

Klinische vraag

Kiezen patiënten met een luchtweginfectie minder vaak voor een antibioticum na consultatie bij een huisarts die een trainingsprogramma volgde over shared decision-making in vergelijking met een consultatie bij een huisarts die deze opleiding niet volgde?

Referentie Légaré F, Labrecque M, Cauchon M, et al. Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: a cluster randomized trial. *CMAJ* 2012;184:E726-34.

Guiding Niels Adriaenssens, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg (ELIZA), en Labo Medische Microbiologie, Vaccinatie- en Infectieziekten Instituut (VAXINFECTIO), Universiteit Antwerpen

Samenvatting van de studie

Bestudeerde populatie

- inclusie van 250 huisartsen (gemiddelde leeftijd 40,5 tot 44 jaar; ongeveer 50% met onderwijstaak) uit 9 opleidingspraktijken, verdeeld over 6 regio's in Quebec (Canada) en verbonden aan het Departement Huisartsgeneeskunde en Spoedgeneeskunde van de Universiteit van Laval
- exclusie van artsen die reeds deelnamen aan DECISION+ (voorloper van deze opleidingsmodule) en artsen die tijdens de studieperiode (van juli 2010 tot april 2011) niet praktiseerden
- inclusie van 449 patiënten (>60% volwassenen met een gemiddelde leeftijd van 40 tot 43 jaar en <40% kinderen met een gemiddelde leeftijd van 5 jaar vergezeld door ouder of voogd) met de diagnose van een luchtweginfectie (zoals bronchitis, otitis media, faryngitis, rhinosinusitis) waarbij het gebruik van antibiotica overwogen werd door de patiënt of de huisarts; patiënt, ouder of voogd konden Frans lezen, begrijpen en schrijven.

Onderzoeksoepzet

- clustergerandomiseerde, gecontroleerde studie met stratificatie volgens landelijke of stedelijke locatie
- twee onderzoeksgroepen:
 - ~ interventiegroep (n=5): DECISION+2, een trainingsprogramma over shared decision-making bestaande uit een online module en een interactieve workshop van telkens 2 uur
 - ~ controlegroep (n=4): usual care, geen toegang tot de online module van DECISION+2
- de deelnemers in de interventiegroep hadden 1 maand de tijd om de online module te doorlopen; de workshop vond plaats in de praktijk zelf en werd gemodereerd door facilitatoren die vertrouwd waren met de module; het trainingsprogramma focuste op EBM-informatie inzake diagnose en behandeling van luchtweginfecties en op de communicatieve vaardigheden bij de arts; het programma werd ondersteund door video's, oefeningen en beslissingsmateriaal
- onmiddellijk na de consultatie vulden patiënten en artsen een vragenlijst en 3 scorelijsten in over de diagnose en het beslissingsproces om al dan niet antibiotica voor te schrijven
- 2 weken na de consultatie werden nog telefonisch 2 vragen gesteld en 3 scorelijsten ingevuld.

Achtergrond

Ondanks verschillende inspanningen om het gebruik van antibiotica voor luchtweginfecties te verminderen worden deze nog te vaak voorgeschreven^{1,2}. Daarenboven werkt oneigenlijk gebruik resistentie in de hand^{1,3}. Nochtans hebben de meeste luchtweginfecties geen bacteriële verwekker^{4,5}. In een Cochrane review over het effect van verschillende interventies om het gebruik van antibiotica te verminderen besloten de auteurs dat interventies die zowel focussen op patiënten als op artsen mogelijk de beste resultaten behalen⁶. In het model van shared decision-making maken de gezondheidswerker en de patiënt samen een besluit gebaseerd op de beschikbare evidentie en de waarden en voorkeuren van de patiënt⁷.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten: percentage patiënten dat onmiddellijk na de consultatie koos voor een antibioticum
- secundaire uitkomstmaten: onenigheid over de beslissing, van oordeel zijn dat shared decision-making had plaatsgevonden, kwaliteit van de beslissing (na de consultatie); therapietrouw, nieuwe consultatie, spijt van de beslissing, levenskwaliteit (SF-12), intentie om shared decision-making verder te gebruiken.

