

Bedgeheimen en urineweginfecties

Samenvatting

Buijs SC, Avenarius W, Boeke AJP, Van Bergen JEAM. Bedgeheimen en urineweginfecties. *Huisarts Wet* 2015;58(11):570-3.

ACHTERGROND De huidige NHG-Standaard Urineweginfecties adviseert om bij vrouwen met mictieklachten te vragen naar het soa-risico. Onduidelijk is hoe de huisarts dit advies in de praktijk moet opvolgen en wat de opbrengst ervan is.

Een praktische verkenning van de uitvoering van de NHG-Standaard Urineweginfecties rond het navragen van het soa-risico bij vrouwen met een mogelijke urineweginfectie. We beschrijven wat het vragen naar het soa-risico oplevert aan bewezen infecties.

METHODE Het betreft een oriënterende pilot aan de hand van gestructureerde interviews met huisartsen en doktersassistenten in zeven huisartsenpraktijken. Daarnaast beschrijven we de opbrengst bij vrouwen die positief scoorden op soa-risico in de schriftelijke vragenlijst die één groepspraktijk gedurende anderhalf jaar heeft toegepast bij vrouwen met mictieklachten.

RESULTATEN Meestal handelt de praktijkassistente verzoeken af voor urineonderzoek in verband met een mogelijke urineweginfectie. Het is lastig om de patiënte aan de balie naar het soa-risico te vragen. Vijf van de zeven praktijken werken met een schriftelijke vragenlijst waarin een vraag over soa-risico is opgenomen. Van 170 vrouwen met een mogelijke urineweginfectie gaven er in de vragenlijst 24 aan een verhoogd soa-risico te hebben. De helft hiervan kwam niet op het geadviseerde consult bij de huisarts. Elf vrouwen werden getest, van wie twee positief voor *Chlamydia trachomatis*.

CONCLUSIE Er is sprake van een praktijkvariatie in het navragen van soa-risico bij vrouwen met een mogelijke urineweginfectie. Om de volgende twee redenen zal verder onderzoek moeten volgen. Ten eerste is het de vraag of het informeren naar soa-risico bij vrouwen met mictieklachten effectief bijdraagt aan het diagnosticeren van soa. Als dat zo blijkt te zijn, zullen we moeten nagaan hoe huisartsen dit zo doeltreffend mogelijk kunnen implementeren.

INLEIDING

Wat is de werkwijze in uw praktijk bij vrouwen die met een plasje aan de balie komen en denken een blaasontsteking te hebben? Vraagt uw assistente of zij zonder condoom gevreeën hebben, een nieuwe partner of wisselende seksuele contacten hebben? Kortom, vraagt uw assistente of zij risico lopen op een soa? En lukt dat allemaal met een volle wachtkamer op de achtergrond?

Dit is het advies van de NHG-Standaard Urineweginfecties: vraag bij vrouwen met mictieklachten naar het soa-risico.¹ Dat betekent dat de doktersassistente iedere gezonde vrouwelijke patiënt met mictieklachten zonder koorts vraagt of er sprake is van een verhoogd soa-risico. Wanneer er een verhoogd soa-risico is, adviseert de standaard immers een ander beleid ten aanzien van urinediagnostiek en verwijst deze bovendien naar de NHG-Standaard Het soa-consult.² Hoe praktijken met dit advies omgaan en welke knelpunten doktersassistenten hierbij ervaren is niet bekend. Hoe gaan assistentes om met de privacy en voelen ze een barrière om persoonlijke vragen over seksuele risico's aan de patiënte te stellen?

