

NHG-Standaard Urineweginfecties

In de NHG-Standaard Urineweginfecties (H&W 2005;48:341-53) wordt bij de diagnostiek van een urineweginfectie verwezen naar de figuur: bij vermoeden op een uwi starten met een nitriettest: indien positief: uwi. Indien negatief: dipslide. Klip en klaar; zou men zeggen.

Er wordt vervolgd met een opmerking over de exacte plaats van andere diagnostische middelen die minder duidelijk is aan te geven.

Dan volgen opmerkingen en beschrijvingen van de leukotest en het urinesediment. Afgezien van de testeigenschappen van het sediment die onder meer afhankelijk zijn van 'optimale condities' is het voor mij niet duidelijk welke plaats het maken van een sediment en/of het verrichten van een leukotest in de standaard inneemt. De standaard schrijft: 'indien besloten is een leukotest te verrichten of het urinesediment te beoordelen'. Er wordt echter niet aangegeven in welke situatie dit dan aan de orde is, en in de figuur komen beide onderzoeken niet voor.

Het zou nuttig zijn (geweest) als in de standaard of bij noot 22, die het onderzoek van het sediment beschrijft, genoemd was hoe de omstandigheden van de dagelijkse praktijk afwijken van de optimale condities: immers dit doet de sensitiviteit van 89 naar 47% zakken.

De reden van mijn brief is dat het implementeren van deze standaard voor vele huisartsen een verandering zal zijn van de huidige situatie (namelijk het gaan werken met de dipslide). Als men het sediment of de leukostrip niet genoemd had, was er een duidelijke situatie gecreëerd die de implementatie mogelijk zou bevorderen. Voor een klacht die zo vaak voorkomt in de praktijk van de huisarts is een eenduidig diagnostisch traject aan te bevelen.

Tot slot een opmerking van algemenere aard: wat moeten we met de situatie dat de dagelijkse praktijk (het gebruik van gecombineerde nitriet/leukostrips op de huisartsenposten) zo sterk afwijkt van het

diagnostisch advies van de standaard?

Stijn de Vries

Antwoord

Collega De Vries schrijft dat invoering van de dipslide voor veel huisartsen een verandering zal betekenen. Dit is wellicht juist, hoewel het gebruik van de dipslide – in combinatie met de nitriettest – ook al in de standaard van 1999 werd aanbevolen. Het gebruik van de leukotest werd destijds onomwonden afgeraden. Door de lage specificiteit is de uitslag te vaak ten onrechte positief. In de huidige huisartsenpraktijk is de leukotest echter onverminderd populair, zonder dat voor het gebruik ervan nadere wetenschappelijke onderbouwing is gekomen. Beoordeling van het aantal bacteriën in het urinesediment geldt als min of meer gelijkwaardig alternatief voor de dipslide, mits de beoordelaar adequaat is geschoold en gebruikmaakt van een goed onderhouden microscoop. Als dat niet het geval is, neemt de sensitiviteit aanmerkelijk af, zodat relatief veel urineweginfecties zullen worden gemist.

Het traject met nitriettest en dipslide heeft in verband met de betrouwbare hoge sensitiviteit in combinatie met een hoge specificiteit de voorkeur. De leukotest en het sediment worden in de huidige standaard vooral genoemd om de meerwaarde in diagnostische opbrengst van nitriettest en dipslide ten opzichte van de bestaande praktijk te illustreren. Of het weglaten ervan de implementatie meer zou bevorderen is de vraag.

Er is overigens geen reden om op huisartsenposten anders te werken dan in de eigen praktijk. Het moge duidelijk zijn dat om dit te bewerkstelligen soms enkele praktische hindernissen dienen te worden genomen.

Bart van Pinxteren, namens de werkgroep
Urineweginfecties

De voorspellende waarde van de PSA

Voor een doorsnee huisarts is het toepassen in de dagelijkse besluitvorming van

de begrippen sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarde moeilijk. Het gebruik van deze terminologie in het journaalstukje *Een normaal PSA stelt niet gerust* (H&W 2005;48;538), helpt de praktiserend huisarts niet om dit begrippenkader onder de knie te krijgen. De schrijfster haalt op een nogal onhandige manier sensitiviteit en voorspellende waarde door elkaar.

