

naar het effect van praktijkondersteuning. Alleen daarom vonden we het als redactie verantwoord het onderzoek toch te publiceren. De onderzoekers geven zelf antwoord op de specifieke opmerkingen.

Joost Zaat

Verbetering laboratorium-aanvragen (1)

Blijkbaar meende Zaat in zijn kennelijk meer absolutistische ingestelde jeugdjaren (rond 1990) dat er door huisartsen te veel laboratoriumtests werden aangevraagd en 'dat dat niet goed was' (H&W 2004;47:126). Nu slaat bij hem de twijfel toe. Wij zelf hebben ons rond de jaren negentig van de vorig eeuw niet zo zeer gefocust op te veel aangevraagde tests, maar op de juistheid van de test-aanvraag voor de klinische probleemstelling, naar de inzichten van het onderhavige moment.¹ Wij hadden namelijk geconstateerd, zoals zoveel anderen, dat door rondetafelconferenties en symposia het aanvraaggedrag voor obsoleete tests maar moeilijk was te veranderen. Invoering van bijvoorbeeld de TSH-bepaling in plaats van de Totaal-T4-test als eerst aangewezen test voor schildklierdiagnostiek, of van de ferritinebepaling in plaats van ijzer voor ijzergebreksanemie, creatinine in plaats van ureum voor nierfunctie, geschiedde maar moeizaam. Door het voordrukken van deze tests op het aanvraagformulier onder bijbehorende ziekteproblemen verdwenen in één klap de obsoleete tests en werden geschiktere tests aangevraagd. Deze constatering werd in 1994 nogmaals gedaan, nu in vergelijking met een controlegroep.² Het probleemgeoriënteerde aanvraagformulier leidde, naast het aanvragen van geschiktere tests, ook tot vermindering van het aantal tests.

Wij zijn, hoewel ook ouder geworden, minder relativerend dan Zaat en menen dat het testgebruik doorlopend verbeterd dient te worden. In de eerste plaats omdat de patiënt het meest gebaat is met de test die optimaal past bij zijn veronderstelde ziekteprobleem. Als daarbij

het testvolume wordt teruggedrongen, is dat een bijkomend voordeel.

Wij vinden het ziekteprobleemgeoriënteerde aanvraagformulier (of een elektronische vorm daarvan) nog steeds een uitstekend, geschikt (en goedkoop) hulpmiddel voor de arts om op moment van aanvragen de meest juist gedachte test onder ogen te hebben. Als er daarnaast om emotionele redenen of om welke reden dan ook een testje extra wordt aangevraagd, doet dat niets af aan de opzet om te blijven streven naar de beste test-aanvraag en dat kan door een blijvende aanpassing van het probleemgeoriënteerde aanvraagformulier.

W.J. van Geldrop, huisarts,
dr. L.O.M.J. Smithuis, klinisch chemicus

- 1 Geldrop WJ van, Lucassen PLBJ, Smithuis LOMJ. Een probleemgeoriënteerd aanvraagformulier voor laboratoriumonderzoek. *Effecten op het aanvraaggedrag van huisartsen. Huisarts Wet* 1992;35:192-6.
- 2 Smithuis LOMJ, Van Geldrop WJ, Lucassen PLBJ. Bepaling van het laboratoriumonderzoek door een probleemgeoriënteerd aanvraagformulier. Een partiële implementatie van NHG-standaarden. *Huisarts Wet* 1994;37:464-6.

Verbetering laboratorium-aanvragen (2)

In zijn hoofdredactioneel commentaar stelt Zaat dat het Diagnostisch Toetsoverleg (DTO), zoals Verstappen et al. in hetzelfde nummer bespreken, niet in alle HAGRO's ingevoerd zou moeten worden.^{1,2} Zijn argumentatie daarvoor is dat er nog een gebrek aan kennis bestaat over goed en fout in het diagnostisch handelen van de huisarts, dat zogenaamd overbodig onderzoek nuttig kan zijn (geruststelling) en dat je zonder een helder overzicht van de effecten ervan niets aan onwetend of onverschillig aanvraaggedrag kunt doen. Ik ben echter van mening dat het goed zou zijn als elke HAGRO DTO invoert juist omdat overzicht en kennis ontbreken.

Als gedegen kennis van de effecten van aanvullend onderzoek aanwezig zou zijn,

was overleg over het gewenste handelen nutteloos. Daarnaast handelen zou dan de enige optie zijn.³ De (huisarts)geneeskunst is echter, bij onvolkomen wetenschappelijke kennis, doorspekt met praktijkervaring. Daar is niets mis mee. Waar evidence ontbreekt, bepalen de beste ervaringen het handelen. Het is dan echter wel noodzakelijk om ervaringen uit te wisselen en te overleggen over wat het gewenste handelen is. Als je daarbij toetst aan al beschikbare kennis en de omvang van het aangevraagde onderzoek, zoals bij DTO, wordt het effect groot.

Als ook consensus ontbreekt, zoals voor veel aanvullend onderzoek het geval is, is zelfs het maken van richtlijnen niet opportuun.³ Dat interdoktervariatie optreedt, is dan ook normaal. Maar soms – dat blijkt ook uit een inventarisatie in onze regio – is deze veel te groot. Om een voorbeeld te geven: sommige huisartsen vragen slechts eenmaal per jaar een X-sinus aan, terwijl andere, bij vergelijkbare praktijkomvang, dit diagnosticum eenmaal per week geïndiceerd achten. DTO is dan een nuttig instrument om overmatige interdoktervariatie terug te dringen. Het per saldo naar beneden willen brengen van de hoeveelheid onderzoek die huisartsen aanvragen, is niet de juiste weg. Het is jammer dat het artikel van Verstappen et al. dat wel suggereert. De meerwaarde van DTO ligt in het actief uitwisselen van ervaringen waarbij de huisarts het aanvraaggedrag toetst aan bestaande overzichten en kennis. Dat verbetert de eenduidigheid en de kwaliteit van de zorg.

Harrie Geboers

- 1 Verstappen W, et al. Diagnostisch toetsoverleg (DTO) vermindert overbodig gebruik van aanvullende diagnostiek door huisartsen. *Huisarts Wet*. 2004;47:127-32.
- 2 Zaat J. Moet testgebruik wel verminderd worden? *Huisarts Wet* 2004;47:126.
- 3 Plsek P, Greenhalgh T. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001;323:625-8.