

## Minder testen en minder antibiotica: utopie?

Implementatie is de ultieme uitdaging voor de makers van richtlijnen. Hoe moeilijk het is het beleid van huisartsen te beïnvloeden, ondervond men in Noorwegen. Een breed pakket interventies werd ingezet om richtlijnen in te voeren voor de behandeling van urineweginfecties en acute keelpijn. Urineweginfecties bij niet-zwangere vrouwen tussen 16 en 55 jaar met typische symptomen zouden met antibiotica kunnen worden behandeld zonder voorafgaand urineonderzoek. De richtlijn voor acute keelpijn hield in dat meestal geen antibiotica nodig zijn. Bij beide patiëntencategorieën kan de huisarts zo vaker volstaan met een telefonisch contact.

De interventies bestonden uit het trainen van huisartsen en praktijkassistenten in het gebruik van beslisbomen die in het elektronisch medisch dossier waren inge-

bouwd en het geven van voorlichtingsmateriaal aan de patiënt. Verder werd het tarief voor een telefonisch consult meer dan verdubbeld; dit tarief was eerst slechts € 2,96. De helft van de 142 praktijken kreeg deze interventies op het gebied van urineweginfecties, de andere helft op het gebied van acute keelpijn. De praktijken fungeerden als controlegroepen voor elkaar. Gedurende vier maanden vóór en vier maanden na de interventies werd het beleid gemeten, bij zo'n 10.000 contacten voor een urineweginfectie en 17.000 contacten voor acute keelpijn. Logistische regressie liet weinig effect zien van de interventies.

Huisartsen in de urineweginfectie-interventiegroep verrichtten niet minder urineonderzoek (45%) en de huisartsen in de keelpijninterventiegroep schreven slechts een beetje minder vaak antibiotica voor

(43 versus 48%,  $p=0,03$ ). Het aandeel contacten dat per telefoon werd afgehandeld veranderde niet: gemiddeld 20% bij urineweginfecties en 13% bij acute keelpijn.

De onderzoekers, overigens geen huisartsen, concluderen dat hun uitgebreide interventies te weinig invloed hadden op het beleid van de huisarts. Ze adviseren een meer actieve, op de individuele huisarts gerichte benadering, inclusief praktijkbezoeken. Vreemd eigenlijk dat richtlijnen die een flinke tijdswinst kunnen opleveren zo weinig weerklank vonden. Kennelijk zijn erg veel middelen en menskracht nodig om ingeslepen gewoontes te veranderen. (SZ)

*Flottorp S, et al. Cluster randomised controlled trial of tailored interventions to improve the management of urinary tract infections in women and sore throat. BMJ 2002;325:367-72.*

## Een gezellig ziekenhuis



Foto: Peter Hiltz/Hollandse Hoogte

De Consumentenbond publiceerde een boek met informatie over 100 Nederlandse ziekenhuizen. Op basis van enquêtes onder ziekenhuizen zelf, bezoekers en een 'schouw' bij 38 instellingen worden oordelen geveld. Uiteraard wordt

veel aandacht besteed aan de kwaliteit van de informatie en bejegening. De ziekenhuizen zelf noemden hun sterke punten; relatief veel zeggen er bijvoorbeeld goede oncologische zorg te leveren, flexibel te zijn en korte lijnen naar andere

hulpverleners te hebben. De patiënten vulden enquêtes in en dat geeft dan een oordeel over de service en bejegening bijvoorbeeld bij de röntgenafdeling en het bloedonderzoek. Bij de schouw trokken onderzoekers onaangekondigd de ziekenhuizen binnen. De informatie daarover is het leukst: 'Het ziekenhuis ziet er van buiten enigszins oud uit, maar is van binnen modern... 'Jammer, dat je bij de poli eerst naar hartziekten wordt verwezen en pas later naar cardiologie.' 'Bij ons bezoek viel ons op dat je bij de poli's gemakkelijk iets te drinken kon krijgen.' Het lijkt de AD-koffietest wel. De gedachte van de Consumentenbond is dat meer informatie aan patiënten de keuzemogelijkheid vergroot. Dat lijkt een mooi idee, maar in veel regio's valt er helemaal niks te kiezen en ik vraag me af of een kopje koffie voor patiënten echt een reden zou zijn naar de andere kant van het land te reizen. (JZ)

*Consumentenbond. Welk ziekenhuis kies ik? Informatie over circa 100 Nederlandse ziekenhuizen. Den Haag, 2002. ISBN 90-70576-92-9.*