ACHTERGROND

Het aantal gerapporteerde nieuwe episodes van cystitis in de huisartsenpraktijk bedraagt bij vrouwen jaarlijks gemiddeld bijna 70 per 1000 patiënten. Bij jonge vrouwen betreft het over het algemeen een gezonde groep zonder comorbiditeit. De meest gediagnosticeerde bacteriële soa op soa-poli's in Nederland is een infectie met *Chlamydia trachomatis* (CT). Naar schatting laat 10 tot 12% van de patiënten jonger dan 25 jaar zich jaarlijks op eigen initiatief testen. In de huisartsenpraktijk zagen we in 2013 een jaarincidentie van 2,7 per 1000 patiënten.³ CT vinden we vooral bij heteroseksuelen jonger dan 25 jaar, waarbij de infectie bij 85% van de vrouwen zonder klachten verloopt. Deze groep jonge vrouwen loopt het risico om een PID (pelvic inflammatory disease) en infertiliteit te ontwikkelen.⁴⁻⁶ De NHG-Standaard Het soa-consult adviseert om bij een soa-risico tests af te nemen en laagdrempelig een CT-test aan te bieden aan vrouwen onder de 24 jaar.

Bij het opsporen van soa bij vruchtbare vrouwen met klachten van een urineweginfectie (UWI) gaat het vooral om het aantonen of uitsluiten van CT-infecties. We spreken dan van een CT-urethritis. Een CT-urethritis gaat geregeld samen met een CT-cervicitis. Eerder onderzoek vermeldt een CT-infectie bij 33% van de vrouwen met alleen mictieklachten.⁷ Urinewegen CT-infecties hebben vergelijkbare risicofactoren, zoals seksuele activiteit en leeftijd, en kunnen bovendien soortgelijke klachten geven. Het is aannemelijk dat in een groep jonge, gezonde vrouwelijke patiënten met klachten van een UWI meer patiënten een CT-infectie zullen hebben dan in een groep ver-

Wat is bekend?

- De huidige NHG-Standaard Urineweginfecties adviseert om bij vrouwen met mictieklachten te vragen naar het soa-risico. Mictieklachten kunnen ook veroorzaakt worden door een soa.

Wat is nieuw?

- Er blijkt sprake van praktijkvariatie in het navragen van het soa-risico bij vrouwen met een mogelijke urineweginfectie.

EMGO/VUMC, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Van der Boechorstraat 7, 1081 BT Amsterdam; S.C. Buijs, huisarts i.o.; W. Avenarius, huisarts; dr. A.J.P. Boeke, huisarts; prof. dr. J.E.A.M. van Bergen, huisarts • Correspondentie: s.buijs@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrenging: niets aangegeven.

gelijkbare, maar asymptomatische patiënten.⁸⁻¹⁰ De literatuur is hierover echter niet eenduidig.¹¹⁻¹⁴

We hebben een oriënterend pilot-onderzoek verricht om antwoord te krijgen op de vraag hoe huisartsenpraktijken omgaan met het advies van de NHG-Standaard Urineweginfectie en wat het vragen naar soa-risico oplevert aan nieuw gevonden CT-infecties.

METHODE

Opzet

We hebben in zeven huisartspraktijken een oriënterend pilot-onderzoek uitgevoerd aan de hand van gestructureerde interviews, gericht op de werkwijze bij vermoeden van een urineweginfectie. Het betreft praktijken die werken aan kwaliteit en onderdeel uitmaken van het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde VUmc. De praktijken zijn pragmatisch gekozen, zes verspreid in Amsterdam en één praktijk in het Gooi. Daarnaast hebben we beschreven wat de opbrengst was bij vrouwen die positief scoorden op soa-risico. Daartoe hebben we de antwoorden op schriftelijke vragenlijsten geanalyseerd en in verband gebracht met het gehoor geven aan advies tot doktersbezoek en uiteindelijk gevonden CT-infecties.

Werkwijze interviews

In de zeven huisartspraktijken hebben we bij de huisarts en de assistente gestructureerde interviews afgenomen. De huisartsen hebben we per e-mail verzocht deel te nemen. Tijdens een praktijkbezoek heeft een van de onderzoekers de huisarts en de doktersassistente apart en na elkaar geïnterviewd aan de hand van een vooraf vastgestelde vragenlijst. De onderzoeker vroeg naar de werkwijze van de praktijk als een patiënt urine komt brengen en of daar een protocol voor is. Verder vroeg zij of de huisarts of de assistente naar een mogelijk soa-risico informeert, en zo ja, op welke wijze dat gebeurt. Indien ze niet naar het soa-risico informeerden, vroeg de onderzoeker waarom ze dat niet deden. Vervolgens werd hen gevraagd wat de consequentie voor de patiënt was als deze aangaf een soa-risico te hebben gelopen. De onderzoeker heeft deze interviews vervolgens uitgeschreven en gecategoriseerd [tabel].

