Analyse van factoren die huisartsen ervan weerhouden om bij ouderen met UWI, verblijvend in WZC, hun voorschrijfgedrag aan te passen aan de bestaande guidelines.

Haio: MEUS Koen , KUL
Promotor: DE LEPELEIRE Jan , KUL
Praktijkopleider: BEKE Paul , STAMMEN Jos

Context: Bij residenten in woonzorgcentra (WZC) zijn urineweginfecties (UWI) vaak de reden voor het voorschrijven van antibiotica. Verkeerdelijk gebruik van antibiotica is een gevaar voor de volksgezondheid omwille van toenemende bacteri?le resistentie tegen bepaalde antibiotica. Er bestaan momenteel duidelijke en wetenschappelijke richtlijnen over het gebruik van antibiotica bij het behandelen van UWI, maar weinig specifieke richtlijnen omtrent behandelen van UWI in WZC. Ondanks het feit dat de eerstelijnszorg meer en meer belang hecht aan wetenschappelijk onderbouwde zorgverlening, stellen we vast dat de huidige richtlijnen betreffende behandeling en diagnostiek vaak niet gevolgd worden.

Onderzoeksvraag: 1. Antibioticagebruik bij UWI in WZC in drie Vlaamse huisartsenkringen in kaart brengen. 2. inzicht verkrijgen in het kennisniveau van deze huisartsen betreffende richtlijnen UWI 3. inzicht verkrijgen waarom ze eventueel hiervan afwijken

Methode: Studie WZC: Dit deel betrof een prospectieve observationele studie naar incidentie en behandeling van UWI in WZC. WZC uit drie verschillende regio?s: Leopoldsburg, Heist-op-den-Berg en Oostende werden aangeschreven. De hoofdverpleegkundige van de deelnemende afdelingen werd gevraagd het eerste deel van de vragenlijst in te vullen. Dit deel bevroeg de karakteristieken van elke resident. Het tweede deel werd ingevuld, wanneer iemand het vermoeden van een symptomatische UWI had. Alle residenten, ouder dan 65 jaar en op 1 september verblijvend op de afdeling werden ge?ncludeerd. De studie duurde ??n maand (september 2012). Studie Huisartsen: Een tweede deel was louter observationeel en betrof een vragenlijst gericht aan de huisartsen van de wachtkringen uit dezelfde regio?s. De huisartsen werden hiertoe via e-mail uitgenodigd. Deze vragenlijst bestond uit drie delen. Allereerst werden enkele karakteristieken van de respondenten bevraagd. Vervolgens werd de kennis van huisartsen betreffende de richtlijnen voor het behandelen van UWI getest. Dit gebeurde aan de hand van vier fictieve casussen en negen juist/fout vragen. Bij elke casus werd via een meerkeuzevraag bevraagd wat de gepaste behandeling is. Indien men wilde afwijken van de richtlijnen werd de motivatie hiertoe bevraagd in een open vraagstelling. Het laatste deel betrof vijf stellingen omtrent richtlijnen (tabel 2). Respondenten konden aanvinken welke op hen van toepassing waren.

Resultaten: Acht chronische zorginstellingen met in totaal 438 residenten namen deel aan deze studie. Tijdens de observatiemaand werden 33 UWI gediagnosticeerd bij 31 residenten. Van deze infecties werden er twaalf behandeld met nitrofuranto?ne, drie met fosfomycine, twee met trimethoprim en sulfamethoxazol, zeven met amoxicilline-clavulaanzuur of ciprofloxacine. E?n resident met UWI werd naar het ziekenhuis verwezen en ??n behandeling was niet gekend. Overigens werden zeven infecties niet behandeld. Aan het tweede deel van de studie namen 56 van de 134 uitgenodigde artsen deel. Er konden geen karakteristieken gekoppeld worden aan het behalen van hogere scores op de kennisvragen. De belangrijkste reden die artsen aangeven om af te wijken van richtlijnen is de eigen ervaring dat andere behandelingen of technische onderzoeken die afwijken van de richtlijnen doeltreffender werken.

Conclusie: Het belang van doelmatig en rationeel antibioticagebruik kan niet overschat worden. Indien men niet tot restrictief en wetenschappelijk verantwoord antibioticagebruik komt, wordt antimicrobi?le resistentievorming een steeds groter probleem. Overmatig gebruik van chinolonen bij UWI en luchtweginfecties leidt nu al tot resistentie. Dit onderzoek suggereert dat het stimuleren van wetenschappelijke praktijkvoering een gegeven is dat speelt op verschillende niveaus. Dit wordt door de literatuur ondersteund. Het kennisniveau, dat volgens deze enqu?te relatief hoog lijkt te zijn, is uiteraard een belangrijke voorwaarde, maar leidt niet automatisch tot implementatie van richtlijnen in de praktijk. Literatuuronderzoek leert dat interventies met als doel betere klinische praktijkvoering op zes verschillende niveaus moeten worden bestudeerd: de vernieuwing in praktijkvoering op zichzelf (vb. de voordelen in praktijk), de individuele professionele zorgverlener (vb. kennis), de patiënt (vb. compliance), de sociale context (vb. samenwerking), de organisatorische context (vb. ICT ondersteuning) en de economische en politieke context (vb. politiek beleid).