'Bij een afkappunt van 4,0 ng/ml heeft een verhoogd PSA een sensitiviteit van 20,5 en specificiteit van 93,8 (voor de aanwezigheid van prostaatacarcinoom). Dit betekent dat wij van de 100 mannen met een verhoogd PSA er 80 onterecht doorsturen.' Dat is geen juiste conclusie; een sensitiviteit van 20,5% betekent dat 20,5% van de mensen die aan een prostaatacarcinoom lijden, een PSA hebben hoger dan 3. Hoeveel mensen met een verhoogde PSA ook werkelijk een prostaatacarcinoom hebben, wordt uitgedrukt in de voorspellende waarde en die is naast de testeigenschappen ook afhankelijk van de voorafkans. Volgens dit journaalstukje was bij 15,2% van de oudere asymptomatische mannen bij nader onderzoek een prostaatacarcinoom aanwezig, dit is de voorafkans.

Om de voorspellende waarde te berekenen wordt meestal een viervelden tabel gebruikt.

Tabel Vierveldentabel (afgeronde getallen)

PSA	Prostaatacarcinoom		totaal
	aanwezig	afwezig	
- 4 of hoger	3	5	8
- <4	12	80	92
- totaal	15	85	100

De positief voorspellende waarde is de kans dat bij een asymptomatische man met een PSA van 4 of hoger een prostaatacarcinoom aanwezig is. Deze bedraagt $3/8 = 37\%$. De kans dat de ziekte dan niet aanwezig is $5/8 = 63\%$. Dus 63% wordt dan ten onrechte doorgestuurd, niet 80%. De conclusie dat 15% van de mannen met een PSA <4 toch een prostaatacarcinoom heeft, is terecht: de negatief voorspellende waarde is $80/92 =$ ongeveer 85%.

Voor de huisarts is het belangrijkste dat een PSA van 4 of hoger bij asymptomatische oudere mannen de kans op de

aanwezigheid van een prostaatcarcinoom verhoogd van 15 naar 37%.

TOH de Jongh

Kwaliteit kan niet zonder meten

Marc Berg en Wim Schellekens gaan wel erg kort door de bocht in *Kwaliteit kan niet zonder meten* (H&W 2005;48:519-20). Ze stellen dat huisartsen in Engeland significant meer inkomsten verwerven door te scoren op prestatie-indicatoren en dat er sindsdien een 'ongekend snelle stijging van de geleverde kwaliteit' te zien is.

Ik ben zo'n huisarts. Mijn groepspraktijk scoort inderdaad heel veel punten, maar niemand van ons gelooft dat de kwaliteit sterk is verbeterd. Wel geloven we dat we – met inbegrip van onze *practice manager* en administratieve medewerkers – er erg goed in zijn om vaker toetsen aan te slaan. Veel van wat we allang deden wordt nu in klinkende munt omgezet. Erover opscheppen kunnen we niet: ons verhaal is de norm.

De prestatie-indicatoren hebben echter een opdringerig karakter. Daardoor dreigt er minder aandacht over te blijven voor wat de indicatoren niet vastleggen: kwetsbare en sociaal achtergestelde patiënten, persoonlijke continuïteit, comorbiditeit en andere zaken. In feite leggen de huidige indicatoren een premie op het veronachtzamen daarvan.

Voorts klagen Berg en Schellekens lichtvaardig over het gebrek aan volgzzaamheid ten aanzien van de 'state of the art: standaarden c.q. richtlijnen en *best practices*'. Richtlijnen bieden goede uitgangspunten, maar moeten kritisch worden bezien. Veel evidence is gebaseerd op sterk geselecteerde patiëntenpopulaties, dikwijls zonder comorbiditeit.¹ Bovendien slaan het Britse parlement² en de ex-hoofdredacteur van de *British Medical Journal*³ alarm over de invloed van farmaceutische bedrijven op de publicatie- en richtlijnenindustrie. Vakbladen en richtlijnen worden daardoor minder geloofwaardig. Onlangs woonde ik een voordracht bij van Amanda Burls en Josie

Sandercock waarin dit werd bevestigd.⁴ Ze deden de soms ontstellende manipulatie uit de doeken bij het voorleggen van onderzoeksgegevens.