Werkwijze en opbrengst van de vragenlijst

In één groepspraktijk in de Amsterdamse Rivierenbuurt neemt de assistente sinds juli 2012 een korte schriftelijke vragenlijst af bij vrouwen die de praktijk bezoeken in verband met het vermoeden van een urineweginfectie. De praktijk is de vragenlijst gaan gebruiken in het kader van een praktijkverbeterplan. Het achterliggende doel van de vragenlijst is het faciliteren van de implementatie van de NHG-Standaard en hiermee het beter waarborgen van de privacy van de patiënt aan de balie. De patiënt vult deze vragenlijst zelfstandig in. De vragenlijst bevat relevante anamnestiche vragen over klachten, comorbiditeit (diabetes mellitus, zwangerschap) en het soa-risico. Op de lijst is ook een korte uitleg te vinden over wat onder soa-risico verstaan wordt. Hierbij komen vrijen zonder condoom met een nieuwe partner en wisselende seksuele



Foto: Shutterstock/rhodona188

Abstract

Buijs SC, Avenarius W, Boeke AJP, Van Bergen JEAM. Bedroom secrets and urinary tract infections. *Huisarts Wet* 2015;58(11):570-3.

BACKGROUND The current Dutch College of General Practitioners (NHG) Guideline Urinary tract infections recommends questioning women with micturition problems about their risk of having a sexually transmitted disease (STD). It is unclear how general practitioners follow this advice in practice and whether it is of value for identifying infections.

To investigate implementation of the NHG guideline with regard to asking women with a suspected urinary tract infection (UTI) about their potential STD risk, and whether such information is related to the presence of confirmed UTIs.

METHOD In this pilot study, structured interviews were carried out among GPs and practice nurses in seven general practices. In addition, the value of asking about STD risk was determined in one group practice, using information collected over 18 months among women with micturition problems.

RESULTS The practice nurse usually dealt with patient requests for urinalysis for a suspected UTI. It is difficult to ask patients about their risk of an STD at the front desk, and 5 of the 7 practices used a written questionnaire that includes a question about STD risk. Of 170 women with a suspected UTI, 24 indicated that they had an increased STD risk; 12 of these women did not follow up the advice to consult their GP. Of 11 women tested, 2 were positive for *Chlamydia trachomatis*.

CONCLUSIONS General practices differ in whether women with a suspected UTI are asked about their potential STD risk. Further research is indicated to determine whether asking women with micturition problems about STDs contributes to the diagnosis of STDs and, if this is the case, how this can be done as effectively as possible.

Tabel Praktijkomvang en soa-beleid bij vrouwen met mictieklachten

	Praktijkgrootte (n = patiënten)	UWI-protocol	Soa-vraag?	Soa-vraag op vragenlijst	Beleid soa-vraag in protocol?	Toelichting
Praktijk 1	4800	Ja	Ja	Loopt u een risico op een seksueel overdraagbare aandoening? (vrijen zonder condoom met nieuwe partner, wisselende seksuele contacten)	Nee	Streven is direct een consult bij huisarts, nabellen als de patiënte niet op de afspraak komt.
Praktijk 2	15.000	Ja	Nee			Wordt zelden naar gevraagd
Praktijk 3	5700	Ja	Ja	Loopt u een risico op een seksueel overdraagbare aandoening? (vrijen zonder condoom met nieuwe partner, wisselende seksuele contacten)	Nee	Patiënte wordt consult bij de huisarts aangeboden op een ander moment.
Praktijk 4	2100	Nee	Nee			Wordt zelden naar gevraagd
Praktijk 5	2370	Nee	Ja	Kans op soa	Nee	Assistente: streven is direct diagnostisch materiaal meegeven en afspraak bij de huisarts te maken. Huisarts: niet direct consequentie, pas bij onverklaarde recidieven.
Praktijk 6	8000	Ja	Ja	Is er een kans op een soa?	Nee	Vraag wordt vaak overgeslagen. Altijd overleg met huisarts als risico wordt aangegeven
Praktijk 7	5800	Ja	Ja	Kans op geslachtsziekte?	Nee	Vooral als er geen duidelijke afwijkingen in urineonderzoek worden gevonden, dan naar soa kijken.

