

Huisartsen met en zonder elektronisch medisch dossier: weinig verschil in medisch handelen

GP Westert, LHF Hoonhout, DH de Bakker, HJM van den Hoogen, FG Schellevis

Samenvatting

Westert GP, Hoonhout LHF, De Bakker DH, Van den Hoogen HJM, Schellevis FG. Huisartsen met en zonder elektronisch medisch dossier: weinig verschil in medisch handelen.

Huisarts Wet 2002;45(2):58-62.

Doel De representativiteit is onderzocht van de gegevens over huisartsgeneeskundige zorg uit huisartspraktijken die deelnemen aan geautomatiseerde registratienetwerken en intensief gebruikmaken van het elektronisch medisch dossier (EMD).

Vraagstelling Zijn er verschillen in huisartsgeneeskundig handelen tussen huisartsen die intensief, weinig of niet gebruikmaken van het EMD?

Methode Door secundaire analyses zijn verschillende aspecten vergeleken van het huisartsgeneeskundig handelen (voorschrijf-, verwijsgedrag, preventief handelen, kwaliteit van praktijkvoering) tussen groepen huisartsen die in verschillende mate gebruikmaken van het EMD.

Resultaten De gevonden verschillen tussen EMD-gebruikers en minder intensieve of niet-EMD-gebruikers in voorschrijf- en verwijsgedrag zijn klein. Wat betreft de betrokkenheid bij preventie zijn geen verschillen tussen huisartsen naar de mate van EMD-gebruik gevonden. De verschillen op items met betrekking tot de kwaliteit van de praktijkvoering tussen de huisartsen uit het registratienetwerk en de referentiegroep zijn, op één subonderwerp na (de discrepantie tussen feitelijke en gewenste werkdruk), niet statistisch significant.

Conclusie De vermeende geringe representativiteit van gegevens over huisartsgeneeskundige zorg van huisartsen die deelnemen aan registratienetwerken heeft weinig empirische grond.

RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven:

dr. G.P. Westert, senior-onderzoeker

IBMG Erasmus Universiteit, Rotterdam:

drs. L.H.F. Hoonhout; onderzoeker

NIVEL, Utrecht:

dr. D.H. de Bakker, programmaleider; dr. F.G. Schellevis, huisarts

Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, KU Nijmegen:

H.J.M. van den Hoogen, methodoloog.

Correspondentie: dr. G.P. Westert, e-mail: Gert.Westert@rivm.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niet aangegeven.

Inleiding

Anno 2001 is de automatiseringsgraad onder huisartsen bijna volledig, maar de variatie wat betreft het gebruik van verschillende onderdelen van het elektronisch medisch dossier (EMD) is aanzienlijk. Zo wordt in 24% van de praktijken consequent een probleemlijst per patiënt bijgehouden en in respectievelijk 58% worden consulten systematisch volgens de 'SOEP'-systematiek vastgelegd. In 19% van de praktijken worden de diagnoses gecoörderd volgens de International Classification of Primary Care (ICPC).¹ Hieruit moeten we concluderen dat lang niet alle Nederlandse huisartsen hun handelen volledig geautomatiseerd vastleggen.

Huisartsgeneeskundig Nederland telt een aantal ziekte- en zorgregistraties die veelal uitgevoerd worden in netwerken van geautomatiseerde huisartspraktijken.² De mate waarin deze huisartsen gebruikmaken van het EMD is uiteraard hoger dan bij huisartsen die niet in een registratienetwerk participeren; EMD-gebruik is immers een van de belangrijkste eisen voor deelname. Er wordt wel beweerd dat huisartsen die participeren in een registratienetwerk om die reden onvoldoende representatief zouden zijn voor de modale Nederlandse huisarts. Omdat de bedoelde registratienetwerken vaak gegevens en kengetallen leveren voor de evaluatie van bestaand en voor de voorbereiding van nieuw beleid ten aanzien van de huisartsgeneeskundige zorg in Nederland is het belangrijk eventuele verschillen in huisartsgeneeskundig handelen met de modale Nederlandse huisarts op te sporen.