Nog belangrijker is dat de autonomie van de patiënt bijzaak dreigt te worden. Als excessief meten en prestatiecontracten een bepaald beleid opdringen, blijft er minder ruimte over voor patiënten zelf. Patiënten, met hun unieke, soms veranderende omstandigheden, die met hulp van hun dokters bepalen wat het beste is. Linn Getz en collegae stelden in dit verband terecht de ondoordachte toename van opportunistische preventie aan de kaak.⁵

Gilles de Wildt, huisarts in Birmingham

- 1 *Hard Lives: Improving the Health of people with Multiple Problems*. Health Inequalities Standing Group of the Royal College of General Practitioners. London, 2003. <http://www.rcgp.org.uk/clinspec/docs/1HInequSGStatements.pdf>. Geraadpleegd 28-9-2005.
- 2 Ferner RE. *The influence of big pharma*. BMJ 2005;330:855-6.
- 3 Smith R. *Medical Journals Are an Extension of the Marketing Arm of Pharmaceutical Companies*. PLoS Medicine Vol. 2, No. 5, e138. <http://www.plosmedicine.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0020138>. Geraadpleegd op 28-9-2005.
- 4 Burls A, Sandercock J. *How to make a compelling submission to NICE: tips for sponsoring organizations*. BMJ 2003;327:1446-8.
- 5 Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. *Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable?* BMJ 2003;327:498-500.

Antwoord

Wij stelden dat de kwaliteitsmeting noodzakelijk is voor de eigen kwaliteitsverbetering, maar ook om verantwoording af te leggen naar de patiënt en de maatschappij (zorgverzekeraars). Verantwoording afleggen over de besteding van publieke gelden hoeft geenszins bedreigend te zijn, integendeel, het is een uitdaging. De Wildt refereert naar het recente 'GP Contract', waarbij huisartsen die op een aantal kwaliteitsindicatoren hoog scoren een aanzienlijke financiële 'bonus' krijgen. Zonder in details te treden heeft De

Wildt gelijk met de constatering dat de Engelse huisartsen sneller dan verwacht massaal heel hoog scoorden. De redenen hiervoor zijn divers, maar het laat onverlet dat daar voor het eerst echt inzicht is in de geleverde kwaliteit, dat verschillen zichtbaar worden, en dat er een forse stimulans tot verbetering is geïntroduceerd. Perfect is het systeem niet – een perfect systeem bestaat ook niet – en de 'lat' lijkt te laag gelegd. Waarom geven we in Nederland niet, binnen de bestaande middelen, huisartsen die hoog scoren een bonus, en huisartsen die onder het gemiddelde scoren een malus?

Het argument dat dat ten koste gaat van wat de indicatoren niet meten, is vreemd. We belonen huisartsen nu ook niet als ze extra hard werken voor sociaal zwakke patiënten – in tegendeel. Alleen op geld beluste individuen laten essentiële aspecten van zorg versloffen die de indicatoren niet dekken. En dat zijn huisartsen toch niet?

De Wildt stelt terecht dat richtlijnen kritisch moeten worden beoordeeld omdat ze gebaseerd zijn op onderzoek met selectieve patiëntenpopulaties, zonder rekening te houden met comorbiditeit. Dat betekent dan natuurlijk niet dat daarmee richtlijnen of NHG-Standaarden niet een uiterst belangrijk hulpmiddel zijn om in goed overleg met de patiënt te komen tot een verantwoorde diagnostiek en behandeling. Deze is dan ook toetsbaar, en de arts kan er ook verantwoording over afleggen. Afwijken van richtlijnen en standaarden kan zelfs noodzakelijk zijn, maar dan wel expliciet en gemotiveerd.

Ook meldt De Wildt de doorwerking van de belangen van de farmaceutische industrie in wetenschappelijk onderzoek en bij de totstandkoming van richtlijnen. Vanzelfsprekend moet de screening van de literatuur als onderbouwing van richtlijnen en standaarden toetsbaar zijn, en moet men mogelijke beïnvloeding expliciet maken. We moeten echter niet doorslaan, en op grond van dit probleem alle richtlijnen en standaarden besmet verklaren. Zonder farmaceutische industrie geen wetenschappelijk onderzoek naar