contacten aan de orde. Wanneer patiënten 'ja' invullen bij de vraag over het soa-risico, biedt de assistente aan een afspraak te maken op het spreekuur bij de huisarts. Tijdens het consult neemt de huisarts een seksuele risicoanamnese af volgens de NHG-Standaard Het soa-consult en gaat na of soa-diagnostiek van toepassing is. De huisarts verricht geen soa-diagnostiek wanneer er recentelijk een test is gedaan en de patiënt sindsdien geen nieuw onveilig seksueel contact heeft gehad.

Om te bepalen wat deze werkwijze oplevert voor de opsporing van soa hebben we de vragenlijsten over de periode juli 2012 tot februari 2014 geanalyseerd. We hebben gekeken hoeveel vrouwen hadden aangegeven een soa-risico te hebben. Vervolgens hebben we door middel van dossieronderzoek vastgesteld of de patiënten op consult bij de huisarts waren geweest. Ten slotte hebben we nagegaan wat de testresultaten van deze groep patiënten waren.

RESULTATEN

Interviews

De meeste assistentes in alle praktijken geven aan een barrière te voelen om persoonlijke vragen (bijvoorbeeld in het kader van een seksuele risicoanamnese) aan de patiënt te stellen, vooral als de patiënt komt vanwege een 'simpele' blaasontsteking. Daarnaast zeggen vooral de assistentes van de kleinere praktijken (< 2500 patiënten) dat er vaak eenvoudig geen tijd en gelegenheid is voor een uitgebreide anamnese.

Alle huisartsen en assistentes gaven aan dat het in het bijzonder om jonge, seksueel actieve vrouwen gaat die op soa worden getest. Alle assistentes bespreken bij deze groep jonge vrouwen geregeld de relatie tussen urineweginfecties en seks, maar dan voornamelijk in het kader van hygiëneadviezen.

Vijf van de zeven bezochte praktijken bleken te werken met een schriftelijke vragenlijst. De twee praktijken die niet met

een vragenlijst werken, vragen niet standaard naar het soa-risico bij vrouwen met vermoeden van een urineweginfectie.

Alle praktijken die een vragenlijst gebruiken zeggen daarmee de privacy van de patiënt te willen waarborgen. In alle vragenlijsten was, naast vragen over klachten (dysurie, frequentie, buikpijn, koorts enzovoort) en risicofactoren (diabetes mellitus, zwanger, recidiverend, enzovoort), ook een vraag naar het soa-risico opgenomen. Deze vraag werd op uiteenlopende manieren gesteld [tabel].

In geen van de praktijken is in de praktijkprotocollen opgenomen wat het vervolgbeleid is als een patiënte aangeeft een verhoogd soa-risico te hebben. Ze gaan dan ook wisselend met het vervolgbeleid om, variërend tussen direct diagnostiek, overleg met de huisarts of een consult bij de huisarts.

Wanneer patiënten op een vragenlijst aangaven een soa-risico te hebben gelopen, adviseerden de assistentes meestal een consult bij de huisarts om te bepalen welke diagnostiek geïndiceerd was. Het is bij de geïnterviewde praktijken niet bekend of patiënten daadwerkelijk op de afspraak verschijnen.

Als er sprake is van nitrietpositieve urine en een door de patiënt aangegeven soa-risico beginnen twee van de zeven praktijken eerst met een behandeling voor een urineweginfectie met een banale verwekker. Wanneer de klachten niet verdwijnen of recidiveren, zetten deze praktijken alsnog soa-diagnostiek in. De andere vijf praktijken verrichten na een consult bij de huisarts meestal direct diagnostiek naar soa.