In dit artikel stellen we daarom de volgende vraag: in hoeverre wijken huisartsen die meer gebruikmaken van het EMD wat betreft zorgverlening af van huisartsen die niet of in mindere mate het EMD gebruiken? De vergelijking is uitgevoerd op de volgende aspecten: het voorschrijven van geneesmiddelen, het verwijzen naar medisch specialisten en paramedici,³ het werken volgens NHG-standaarden,^{4,5} betrokkenheid bij preventie⁶ en de kwaliteit van de praktijkvoering.

Methode

Onderzoeksoepzet

Voor de vergelijking is gebruikgemaakt van drie gegevensbronnen: de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland, spiegelinformatie huisartsenzorg van ziektekostenverzekeraars en gegevens verzameld in het kader van het Visitatie Instrument Praktijkvoering. De keuze voor deze bronnen is noodzakelijker-

Wat is bekend?

- ▶ Bijna alle huisartsen in Nederland werken met een EMD; de mate van gebruik varieert echter nog aanzienlijk.

Wat is nieuw?

- ▶ Huisartsen die intensief gebruikmaken van het EMD onderscheiden zich wat huisartsgeneeskundig handelen betreft niet van de modale huisarts.

wijs gebaseerd op hetgeen voorhanden was. Met de gegevens uit deze bronnen zijn verschillende aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen gerelateerd aan de mate waarin de huisarts het EMD gebruikt. Met gegevens uit één bron (Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations) kon een vergelijking tussen EMD-gebruikers en niet- of minder-intensieve EMD-gebruikers worden gemaakt. In de andere twee gevallen werd het handelen van huisartsen die deel uitmaken van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), waarbij gebruik van het EMD een voorwaarde is voor deelname, vergeleken met dat van referentiegroep(en) van huisartsen met een gemiddeld genomen minder intensief EMD-gebruik. In deze laatste twee vergelijkingen worden eventuele verschillen daarom mogelijk onderschat.

Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations

De huisartsen in de peilstationspraktijken leggen ziekten, gebeurtenissen en verrichtingen vast op de zogenaamde (papier) weekstaat.⁷ De praktijkpopulatie van de peilstations omvat ongeveer 1% van de Nederlandse bevolking. Regelmatig worden de huisartsen van de peilstations geënuquêteerd over het gebruik van het HIS en het EMD. In 1996 gebruikten 15 van de in totaal 43 praktijken het HIS voor de administratie, declaraties en het medisch dossier. In 13 praktijken was alleen de (financiële) administratie geautomatiseerd. De overige 15 waren in 1996 niet geautomatiseerd. Uit de geregistreerde gegevens over de jaren 1994-1997 werden 4 indicatoren voor huisartsgeneeskundig handelen gekozen. Het gaat om incidente gevallen (per 1000 vrouwen per jaar) – statistisch gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdopbouw tussen de praktijken – in de rubrieken:

- ▶ het voor de eerste keer maken van een cervixuitstrijkje in verband met preventie buiten het bevolkingsonderzoek om;
- ▶ het voor de eerste keer maken van een cervixuitstrijkje in verband met klachten;
- ▶ het voor de eerste keer voorschrijven van oestrogenen in verband met climacteriële klachten;
- ▶ eerste (poli)klinische mammografie buiten het bevolkingsonderzoek om.

Gegevens van ziektekostenverzekeraars

Ten tweede werden gegevens van LINH-huisartsen vergeleken met regionale 'spiegelinformatie' van het dichtstbijzijnde ziekenfonds waarmee de huisarts een contract heeft. LINH, een samenwerkingsverband van LHV, NHG, NIVEL en WOK, bestond in december 2000 uit 122 huisartspraktijken (226 huisartsen).