Resultaten

- in de interventiegroep doorliep 72,8% van de huisartsen de online module en 73,5% de workshop
- percentage patiënten dat koos voor een antibioticum onmiddellijk na consultatie daalde van 41,2% naar 27,2% in de interventiegroep en nam toe van 39,2% naar 52,2% in de controlegroep; absoluut verschil van 25% of aangepast relatief risico van 0,48 (95% BI van 0,34 tot 0,68) om na de interventie voor een antibioticum te kiezen
- patiënten uit de interventiegroep ervaarden een meer actieve rol in de besluitvorming ($p < 0,001$)
- geen verschil voor andere secundaire uitkomstmaten tussen beide groepen.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat het trainingsprogramma over shared decision-making (DECISION+2) de deelname van patiënten in de besluitvorming verbeterde en zorgde voor een daling in het aantal patiënten dat besloot om antibiotica te gebruiken voor de behandeling van een acute luchtweginfectie. Deze daling had geen negatieve invloed op het welzijn van de patiënt twee weken na de consultatie.

Financiering van de studie beurs van Conseil du médicament du Québec/ Fonds de la recherche en santé du Québec. Dit fonds had geen invloed op ontstaan, ontwerp, uitvoering, analyse, interpretatie of rapportage van de studie en had geen toegang tot de data. Geen enkele van de onderzoekers kreeg financiële compensatie.

Belangenconflicten van de auteurs de auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben

Methodologische beschouwingen

Een onafhankelijke onderzoeker verdeelde met behulp van een computerprogramma 12 huisartspraktijken over een interventie en een controlegroep. Omdat de interventie tijdig in de opleidingskalender moest kunnen ingepland worden, wachtte men de instemming tot deelname van de praktijken niet af vooraleer te randomiseren. Dat resulteerde in een uitval van 3 huisartspraktijken na randomisatie. Alhoewel dit waarschijnlijk weinig invloed had op de resultaten, kunnen we toch spreken van een belangrijke methodologische beperking. Het is ook niet duidelijk waarom men bij de analyse van de resultaten 11 artsen uit de interventiegroep wel en 9 artsen uit de controlegroep niet uitsloot omdat ze pas na de start van de interventie gerekruteerd waren. De basiskarakteristieken van de artsen en de patiënten waren echter wel gelijk tussen de interventie- en de controlegroep, zowel vóór als na de interventie. Wat we niet weten is of het percentage artsen per praktijk dat ook les gaf gelijk verdeeld was. De auteurs hielden bij hun powerberekening rekening met een intra-clustercorrelatiecoëfficiënt. Het vereiste aantal patiënten werd wel gehaald, maar zowel vóór als na de interventie consulteerden gemiddeld slechts twee patiënten per arts.

De inschakeling van een onderzoeksassistent om de patiënten in de wachtzaal te rekruteren alvorens ze bij de arts op consultatie kwamen had **selectiebias** kunnen verminderen, ware het niet dat deze persoon niet blind was voor de interventie. Alleen de verwerker van de gegevens was trouwens blind voor de randomisatie.

Het effectieve gebruik van antibiotica werd niet gemeten. Wel was het zo dat de uiteindelijke beslissing om antibiotica te nemen overeenkwam tussen arts en patiënt. De resultaten werden niet gecorrigeerd voor confounders zoals extra bijscholing van de deelnemende artsen. Evenmin corrigeerde men voor het seasonal effect. Omdat de interventie in de winter gebeurde zag men na de interventie immers een stijging van het antibioticumgebruik in de controlegroep. Voor enkele secundaire uitkomstmaten geven de auteurs onvoldoende details over de verschillende meetinstrumenten die gebruikt werden.