Opbrengst van de vragenlijst

In de periode juli 2012 tot februari 2014 hebben 170 vrouwen vragenlijsten ingevuld bij hun bezoek aan de huisarts in verband met een vermoeden van een urineweginfectie. De gemiddelde leeftijd was 39,5 jaar, met een spreiding van 15 tot 83

jaar. Vierentwintig van de 170 vrouwen gaven aan kans te hebben op een soa. Van deze 24 waren er 4 ouder dan 40 jaar. Er bleken 2 vrouwen positief getest voor CT en 9 werden negatief getest. De overige 13 vrouwen zijn niet getest. Volgens de assistente hebben deze niet-geteste vrouwen geen afspraak gemaakt bij de huisarts, ondanks actieve benadering en advies van de assistente. Volgens de assistente gaven patiënten als reden aan geen tijd te hebben voor een consult of een consult zelf niet nodig te vinden. Een van de 13 niet-geteste vrouwen heeft zich om financiële redenen niet laten testen.

BESCHOUWING

Dit oriënterende pilot-onderzoek geeft een indruk van de praktische uitvoering van de NHG-Standaard Urineweginfecties bij vragen naar het soa-risico bij vrouwen die mogelijk een urineweginfectie hebben. Het betreft een klein onderzoek in een beperkt aantal niet-representatieve huisartsenpraktijken. De resultaten laten zien dat het niet eenvoudig is het soa-risico aan de balie uit te vragen. Een deel van de praktijken vraagt naar het soa-risico met behulp van schriftelijke vragenlijsten. Het gebruik van dergelijke vragenlijsten kan bijdragen aan het consequenter naleven van de aanbevelingen van de standaard.

Uit een analyse van vragenlijsten van één groepspraktijk die volgens de richtlijn naar het soa-risico vraagt, blijkt dat meer dan de helft van de patiënten niet op het geadviseerde consult bij de huisarts komt. Als verder onderzoek laat zien dat dit ook het geval is in andere praktijken, is de vraag wat hiervan de achterliggende oorzaak is. De vraag is ook of schriftelijk vragen naar het soa-risico een valide en betrouwbare methode is om soa op te sporen. De uiteenlopende manieren waarop een vraag naar het soa-risico kan worden gesteld, kunnen door de patiënte op verschillende wijzen geïnterpreteerd worden. Daarbij kunnen bijvoorbeeld opleidingsniveau en etniciteit een rol spelen. Eerder onderzoek naar de waarde van het stellen van screeningsvragen om de kans op soa te voorspellen bij vrouwen die een spiraaltje willen laten plaatsen, liet lage positief voorspellende waarden zien.¹⁵ Diverse onderzoeken naar de betrouwbaarheid van het vragen naar condoomgebruik laten geen eenduidige conclusies zien.^{16,17}

Verder onderzoek moet zich allereerst richten op de vraag of er daadwerkelijk meer CT-infecties voorkomen bij vrouwen met klachten van een urineweginfectie, vergeleken met asymptomatische vrouwen in de algemene bevolking. Indien vrouwen met een mogelijke urineweginfectie inderdaad vaker de diagnose CT krijgen, kunnen we onderzoeken of het vragen naar een soa-risico, en de wijze waarop, het juiste selectie criterium is voor het testen op CT. Als op basis van het vervolgonderzoek blijkt dat bij vrouwen met mictieklachten niet meer CT-infecties worden gevonden dan bij asymptomatische vrouwen, is het echter de vraag wat de waarde is van de huidige soa-risicovraag in de NHG-Standaard Urineweginfecties.