Het netwerk vormt een goede afspiegeling van de Nederlandse huisartspopulatie wat betreft geografische spreiding, leeftijd- en geslachtsverdeling en vestigingsduur.⁸ Ook de patiëntenpopulatie van de LINH-praktijken vormt een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking wat betreft verdeling naar leeftijd, geslacht en aard van de ziektekostenverzekering.⁸ Binnen LINH worden op continue basis gegevens geregistreerd over contacten, medicijnvoorschriften en verwijzingen. Per individuele LINH-huisartspraktijk zijn zowel de eigen voorschrijf- en verwijscijfers als die voor de regio waarin men werkzaam was opgevraagd. Het betreft gegevens over het jaar 1999 die gecorrigeerd zijn voor leeftijds- en geslachtsverschillen tussen de vergeleken populaties. Gegevens van 39 LINH-huisartspraktijken bij 8 verschillende verzekeraars konden worden verkregen. De volgende indicatoren werden vergeleken (tussen haakjes het aantal malen waarin de vergelijking kon worden uitgevoerd vanwege de beschikbaarheid van gegevens):

- ▶ aantal verwijzingen naar de tweede lijn per 1000 ingeschreven personen, totaal en onderscheiden naar 20 specialismen (39);
- ▶ aantal geneesmiddelvoorschriften per 1000 personen, totaal en onderscheiden naar 13 hoofdgroepen op basis van ATC-code (zie *kader*) (34);
- ▶ gemiddelde kosten per geneesmiddelvoorschrift (22);
- ▶ aantal verwijzingen naar de paramedische zorg, totaal en afzonderlijk naar fysiotherapie, logopedie en oefentherapie Cesar en Mensendieck, per 1000 personen (11).

ATC-codering

maagdarmkanaal en metabolisme (A)
bloed- en bloedvormende organen (B)
hart/ vaatstelsel (C)
dermatologica (D)
urogenitaal stelsel en geslachtshormonen (G)
systemische hormoonpreparaten (H)
systemische antimicrobiële middelen (J)
oncolytica en immunosuppressiva (L)
spier- en skeletstelsel (M)
centraal zenuwstelsel (N)
antiparasitaire middelen (P)
ademhalingsstelsel (R)
zintuiglijke organen (S)

Visitatie Instrument Praktijkvoering

In de derde plaats is met behulp van gegevens afkomstig van het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP) onderzocht in hoeverre de kwaliteit van de praktijkvoering van 87 LINH-huisartsen bij wie de VIP was afgenomen verschilt van die van een referentiegroep huisartsen (n=110). De mate van EMD-gebruik binnen de referentiegroep is niet bekend, maar omdat deze groep een vrij goede afspiegeling vormt van de Nederlandse huisartsen mag worden aangenomen dat deze gemiddeld een stuk lager is dan in de groep LINH-huisartsen.⁹

Het VIP is een meetinstrument voor de kwaliteit van de praktijkvoering en bestrijkt een groot aantal onderwerpen.¹⁰ Voor deze analyses is per onderwerp de somscore berekend en is de gemiddelde somscore tussen de beide groepen huisartsen vergeleken. Voor de invloed van praktijkvorm is gecorrigeerd door de analyses ook per praktijkvorm afzonderlijk uit te voeren. De vergeleken onderwerpen zijn (tussen haakjes het aantal items, waarop de score is gebaseerd):

1. *uitrusting van de praktijk*
 - gebruik van instrumentarium (12)
 - oogheekkundig instrumentarium (6)
2. *delegatie en samenwerking*
 - delegatie van medisch-technisch handelen (9)
3. *dienstverlening en organisatie*
 - organisatie van praktijk (12)
 - organisatie van preventie (9)
 - frequentie uitdelen voorlichtingsmateriaal (1)
4. *kwaliteit*
 - deskundigheidsbevordering (3)
 - organisatie van kwaliteit en toetsing (15)
 - werken volgens standaarden (12)
5. *werkbelasting*
 - werkbelasting (6)
 - werkdruk, satisfactie en steun (5)

Analyse

De verschillen tussen huisartsen werden statistisch geanalyseerd met behulp van t-toetsen (tweezijdig) met een significantieniveau van 5%.

