



Interventies die focussen op gedragsverandering bij de huisarts verminderen het aantal antibioticavoorschriften

Referentie

Meeker D, Linder JA, Fox CR, et al. Effect of behavioral interventions on inappropriate antibiotic prescribing among primary care practices: a randomized clinical trial. JAMA 2016;315:562-70.

Duiding

Annelies Colliers, Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen

Uit recent onderzoek weten we dat er voor acute bronchitis ongeveer 50% teveel antibiotica wordt voorgeschreven en dat het type antibioticum in 50% van de gevallen afwijkend is van de richtlijnen (1). In verschillende duidingen rapporteerde Minerva reeds over interventies die het gebruik van antibiotica kunnen verminderen. Zo hielp een trainingsprogramma voor huisartsen over shared-decision-making de keuze van patiënten voor antibiotica in de behandeling van acute luchtweginfecties op korte termijn afnemen zonder negatieve invloed op het welzijn van de patiënt (2,3). Niet of uitgesteld voorschrijven van antibiotica was effectief om het antibioticagebruik voor luchtweginfecties bij kinderen te optimaliseren (4,5). Duidelijk instructief geschreven patiëntenmateriaal kon het aantal antibioticavoorschriften halveren bij kinderen met vermoeden van een bovenste luchtweginfectie (6,7). Bij een klinisch vermoeden van een onderste luchtweginfectie kon zowel het bepalen van CRP als een verbeterde communicatie het aantal antibioticavoorschriften doen dalen zonder de veiligheid van de patiënt in gevaar te brengen (8,9).

Een recente cluster-gerandomiseerde RCT in de VS (10) verdeelde na het doorlopen van een onlinetrainingsprogramma over de diagnose en de behandeling van luchtwegaandoeningen 248 huisartsen uit 47 eerstelijnspraktijken volgens een 2x2x3 factorieel opzet over drie interventies met focus op gedragsverandering. Gedurende 18 maanden registreerde men voor 16 959 contacten (gemiddelde leeftijd 48 jaar, 67% vrouwen) het aantal antibioticavoorschriften voor bovenste luchtweginfecties, acute bronchitis en influenza in 7 interventiegroepen en 1 controlegroep. Men vergeleek dit met het aantal antibioticavoorschriften bij 14 753 contacten (gemiddelde leeftijd 47 jaar, 69% vrouwen) geregistreerd tijdens de 18 maanden vóór de start van de studie.

In de eerste interventie kregen de artsen via hun EMD een pop-up-melding telkens wanneer ze een antibioticum voorschreven. De arts werd eraan herinnerd wanneer een antibioticum niet geïndiceerd was en vervolgens werden een aantal andere mogelijke behandelingen, adviezen en patiënteninformatiemateriaal voorgesteld. Het aantal antibioticavoorschriften daalde van 22,1% naar 6,1%, maar deze daling bleek statistisch niet significant te zijn. In de tweede interventie vroeg het EMD telkens aan de arts te verantwoorden waarom hij een antibioticum voorschreef. Deze verantwoording en het eventueel “geen verantwoording geven” werd op een zichtbare plaats opgenomen in het dossier. Het aantal antibioticavoorschriften daalde statistisch significant van 23,2% naar 5,2%. In de derde interventie kregen de artsen maandelijks een e-mail waarbij ze gerangschikt werden van meest correct voorschrijvende naar minst correct voorschrijvende arts en werden hun voorschrijfcijfers vergeleken met die van de “beste voorschrijvers”. Het aantal antibioticavoorschriften daalde statistisch significant van 19,9% naar 3,7%. In de controlegroep (zes praktijken zonder interventie) daalde het aantal antibioticavoorschriften van 24,1% naar 13,1%. Er waren geen statistisch significante interacties tussen de interventies, waardoor een additief effect dus mogelijk is. Op één interventiegroep na (combinatie van tweede en derde interventie) werd er geen statistisch significante toename in herconsultaties vastgesteld. Het beperkte aantal artsen per cluster en de financiële vergoeding voor de participerende artsen beperken de generaliseerbaarheid van het effect. Er werd bovendien in deze studie niet gekeken naar andere respiratoire aandoeningen zoals acute faryngitis of rhinosinusitis, waarvan we weten dat voor artsen de keuze voor het niet voorschrijven van antibiotica soms moeilijk is (11-14).

Besluit

Deze cluster-gerandomiseerde RCT toont aan dat het gebruik van antibiotica bij acute respiratoire aandoeningen kan verminderen door de huisarts te verplichten om een verantwoording voor het voorschrijven van antibiotica in het EMD te noteren en door het voorschrijfgedrag van de huisarts voor antibiotica via e-mail te vergelijken met dat van zijn collega's. Beslissingsondersteuning in verband met het voorschrijven van antibiotica via het EMD bleek in deze studie geen effect te hebben.

Referenties

1. Adriaenssens N, Bartholomeeusen S, Ryckebosch P, Coenen S. Quality of antibiotic prescription during office hours and out-of-hours in Flemish primary care, using European quality indicators. *Eur J Gen Pract* 2014;20:114-20.
2. Adriaenssens N. Huisartsen trainen in shared decision-making vermindert het antibioticumgebruik. *Minerva* 2013;12(4):47-8.
3. 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.
4. Coenen S. Kunnen het aantal consultaties en het antibioticagebruik voor acute luchtweginfecties bij kinderen effectief verminderd worden? *Minerva bondig* 28/10/2012.
5. Andrews T, Thompson M, Buckley DI, et al. Interventions to influence consulting and antibiotic use for acute respiratory tract infections in children: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012;7:e30334.
6. Laekeman G. Informeren in plaats van voorschrijven? *Minerva bondig* 28/01/2011.
7. Francis NA, Butler CC, Hood K, et al. Effect of using an interactive booklet about childhood respiratory tract infections in primary care consultations on reconsulting and antibiotic prescribing: a cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2009;339:b2885.
8. De Sutter A. Kunnen CRP-bepaling en communicatietraining het aantal antibioticumvoorschriften beperken? *Minerva* 2010;9(5):54-5.
9. Cals JW, Butler CC, Hopstaken RM, et al. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ* 2009;338:b1374.
10. Meeker D, Linder JA, Fox CR, et al. Effect of behavioral interventions on inappropriate antibiotic prescribing among primary care practices: a randomized clinical trial. *JAMA* 2016;315:562-70.
11. De Sutter AI, De Meyere MJ, De Maeseneer JM, Peersman WP. Antibiotic prescribing in acute infections of the nose or sinuses: a matter of personal habit? *Fam Pract* 2001;18:209-13.
12. Kumar S, Little P, and Britten N. Why do general practitioners prescribe antibiotics for sore throat? Grounded theory interview study. *BMJ* 2003;326:138.
13. Lindbaek M, Butler CC. Antibiotics for sinusitis-like symptoms in primary care. *Lancet* 2008;371:874-6.
14. Young J, De Sutter A, Merenstein D, et al. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2008;371:908-14.