CONCLUSIE

Er zijn aanwijzingen dat er veel praktijkvariatie is in het navragen van het soa-risico bij vrouwen die mogelijk een urineweginfectie hebben, zoals de NHG-Standaard Urineweginfecties adviseert. Of deze variatie leidt tot gezondheidsschade is niet duidelijk. Om de volgende twee redenen is verder onderzoek aangewezen. Ten eerste is het de vraag of informeren naar het soa-risico bij vrouwen met mictieklachten effectief bijdraagt aan het diagnosticeren van soa. Als dat zo is, is het de vraag hoe huisartsen deze anamnestiche informatie op een zinnige en effectieve wijze kunnen verzamelen en aanwenden. ■

LITERATUUR

- 1 Van Pinxteren B, Knottnerus BJ, Geerlings SE, Visser HS, Klinkhamer S, Van der Weele GM, et al. NHG-Standaard Urineweginfecties (derde herziening). *Huisarts Wet* 2013;56:270-80.
- 2 Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Het soa-consult (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2013;56:450-63.
- 3 Van Oeffelen AAM, Van Aar F, Van den Broek IVF, Op de Coul ELM, Woestenbergh PJ, Heijne JCM, et al. Sexually transmitted infections including HIV in the Netherlands in 2014. RIVM-rapport Mei 2015. Bilthoven: RIVM, 2015.
- 4 Gottlieb SL, Xu F, Brunham RC. Screening and treating Chlamydia trachomatis genital infection to prevent pelvic inflammatory disease: interpretation of findings from randomized controlled Trials. *Sex Transm Dis* 2013;40:97-102.
- 5 Herzog SA, Althaus CL, Heijne JC, Oakeshott P, Kerry S, Hay P, et al. Timing of progression from Chlamydia trachomatis infection to pelvic inflammatory disease: a mathematical modelling study. *BMC Infect Dis* 2012;12:187.
- 6 Land JA, Van Bergen JE, Morré SA, Postma MJ. Epidemiology of Chlamydia trachomatis infection in women and the cost-effectiveness of screening. *Human Reprod Update* 2010;16:189-204.
- 7 Sorbie J, O'Shaughnessy MV. Chlamydia trachomatis infections in women with urogenital symptoms. *Can Med Assoc J* 1982;127:974-6.
- 8 Shapiro T, Dalton M, Hammock J, Lavery R, Matjucha J, Salo DE. The prevalence of urinary tract infections and sexually transmitted disease in women with symptoms of a simple urinary tract infection stratified by low colony count criteria. *Acad Emerg Med* 2005;12:38-44.
- 9 Burney P, Marson WS, Evans M, Forsey T. Chlamydia trachomatis and lower urinary tract symptoms among women in one general practice. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1983;286:1550-2.
- 10 Dryden MS, Wilkinson M, Redman M, Millar MR. Detection of Chlamydia trachomatis in general practice urine samples. *Br J Gen Pract* 1994;44:114-7.
- 11 Prentiss KA, Newby PK, Vinci RJ. Adolescent female with urinary symptoms: a diagnostic challenge for the pediatrician. *Pediatr Emerg Care* 2011;27:789-94.
- 12 Huppert JS, Biro FM, Mehrabi J, Slap GB. Urinary tract infection and chlamydia infection in adolescent females. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003;16:133-7.
- 13 Knottnerus BJ. Uncomplicated urinary tract infections in general practice. Amsterdam [proefschrift]. Amsterdam: AMC-UvA, 2012.
- 14 European Centre for Disease prevention and Control. Chlamydia control in Europe: literature review. Stockholm: ECDC, 2014.
- 15 Murphy PA, Jacobson J, Turok DK. Criterion-based screening for sexually transmitted infection: sensitivity, specificity, and predictive values of commonly used questions. *J Midwifery Womens Health* 2012;57:622-8.
- 16 Zenilman JM, Weisman CS, Rompalo AM, Ellish N, Upchurch DM, Hook EW 3rd, et al. Condom use to prevent incident STDs: the validity of self-reported condom use. *Sex Transm Dis* 1995;22:15-21.
- 17 Shew ML, Remafedi GJ, Bearinger LH, Faulkner PL, Taylor BA, Potthoff SJ, et al. The validity of self-reported condom use among adolescents. *Sex Transm Dis* 1997;24:503-10.