Resultaten

De resultaten bespreken we achtereenvolgens per bron. Voor de complete tabellen met gegevens over uitgevoerde statistische toetsen verwijzen we naar het verslag.¹¹

Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations: preventieve activiteiten

De frequentie van het maken van een (eerste) cervixuitstrijkje in verband met preventie of naar aanleiding van klachten, het eerste voorschrift van oestrogenen en de eerste (poli)klinische mammografie per 1000 vrouwen verschilt – na statistische correctie voor leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie van praktijken – tussen de 43 peilstationpraktijken, maar hangt niet samen met verschillen in EMD-gebruik tussen de huisartsen (F-waarde respectievelijk 2,1; 0,6; 0,8; 0,5), $p > 0,05$, respectievelijk

0,13; 0,58; 0,45 en 0,6). Huisartsen die gebruikmaken van het EMD handelen in deze situaties niet anders dan hun collega's die het EMD niet of minder gebruiken.

Gegevens ziektekostenverzekeraars: prescriptie- en verwijzingsgegevens

Op globaal niveau (het totaal aantal verwijzingen naar de tweede lijn, het totaal aantal voorgeschreven medicijnen, de totale kosten per medicijnvoorschrift en het totaal aantal verwijzingen voor paramedische zorg) werden geen statistisch significante verschillen tussen LINH-huisartsen en de regionale gemiddelden gevonden (tabel 1). Op specifiek niveau werden voor 6 van de 35 vergelijkingspunten statistisch significante verschillen ($p < 0,05$) gevonden (tabellen 2-3). LINH-huisartsen verwezen meer patiënten naar de anesthesioloog, namelijk 11 in plaats van 10 per 1000 (tabel 2). Verder lijkt het dat er iets minder naar de dermatoloog en iets meer naar de gastro-enteroloog wordt verwezen, maar deze verschillen zijn statistisch niet significant. LINH-huisartsen schreven meer medicijnen voor uit de ATC-groep ademhalingsstelsel (R), maar minder uit de groepen systemische antimicrobiële middelen (J), oncolytics en immunosuppressiva (L), spier- en skeletstelsel (M) en zintuigen (S) (tabel 3). Verder verwezen LINH-huisartsen 3 patiënten per 1000 minder voor Cesar- of Mensendieck-oefentherapie dan regionaal gemiddeld. Dit verschil is echter niet statistisch significant ($p = 0,08$).

Visitatie Instrument Praktijkvoering: kwaliteit praktijkvoering

Van totaal zestien subonderwerpen liet – na correctie voor praktijkvorm – slechts één subonderwerp een verschil zien. De discrepantie tussen de feitelijke werkdruk en de gewenste werkdruk is bij LINH-huisartsen groter dan bij de groep huisartsen die onderling varieert in de mate van EMD-gebruik, respectievelijk 12,8 uren en 5,2 uur per week ($p < 0,05$). Op alle andere onderdelen werden geen statistisch significante verschillen tussen de groepen gevonden.

Discussie

De in dit onderzoek onderzochte indicatoren voor huisartsgeeneeskundig handelen verschillen weinig tussen intensieve en minder intensieve of niet-EMD-gebruikers. De gevonden verschillen in voorschrijf- en verwijzingsgedrag zijn klein. Wat betreft de betrokkenheid bij preventie werden geen verschillen tussen huisartsen naar de mate van EMD-gebruik gevonden. De verschillen op de onderscheiden VIP-items tussen de huisartsen uit het registratienetwerk en de referentiegroep zijn, op één subon-

Tabel 1 Totaal aantal verwijzingen, prescripties, kosten van prescriptie en verwijzingen paramedische zorg in aantal per 1000 personen*

Categorie†	Gemiddelde LINH-artsen	Gemiddelde regio	p-waarde
Verwijscijfer tweede lijn totaal (30)	573	578	0,69
Prescriptie totaal (26)	8731	9248	0,18
Prescriptiekosten per voorschrift (15)	39	40	0,41
Verwijscijfer paramedische zorg totaal (9)	164	173	0,39

