



# Welke contextfactoren bepalen het antibioticavoorschrijfgedrag van huisartsen?

### Referentie

van der Zande MM, Dembinsky M, Aresi G, et al. General practitioners' accounts of negotiating antibiotic prescribing decisions with patients: a qualitative study on what influences antibiotic prescribing in low, medium and high prescribing practices. *BMC Fam Pract* 2019;20:172. DOI: 10.1186/s12875-019-1065-x

### Duiding

Annelies Colliers, Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen en Tom Poelman, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent

Factoren die leiden tot het ondoelmatig voorschrijven van antibiotica werden reeds uitgebreid onderzocht zoals de angst om iets te missen, de (gepercipieerde) vraag van de patiënt, onzekerheid over de diagnose, het ernstig willen nemen van de klacht van de patiënt, gebrek aan kennis, tijdsdruk (1-4). In Minerva bespraken we een kwalitatief onderzoek waaruit bleek dat huisartsen de vraag van de patiënt voor antibiotica bij bronchitis als belangrijkste drempel ervaarden om de richtlijn te volgen (5,6). Een andere kwalitatieve studie toonde aan dat niet-medische factoren, zoals kwetsbaarheid, veiligheid, ervaring en sociaal wenselijk gedrag bepaalden waarom bij een kwetsbare groep zoals kinderen te vaak antibiotica voorgeschreven wordt (7,8).

Een nieuwe kwalitatieve studie wou onderzoeken welke contextfactoren gerelateerd zijn met het antibioticavoorschrijfgedrag voor lucht- en urineweginfecties in 466 huisartspraktijken in Noord-West-Engeland (9). Naargelang het aantal geregistreerde voorschriften voor antibiotica in 2016 (gecorrigeerd voor patiëntkenmerken zoals leeftijd en geslacht) selecteerde men telkens 46 huisartspraktijken uit de 10% minst voorschrijvende praktijken, uit de 10% meest voorschrijvende praktijken en uit de praktijken met een gemiddeld aantal antibioticavoorschriften. Uit 14 huisartspraktijken, gespreid over deze 3 voorschrijfgroepen, werden 41 huisartsen gecontacteerd voor een face-to-face-interview. Door meerdere huisartsen uit één praktijk te interviewen hield men rekening met mogelijk verschillende individuele voorschrijfcijfers binnen een praktijk. Met 36 interviews verwachtte men reeds **saturnatie** te bereiken (10). De interviewers bepaalden zelf welke huisartsen ze contacteerden maar wisten niet tot welke voorschrijfgroep deze behoorden. Men rekruteerde ook huisartsen via **snowballing**. De interviews waren semigestructureerd, werden opgenomen, verbatim getranscripteerd en thematisch geanalyseerd (11).

Men kon drie thema's identificeren die gerelateerd waren met het antibioticavoorschrijfgedrag:

### 1. Erkennen van de verwachtingen van de patiënt

Huisartsen uit de drie groepen ervaren dat ongeveer de helft van de patiënten een antibioticavoorschrift verwacht voor een luchtweg- of blaasinfectie. Ouderen vragen meer om antibiotica. Er is wel een dalende trend merkbaar. De mate van kennis over resistentie bij patiënten vinden ze eerder wisselend. Overheids campagnes kunnen volgens hen helpen om deze kennis te verspreiden maar daarnaast ervaren ze ook dat deze kennis voor patiënten vaak niet relevant is bij de besluitvorming inzake het voorschrijven van antibiotica.

### 2. Bereiken van beslissingen over het voorschrijven van antibiotica tijdens de consultatie:

- *anticiperen op verwachtingen van de patiënt*

Veel huisartsen verklaren dat de verwachting van patiënten om een antibioticumvoorschrift te krijgen gevoed wordt door vroegere ervaringen met huisartsen die vaak antibiotica voorschreven voor hoest en verkoudheden. Ze zien in dat het inwilligen van deze patiëntverwachtingen leidt tot een nieuwe spiraal van verwachtingen. Terwijl veel-voorschrijvers vlugger geneigd zijn om in te gaan op de verwachtingen van de patiënt zullen weinig-voorschrijvers de tijd nemen om aan de patiënt empathisch uit te leggen waarom een antibioticavoorschrift niet nodig is. Hierbij verwijzen sommige huisartsen naar 'een virusinfectie waarbij men zich wel ziek kan voelen maar waarvoor antibiotica geen nut hebben'.