Interpretatie van de resultaten

De data suggereren dat het mogelijk is om artsen te trainen in het actief betrekken van patiënten in de besluitvorming. Deze interventie lijkt ook nuttig te zijn om het aantal antibioticumvoorschriften te beperken.

Toch moeten deze resultaten genuanceerd worden. Deze studie gebeurde in universitaire opleidingspraktijken die mogelijk meer openstaan voor vernieuwingen en voor de problematiek van antibioticaresistentie. We zien dat vóór de interventie al 50% van de artsen geloofden in shared-decision making. In dergelijke studie is ook een zekere vorm van wenselijkheidsbias niet uit te sluiten. Zo zagen de auteurs dat patiënten die lesgevende artsen consulteerden zich meer betrokken voelden bij het beslissingsproces. Het is dus waarschijnlijk niet mogelijk om de resultaten van deze studie te extrapoleren naar de doorsnee praktijk.

Wat we niet kunnen afleiden uit deze studie is welke factoren van de interventie het meest doorslaggevend zijn. Is het de online module of eerder de workshop? Is 2 uur nodig of kan het ook in een sessie van 1 uur? Jammer genoeg registreerde men niet of de module door alle artsen actief werd gevolgd of dat sommigen zich beperkten tot een online registratie.

Een ander belangrijk stuk informatie dat we op dit moment missen is het effect van deze interventie op lange termijn. Zorgt deze interventie voor een wezenlijke verandering in het consultatiegedrag van arts en patiënt en blijft het veranderd gedrag bestaan?

Andere studies

Zoals de auteurs aangeven liggen deze resultaten in lijn met soortgelijke studies. Zo wordt er verwezen naar de studie van Francis et al. waar gebruik wordt gemaakt van een interactief informatieboekje tijdens de consultatie bij kinderen met luchtweginfecties, dat een belangrijke reductie in het aantal antibioticavoorschriften met zich meebracht^{8,9}. In een studie over de combinatie van een online module en een seminarie over motivational interviewing¹⁰, zag men eerder al een belangrijke reductie van het aantal antibioticavoorschriften zonder toename van hospitalisaties, herconsultaties of kosten. Ook in de studie van Cals et al. zorgde communicatietraining voor een belangrijke daling van het aantal antibioticavoorschriften^{11,12}. Op basis van deze gegevens werd binnen het GRACE project (Genomics to combat resistance against community acquired LRTI in Europe, www.grace-lrti.org) een soortgelijke studie opgestart in 6 Europese landen. De resultaten zijn nog niet gepubliceerd maar de voorlopige resultaten tonen een gelijkaardig effect.

Besluit van Minerva

Uit deze clustergerandomiseerde studie met negen opleidingspraktijken kunnen we besluiten dat een trainingsprogramma voor huisartsen over shared decision-making bestaande uit een online module en een interactieve workshop helpt om de keuze van patiënten voor antibiotica in de behandeling van acute luchtweginfecties op korte termijn te doen afnemen zonder negatieve invloed op het welzijn van de patiënt.

Voor de praktijk

Minerva besteedde reeds veel aandacht aan het beperkte nut van antibiotica voor de behandeling van luchtweginfecties (rhinosinusitis, keelpijn, OMA, lage luchtweginfecties)¹³⁻²². Ook methoden om het antibioticumgebruik te beperken kwamen meermaals aan bod²³⁻²⁴. Deze studie toont aan dat het nuttig is om artsen op te leiden in het samen met de patiënt beslissen al dan niet antibiotica voor te schrijven voor luchtweginfecties. We weten echter niet welke componenten van dergelijke training het meeste effect hebben en of de winst op lange termijn zal blijven bestaan. Omdat de studie is uitgevoerd in opleidingspraktijken moeten we ook voorzichtig zijn om deze resultaten te extrapoleren naar de doorsnee huisartsenpraktijk.

Referenties zie website www.minerva-ebm.be