* paarsgewijze vergelijking tussen LINH-huisartsen en het betreffende regiocijfer
† tussen haakjes het aantal huisartsen dat in de specifieke vergelijking kon worden betrokken

Tabel 2 Totaal aantal verwijzingen naar medisch specialisme in aantal per 1000 personen*

Categorie†	Gemiddelde LINH-artsen	Gemiddelde regio	p-waarde
Oogheelkunde (28)	86	84	0,49
KNO-heelkunde (28)	46	47	0,67
Chirurgie (25)	72	76	0,27
Plastische chirurgie (24)	7	6	0,58
Orthopedie (28)	39	42	0,25
Urologie (28)	20	20	0,76
Gynaecologie (28)	53	54	0,81
Neurochirurgie (13)	2	3	0,14
Dermatologie (28)	35	39	0,06
Interne geneeskunde (25)	53	59	0,08
Kindergeneeskunde (28)	20	20	0,88
Gastro-enterologie (22)	9	6	0,06
Cardiologie (28)	44	43	0,63
Longziekten (25)	20	18	0,14
Reumatologie (25)	9	7	0,15
Revalidatiegeneeskunde (24)	6	6	0,51
Psychiatrie (23)	6	6	0,77
Neurologie (25)	31	32	0,49
Anesthesiologie (19)	11	10	0,01

* paarsgewijze vergelijking tussen LINH-huisartsen en het betreffende regiocijfer
 † tussen haakjes het aantal huisartsen dat in de specifieke vergelijking kon worden betrokken

derwerp na, niet statistisch significant. De vraag is of de gevonden statistisch significante verschillen in deze secundaire analyses ook relevant zijn. In alle gevallen zijn de absolute verschillen klein en door het grote aantal toetsen en het toegepaste relatief hoge significantieniveau ($p < 0,05$) is de kans op een toevallig gevonden verschil ook nog aanwezig. Het idee dat huisartsen die het EMD vrij intensief gebruiken, geen representatieve gegevens over zorgverlening zouden leveren omdat ze qua handelen zo afwijken, heeft blijkens dit onderzoek weinig empirische grond. De geobserveerde verschillen zijn miniem. Dit is winst, in ieder geval voor onderzoekers die voor (beleids)onderzoek in de huisartsgeneeskunde gebruikmaken van dergelijke gegevens.

Beperkingen onderzoek

Analyses op basis van secundaire analyses hebben hun beperkingen.

In twee van de drie vergelijkingen zijn de huisartsen naast EMD-gebruikers ook lid van een registratienetwerk (LINH). Eventuele

verschillen in huisartsgeneeskundig handelen zouden dus ook samen kunnen hangen met het feit dat men lid is van een netwerk, onafhankelijk van de mate van EMD-gebruik. Echter, het hier gebruikte netwerk (LINH) is opgezet om het huisartsgeneeskundig handelen over de volle breedte in kaart te brengen en er is dus geen reden om aan te nemen dat binnen LINH – vanwege inzet van specifiek onderzoek binnen het netwerk – een registratiebias op de onderzochte indicatoren bestaat.

Voor twee derde van de LINH-praktijken bleek – bij de vergelijking met gegevens van de regionale verzekeraar – geen spiegelinformatie beschikbaar. Omdat naar aard en soort de selectie van 39 praktijken een goede afspiegeling van LINH vormt, mag worden geconcludeerd dat de uitkomsten voor LINH representatief zijn.

In de vergelijkingsgroep zitten in twee van drie gegevensbronnen ook EMD-gebruikers, waardoor de werkelijke verschillen wellicht zijn onderschat. Het huisartsgeneeskundig handelen is verder vergeleken op een aanzienlijk, maar zeker niet uitputtend aantal indicatoren.

Vergelijking eerder onderzoek

Tacken et al. berekenden onlangs dat de gerealiseerde influenzavaccinatiegraad in LINH-praktijken 16,1% bedraagt.¹² De vaccinatiegraad in geheel Nederland bedraagt, blijkend uit cijfers over bestelde en toegediende vaccinatie(s) van de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie, 15,9%. Ook hieruit blijkt dat het handelen van huisartsen in bijna volledig geautomatiseerde praktijken wat betreft influenzavaccinatie niet wezenlijk verschilt van het handelen van de gemiddelde Nederlandse huisarts.