- *uitleg geven over de besluitvorming tijdens de consultatie*

Deelnemers geven aan dat niet-voorschrijven van een antibioticum meer tijd in beslag neemt dan wel voorschrijven. Weinig- en gemiddelde-voorschrijvers verklaren dat gedetailleerde en geïndividualiseerde uitleg helpt bij het beslissen om geen antibiotica voor te schrijven. Hierbij geven ze patiënten uitleg over klinisch bevindingen, over wat wordt aanbevolen bij bepaalde bevindingen, over het zelflimiterende karakter van de aandoening, over wat men moet doen bij aanhoudende symptomen (safety netting) en ook over het risico van resistentie en eventuele ongewenste effecten van antibiotica. Als men praat over resistentie gebruiken veel-voorschrijvers vaker een angst inducerende communicatie, terwijl weinig-voorschrijvers zich meer op ‘awareness’ (bewustmaking) bij de patiënten richten.

- *vrijwaren van de arts-patiëntrelatie*

In alle groepen wordt beschreven dat het niet voorschrijven van antibiotica een conflict in de arts-patiëntrelatie kan uitlokken en dat men soms antibiotica voorschrijft om de arts-patiëntrelatie te bewaren. Terwijl weinig- en gemiddelde-voorschrijvers toegeven dat ze sporadisch antibiotica zonder klinisch nut voorschrijven bij zeer veeleisende patiënten, zullen veel-voorschrijvers - vooral bij klinische twijfel – snel toegeven aan de vraag van de patiënt om de arts-patiëntrelatie te vrijwaren. Alhoewel een uitgesteld voorschrift in alle groepen wordt toegepast, vragen veel huisartsen zich af of dit werkelijk tot een verminderd antibioticagebruik zal leiden. In de gemiddelde en hoge voorschrijfgroep wordt het uitgesteld voorschrift gezien als een middel om de arts-patiëntrelatie niet op te blazen, terwijl weinig-voorschrijvers deze techniek meer als een uitzondering zien.

### 3. Ondersteuning bij het al dan niet voorschrijven van antibiotica

Huisartsen in alle groepen beschrijven dat het niet voorschrijven meer zelfzekerheid en ervaring van de arts vraagt. Velen verwijzen in dit verband ook naar ondersteuning door collega’s in de praktijk. Voldoende consultatietijd wordt als onontbeerlijk gezien want (tijds)druk (zoals in de winter) kan leiden tot beslissingsvermoeidheid. Mogelijke oplossingen worden gezien in meer consultatietijd, een triagesysteem, beslissingsondersteuningstools zowel voor henzelf als om patiënten te informeren, individuele voorschrijffeedback en de mogelijkheid tot overleg met een microbioloog of apotheker. Regelmatig overleg met collega’s helpt volgens weinig-voorschrijvers een cultuur binnen de praktijk van niet-voorschrijven te creëren en zou zo de verwachtingen van patiënten laag kunnen houden. Veel-voorschrijvers verklaren minder zicht te hebben op het voorschrijfgedrag van hun collega’s. Zo zouden volgens hen collega’s die veel voorschrijven de verwachtingen van patiënten voor antibiotica verhogen waardoor het voor hen niet meer mogelijk is om geen antibiotica voor te schrijven. In alle groepen vindt men dat er te weinig ondersteuning is van het gezondheidszorgsysteem.

## Besluit

Deze kwalitatieve studie toont aan dat het voorschrijven van antibiotica multifactorieel beïnvloed wordt. De arts-patiëntrelatie staat hierbij centraal. Artsen die samen met de patiënt beslissen om geen antibiotica voor te schrijven, houden tijdens de communicatie rekening met de verwachtingen van de patiënt. Zowel binnen als buiten de praktijk hebben artsen nood aan ondersteuning bij een rationeel antibioticabeleid.

