten wij ons een paar zaken realiseren. Het jaarlijkse S.I.M.G.-congres in Igls heeft twee totaal uiteenlopende functies, elk gericht op een andere doelgroep. Het eerste gedeelte van het congres is een nascholingscursus, vooral voor duitstalige huisartsen. Het tweede gedeelte heeft de functie van een internationale ontmoetingsplaats van huisartsen, waar verslag wordt uitgebracht over onderzoek in

de huisartsgeneeskunde en is meer gericht op de ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde.

De „Landarzt” die het congres bezoekt, is vooral in praktische zaken geïnteresseerd, sommigen vooral in klinische aspecten. Anderen tonen belangstelling in de meer sociaal wetenschappelijke gezichtspunten communicatie, gespreksvoering, invloed van leefproblemen op het ontstaan van ziekten enzovoort. Weer anderen, met name medewerkers van de huisartseninstituten, tonen interesse in onderwijs, onderzoek en vooral in de verdere theoretische onderbouwing van de huisartsgeneeskunde. Voor deze functie van het congres is niet de inhoud van de voordrachten van primair belang, maar veel meer de mogelijkheid tot internationaal contact. Daarbij zijn groepsdiscussies, gesprekken in de wandelgangen (of in het park) in wezen veel belangrijker. Bij het lezen van dit verslag dient men rekening te houden met de „bril” waarmee deze congresbezoekers het congres hebben waargenomen, c.q. de wijze waarop zij het congres hebben beleefd.

De inhoud van het congres

De eerste dag was gewijd aan „De patiënt met een tumor in de huisartspraktijk”. Bij de voordrachten kwamen zowel klinische, epidemiologische als ook samenwerkingsaspecten tussen huisartsen en specialisten aan de orde. Zoals uit de in het begin vermelde ervaringen blijkt, was veel informatie te „specialistisch” en niet gericht op het specifieke van de huisartsgeneeskunde. Als reactie gaven verscheidene huisartsen een geloofsbelijdenis over hun wijze van behandelen, variërend van „alternatief” tot de toepassing van cytostatica door de huisarts. Tot

*23e internationale congres voor huisartsgeneeskunde, georganiseerd door Societas Internationalis Medicinæ Generalis in Igls (Oostenrijk) van 19 tot en met 24 september 1977.

** Instituut voor Huisartsgeneeskunde universiteit Utrecht.

*** Afdeling Sociale Psychiatrie universiteit Groningen