Grielen et al. meldden recentelijk dat huisartsen die gebruikmaken van het EMD vaker medicijnen voorschrijven op stofnaam.¹³ In dit onderzoek trad een duidelijk verschil met huisartsen in niet-geautomatiseerde praktijken aan het licht. Het zal duidelijk zijn dat de voordelen van EMD-gebruik hier juist alles mee te maken hebben. Immers, zonder EMD is het voorschrijven op stofnaam ondoenlijk of in ieder geval een tijdrovende kwestie. Voor diegenen die denken dat het gebruik van het EMD leidt tot

Tabel 3 Totaal aantal prescripties naar soort (ATC) in aantal per 1000 personen*

ATC-hoofdgroepen†	Gemiddelde LINH-artsen	Gemiddelde regio	p-waarde
A Maagdarmkanaal en metabolisme (25)	936	1012	0,21
B Bloed en bloedvormende organen (25)	422	427	0,89
C Hart/vaatstelsel (25)	1344	1255	0,50
D Dermatologica (22)	692	675	0,58
G Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen (25)	616	611	0,84
H Systemische hormoonpreparaten (22)	159	149	0,64
J Systemische antimicrobiële middelen (25)	442	545	0,00
L Oncolytica en immunosuppressiva (2)	22	30	0,04
M Spier- en skeletstelsel (25)	583	640	0,05
N Centraal zenuwstelsel (25)	1926	2028	0,34
P Antiparasitaire middelen (20)	13	14	0,31
R Ademhalingsstelsel (25)	938	758	0,00
S Zintuiglijke organen (20)	227	276	0,00

* paarsgewijze vergelijking tussen LINH-huisartsen en het betreffende regiocijfer
 † tussen haakjes het aantal huisartsen dat in de specifieke vergelijking kon worden betrokken

'beter' huisartsgeneeskundig handelen zijn de resultaten van dit onderzoek wellicht teleurstellend. Wat zorgverlening betreft vonden we immers weinig verschillen. Wij moeten er echter op wijzen dat dit onderzoek niet gericht was op de vraag of EMD-gebruik tot betere zorg leidt. Een andere onderzoeksopzet zou dan zijn aangewezen.

We besluiten dit artikel met een relativerende voorspelling: de groeiende intensiteit van het computergebruik in huisartspraktijken maakt dat het in dit artikel belichte probleem in de naaste toekomst vanzelf verdwijnt.

Literatuur

- 1 Wolters I, Van Dijk L, Van den Hoogen H, De Bakker D. Evaluatie invoering elektronisch voorschrijfsysteem: nulfase, de situatie in 1999. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2000.
- 2 Metsemakers JFM. Huisartsgeneeskundige registraties in Nederland. Maastricht/Rotterdam: Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht/Vakgroep Huisartsgeneeskunde Erasmus Universiteit Rotterdam, 1999.
- 3 Weide M, De Bakker D. De invloed van niet-medische factoren op het contact met de huisarts. In: Kooiker SE, Mootz M. Patiënt en profesie; culturele determinanten van medische consumptie. Den Haag: VUGA, 1996:129-68.
- 4 Grol R, Heerdink H. De bekendheid met en acceptatie van standaarden onder huisartsen: een longitudinale analyse. Huisarts Wet 1992;35:101-8.
- 5 Bennema M, Sluys EM. Overzichtsstudie kwaliteitssystemen beroepsbeoefenaren 1990-2000. Utrecht: NIVEL, 2000.
- 6 Hak E, Van Essen GA, Stalman WAB, De Melker RA. Improving influenza vaccination coverage among high-risk patients: a role for computer-supported prevention strategy? Fam Pract 1998;15:138-43.
- 7 Bartelds AIM. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 1998. Utrecht: NIVEL, 1999.
- 8 De Bakker D, Abrahamse H, Van den Hoogen H, Braspenning J, Van Althuis T, Rutten R. Jaarrapport LINH 1998: contact-frequenties en verrichtingen in het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 1999.
- 9 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen H, Van den Bosch W. De uitrusting van de huisarts(praktijk) Huisarts Wet 1997;40:9-13.
- 10 Van den Hombergh P. Practice visits; assessing and improving management in general practice [proefschrift]. Nijmegen: WOK, 1998.
- 11 Hoonhout L. De invloed van automatisering op de huisartsenzorg. Scriptie Medische Informatiekunde, Universiteit van Amsterdam, 1999.
- 12 Tacken M, Van den Hoogen H, Tiersma W, De Bakker D, Braspenning J. De influenzavaccinatiecampagne 1998. Nijmegen/Utrecht: WOK/NIVEL, 1999.
- 13 Grielen SJ, Schuller-Punt R, De Bakker DH. Het voorschrijven van geneesmiddelen op stofnaam door huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1999.