## Voor de praktijk

Hoewel de interviews van deze studie plaatsvonden in een regio in het Verenigd Koninkrijk met een etnisch zeer diverse populatie, zijn deze resultaten zeer herkenbaar voor de Belgische context, waar we nog een lange weg hebben af te leggen in het optimaliseren van ons antibioticavoorschrijfgedrag. Zoals we reeds lang geleden aanhaalde, blijft aangepaste informatie voor de patiënt cruciaal bij verantwoord voorschrijven van antibiotica (12). Uit de hier beschreven studie komt duidelijk naar voor dat het bij de arts-patiëntcommunicatie belangrijk is om op een empathische manier aandacht te besteden aan de verwachtingen van de patiënt. Een uitgesteld antibioticumvoorschrift mag niet louter gebruikt worden om de arts-patiëntrelatie te vrijwaren. Voorlichtingsmateriaal voor patiënten, feedback over kwaliteit van voorschrijven, beslissingsondersteuning, triage, belangrijke thema’s die in een vroegere duiding reeds aan bod kwamen, blijken ook in deze studie voor huisartsen belangrijk te zijn om het ondoelmatig voorschrijven van antibiotica te verminderen (5,6). De huidige studie laat ook

duidelijk zien dat huisartsen voor een rationeel voorschrijfgedrag van antibiotica rekenen op de steun van collega's binnen een open overlegstructuur in de praktijk.

## Referenties

1. Brookes-Howell L, Hood K, Cooper L, et al. Understanding variation in primary medical care: a nine-country qualitative study of clinicians' accounts of the non-clinical factors that shape antibiotic prescribing decisions for lower respiratory tract infection. *BMJ Open* 2012; 2:e000796. DOI: 10.1136/bmjopen-2011-000796
2. O'Connor R, O'Doherty J, O'Regan A, Dunne C. Antibiotic use for acute respiratory tract infections (ARTI) in primary care; what factors affect prescribing and why is it important? A narrative review. *Irish J Med Sci* 2018;187:969-86. DOI: 10.1007/s11845-018-1774-5
3. Texeira Rodrigues A, Roque F, Falcão A, et al. Understanding physician antibiotic prescribing behaviour: a systematic review of qualitative studies. *Int J Antimicrob Agents* 2013;41:203-12. DOI: 10.1016/j.ijantimicag.2012.09.003
4. Tonkin-Crine S, Yardley L and Little P. Antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in primary care: a systematic review and meta-ethnography. *J Antimicrob Chemother* 2011;66:2215-23. DOI: 10.1093/jac/dkr279
5. Coenen S. Hoe denken huisartsen over het voorschrijven van antibiotica bij acute bronchitis? *Minerva bondig* 15/07/2015.
6. Dempsey PP, Businger AC, Whaley LE, et al. Primary care clinicians' perceptions about antibiotic prescribing for acute bronchitis: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2014;15:194. DOI: 10.1186/s12875-014-0194-5
7. Anthierens S. Waarom ouders zo vaak de huisarts consulteren en waarom huisartsen zo vaak antibiotica voorschrijven voor kinderen met acute luchtweginfecties *Minerva* 2016;15(2): 31-4.
8. Cabral C, Lucas PJ, Ingram J, et al. "It's safer to...." parent consulting and clinician antibiotic prescribing decisions for children with respiratory tract infections: an analysis across four qualitative studies. *Soc Sci Med* 2015;136-137:156-64. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.05.027
9. van der Zande MM, Dembinsky M, Aresi G, et al. General practitioners' accounts of negotiating antibiotic prescribing decisions with patients: a qualitative study on what influences antibiotic prescribing in low, medium and high prescribing practices. *BMC Fam Pract* 2019;20:172. DOI: 10.1186/s12875-019-1065-x
10. Poelman. Van getal naar quote... Kwalitatief onderzoek: onbekend is onbemind. [Editoriaal] *Minerva* 2015;14(2):13.
11. Poelman T. Aan welke criteria moet kwalitatief onderzoek voldoen? *Minerva* 2015;14(2):24.
12. De Meyere M. Een onaangepast antibioticumvoorschrift, maar toch tijdwinst? Alweer een illusie minder... [Editoriaal] *Minerva* 2006;5(4):52.