



Een onaangepast antibioticumvoorschrift, maar toch tijdwinst? Alweer een illusie minder...

Uit wetenschappelijk onderzoek weten we dat er heel wat factoren zijn die een aangepast antibioticumvoorschrijfgedrag in de weg staan. Artsen vrezen vooral dat ze tijd verliezen als ze geen antibioticum voorschrijven of dat hun patiënten zullen afhaken. Daarnaast zijn er ook factoren bij de patiënt: angst voor verwickelingen, werkverlet of schoolverzuim en een verkeerde inschatting van de werkzaamheid van antibiotica^{1,2}.

In eigen land werd een van deze mythes al in vraag gesteld: willen de meeste patiënten eigenlijk wel een antibioticum? Onderzoek bij patiënten met acute keelpijn toonde de bezorgdheden van patiënten. Het krijgen van informatie, een goed klinisch onderzoek en pijnstilling waren de drie belangrijkste wensen van de patiënt. De vraag naar antibiotica behoorde tot de drie minst belangrijke redenen om de arts te consulteren (op de elfde plaats van dertien)². Ook internationaal onderzoek bevestigt deze bevinding³. De onderzoekers besluiten dat goede informatie geven en aandacht voor pijnstilling waarschijnlijk belangrijker zijn dan onaangepast antibiotica voorschrijven².

Uit focusgroepen in de Verenigde Staten kwam naar voor dat artsen de indruk hebben dat zij tijd winnen door vlug een (onaangepast) antibioticum voor te schrijven, in plaats van uit te leggen waarom men geen antibioticum nodig heeft: een tweede mythe⁴? Zoals altijd, stellen we vast dat er over dit belangrijke aspect van het implementeren van EBM-boodschappen weinig of geen onderzoek bestaat. De auteurs citeren een onderzoek bij volwassenen met acute infecties van de luchtwegen, waarbij een onaangepast antibioticum een tijdwinst opleverde van een minuut (op een gemiddelde consultatieduur van veertien minuten)⁵. Uiteindelijk is er nu een studie verricht bij kinderen met acute infecties van de bovenste luchtwegen en acute bronchitis. Vermoedelijk bacteriële infecties, zoals suppuratieve otitis, sinusitis (!), tonsillitis en pneumonie werden uitgesloten⁶. De 'National Ambulatory Medical Care Survey'

selecteerde uit 4 727 consultaties bij kinderen 269 patiënten met een acute en vermoedelijk virale luchtweginfectie. Belangrijk hierbij is dat men noteerde dat ongeveer de helft van de consultaties per prestatie werd vergoed en de andere helft in forfait. Gemiddeld werd in de Amerikaanse studie bij 30% een antibioticum voorgeschreven (27% bij acute bovenste luchtweginfecties en 46% bij acute bronchitis). De gemiddelde consultatieduur was 14,24 minuten (SD 0,85) bij een antibioticumvoorschrift en 14,18 minuten (SD 1,03) als enkel uitleg werd gegeven. Uit multivariate analyse bleek dat er geen verband was met de vorm van betaling en evenmin met het feit of het bij de eigen huisarts was. In vergelijkend Europees onderzoek werd ook vastgesteld dat de betalingswijze geen invloed had op het voorschrijfgedrag bij antibiotica⁷.

De twee aangehaalde studies wijzen erop dat, in ieder geval bij Amerikaanse artsen, antibiotica voorschrijven geen tijdwinst oplevert. Bovendien vermindert het geven van antibiotica het aantal verwickelingen niet, maar geeft het wel een toename van de ongewenste effecten, de resistentie en de kosten voor patiënt, het Rijksinstituut voor Ziekten en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de belastingbetalers. Vergelijkend Europees onderzoek heeft uitgewezen dat de gemiddelde consultatieduur in de verschillende landen nogal varieert. Met vijftien minuten hebben we in België vrij lange consultaties⁸, maar in vergelijking met de Amerikaanse collega's scheelt dit amper één minuut.

Voorlopig zijn er geen aanwijzingen dat het onaangepast voorschrijven van antibiotica bij acute luchtweginfecties tijdwinst oplevert. Laten we het dus maar houden bij aangepaste informatie aan de patiënt: niet alleen waarom we geen antibiotica voorschrijven, maar ook bij verantwoord voorschrijven is heel wat uitleg nodig over correct gebruik, mogelijke ongewenste effecten, alarmsignalen en follow-up.

M. De Meyere

Literatuur

1. Hooton T, Levy S. Antimicrobial resistance: a plan of action for community practice. *Am Fam Physician* 2001;63:1087-98.
2. van Driel M, Provoost S, Van Paeppegem T, De Meyere M. Op wetenschappelijke evidentie gebaseerde zorg: van theorie naar praktijk. Gent: Academia Press, 2003.
3. Butler C, Rollnick S, Pill R, et al. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of GP's and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998;317:637-42.
4. Schwartz B, Mainous A, Marcy S. Why do physicians prescribe antibiotics for children with upper respiratory tract infections? *JAMA* 1998;279:881-2.
5. Linder J, Singer D, Stafford R. Association between antibiotic prescribing and visit duration in adults with respiratory tract infections. *Clin Ther* 2003;25:2419-30.
6. Coco A, Mainous A. Relation of time spent in an encounter with the use of antibiotics in pediatric office visits for viral respiratory infections. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:1145-9.
7. Monnet D. Personal communication, oktober 2005.
8. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, et al. Consultation length in general practice: cross-sectional study in six European countries. *BMJ* 2002;325:472-7.