Plaatsbepaling van de dipslide in de dagelijkse huisartspraktijk

JHG Nelissen-Arets, EE Stobberingh, RAG Winkens

Inleiding

De gemiddelde huisarts ziet per jaar ongeveer 85 patiënten met een urineweginfectie.¹ Het aantal patiënten dat zich in de praktijk meldt met klachten die zouden kunnen wijzen op een urineweginfectie is echter een veelvoud daarvan. De huisarts moet kiezen uit verschillende diagnostische middelen om de diagnose urineweginfectie te stellen, zoals de anamnese, de nitriettest, de leukotest, het sediment en de urinekweek. Bij een typische anamnese is de kans op een urineweginfectie 60%.² Indien de huisarts alleen gebruikmaakt van de anamnese, behandelt hij 40% van de patiënten onterecht. De NHG-standaard adviseert verder onderzoek te doen alvorens te behandelen. De dipslide heeft in de herziene NHG-standaard Urineweginfecties een prominentere plaats dan het sediment gekregen, omdat het een gemakkelijk en betrouwbaar onderzoek zou zijn.³ De dipslide heeft volgens de literatuur een goede sensitiviteit en specificiteit.^{4,5} In de regel zijn deze diagnostische kenmerken onder zo optimaal mogelijke omstandigheden gemeten, die in de dagelijkse praktijk lang niet altijd haalbaar zijn. Dat dit nadelige gevolgen kan hebben voor de validiteit van de uitslagen van urineonderzoek is inmiddels uit onderzoek gebleken.⁶

De sensitiviteit en specificiteit van de dipslide waren lager als de uitslag niet door laboratoriumpersoneel maar door afdelingsver-

pleegkundigen of huisartsen werd afgelezen.^{7,8} In een ander onderzoek kwamen de uitslagen van dipslides afgelezen door laboratoriumpersoneel en doktersassistentes echter wel overeen.⁹ Ook is weinig bekend over het juiste moment van aflezen: volstaat 24 uur of moet toch 48 uur worden gewacht? Gezien de verschillende conclusies en onzekerheden staat het niet op voorhand vast dat de dipslide in de dagelijkse praktijk net zo betrouwbaar is als in het laboratorium. We onderzochten daarom de volgende vragen:

- ▶ Wat is de validiteit van de dipslide in de huisartspraktijk ten opzichte van die in het laboratorium?
- ▶ In welke mate beïnvloedt de incubatietijd van de dipslide de validiteit?
- ▶ Wat is de validiteit van in de praktijk gangbare diagnostische trajecten inclusief het oordeel van de dokter?

Methode

Het onderzoek vond plaats in vijf huisartspraktijken in Limburg: twee gezondheidscentra, een groepspraktijk, een duopraktijk en een solopraktijk. Alle patiënten van twaalf jaar en ouder met klachten van een urineweginfectie, zoals frequente pijnlijke mictie, die de laatste drie maanden geen urineweginfectie hadden gehad werden geïncludeerd in het onderzoek. Zowel de huisart-