



Antibioticabehandeling en therapietrouw van patiënten bij luchtweginfecties in de huisartspraktijk: een kwalitatief onderzoek

Appelen Lien, Universiteit Antwerpen

Promotor: Michiels Barbara, Universiteit Antwerpen

Co-promotoren: Jessica Fraeyman, Samuel Coenen, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleiders: Cramm Myrjam en Tine Van Haegenborgh

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

Een oprechte dankjewel gaat uit naar de begeleiding van mijn promotor Barbara Michiels. Bedankt voor de juiste motivatie en om af en toe wat wind in mijn rug te blazen. Het reilen en zeilen van het kwalitatief onderzoek leerde ik kennen via mijn co-promotor Jessica Fraeyman. Bedankt voor je positieve invloed en geduld. Samuel Coenen wil ik bedanken voor het mee uitwerken van het thema en het doel van dit werk.

Mijn twee praktijkopleidsters, Myrjam Cramm en Tine Van Haegenborgh mag ik niet vergeten te bedanken in dit verhaal. Ook mijn andere collega's hadden vaak begrip voor mijn onderzoek en boden hun hulp aan waar mogelijk. Phaedra De Deken, verdient een extra vermelding omdat geen enkele opdracht te veel was voor haar.

De patiënten, apothekers en artsen die bereid waren om deel te nemen aan deze studie: Van harte bedankt!

Mijn ouders, broer en zus, bedankt om er te zijn en om in mij te blijven geloven elke keer opnieuw. Zonder jullie was dit nooit gelukt.

Toon, bedankt om er altijd zo voor mij te zijn en om mij te geven zoals enkel jij dat kan. Bedankt voor je ondersteuning en de ontspannende momenten.

Barb, het was weer aangenaam om dit avontuur met jou te mogen delen. Bedankt om de beste observator te zijn ooit. We blijven een goed team en weet dat we dat altijd zullen blijven!

1. Abstract

Achtergrond

De therapietrouw van antibiotica is interessant om onder de loep te nemen omdat een slechte inname niet alleen gevolgen heeft voor de patiënt in kwestie maar ook kan bijdragen tot antibioticaresistentie in de maatschappij. In sommige studies werd een therapieontrouw van meer dan 50% aangetoond, wat ruimte biedt voor verbetering. Dit onderzoek gaat op zoek naar: 1. redenen voor foutieve antibiotica-inname, 2. kennis/beleving rond antibiotica 3. toekomstige mogelijkheden volgens patiënten, artsen en apothekers om de antibioticatherapietrouw te verbeteren.

Methode

In deze kwalitatieve studie voerden we drie focusgroepgesprekken uit met in totaal dertien patiënten. Deze patiënten kregen allen recentelijk een voorschrift met amoxicilline in het kader van een luchtweginfectie. Gedurende deze focusgroepgesprekken werden drie casussen besproken waarin gekende risicofactoren verwerkt waren die vanuit de literatuur bekend staan als risicofactoren voor therapieontrouw in antibioticagebruik. Verder werden twee focusgroepgesprekken met artsen georganiseerd en één gesprek met apothekers om ook hun meningen over de therapietrouw van antibiotica bij patiënten te verkrijgen. Alle gesprekken werden letterlijk uitgeschreven en gecodeerd.

Resultaten

1. Factoren verbonden aan antibioticatherapie (nevenwerkingen, toediening en frequentie), verloop van ziekte (ernst en beter voelen), kennis (indicatie en resistentie), attitude (vergetelheid en betrokkenheid) en relatie tussen patiënt-arts en patiënt-apotheek komen aan bod in gesprekken als mogelijke factoren die therapietrouw beïnvloeden.

2. Kennis rond de indicatie van antibiotica lijkt aanwezig te zijn. De patiënt echter ervaart dat een diagnose van een bacteriële infectie een vage beslissing blijft. Mensen kennen het begrip resistentie maar begrijpen de invloed en het mechanisme hierachter nog niet. Arts en apotheek merken een onderverdeling van patiënten t.o.v. antibiotica op: 'believers' en 'non believers'.

3. Meerdere suggesties tot interventies werden aangekaart op vlak van informatie geven (websites, folder en herhaling info arts-apotheek), controle tijdens antibiotica therapie (applicaties voor smartphones, stickers en opvolging van de arts). Aan de farmaceutische sector wordt gesuggereerd om de lay-out van amoxicilline verpakking gebruiksvriendelijker te maken en de hoeveelheid pillen in de verpakking af te stemmen op de BAP-COC richtlijn.

Conclusie

Meerdere factoren die zorgen voor slechte antibioticatherapietrouw gekend uit de literatuur worden bevestigd tijdens het kwalitatief onderzoek. Daarenboven komt in dit onderzoek de positieve invloed van de apotheek op de AB-therapietrouw voor het eerst aan bod. Vaagheid van de diagnose en weerstand tegen antibiotica lijken een gevaar te kunnen vormen voor therapietrouw. Beknpte info over het belang van correcte inname van antibiotica en het mechanisme achter antibioticaresistentie blijven belangrijk.

2. Inhoudstafel

Dankwoord	1
1. Abstract	1
2. Inhoudstafel.....	2
3. Inleiding	4
4. Onderzoeksvragen.....	5
5. Oriënterend literatuuronderzoek.....	6
5.1 Zoekstrategie	6
5.2 Karakteristieken van antibioticatherapie	8
5.3 Patiëntenkarakteristieken	8
5.4 Ziekteverloop.....	9
5.5 (Huis)artskarakteristieken	10
5.6 Arts-patiënt-interactie.....	10
5.7 Overige	10
6. Methode	11
6.1 Studieopzet en steekproef	11
6.2 Datacollectie.....	12
6.3 Analyse	12
6.4 Ethische commissie	12
7. Resultaten.....	13
7.1 Karakteristieken deelnemers gesprekken	13
7.1.1 Patiëntengesprekken.....	13
7.1.2 Apothekersgesprek.....	13
7.1.3 Artsgesprekken.....	13
7.2 Welke factoren zouden de antibioticatherapietrouw kunnen beïnvloeden?	16
7.2.1 Inzichten van patiënt.....	16

7.2.2 Inzichten volgens Arts	23
7.2.3 Inzichten volgens apotheek.....	24
7.3 Interventies en suggesties.....	25
7.3.1 Inzichten volgens patiënt	25
7.3.2 Inzichten volgens apotheek.....	27
7.3.3 Inzichten volgens arts.....	28
7.4 Triangulatie-resultaten.....	29
8. Discussie	33
8.1 Essentiële bevindingen.....	33
8.2 Plaatsing van de resultaten in de gekende literatuur	33
8.3 Sterktes en zwaktes.....	35
8.4 Toekomst.....	36
9. Conclusie	36
10. Bijlages.....	37
10.1 Protocol	37
10.2 Goedkeuring Ethische Comité	39
10.3 Toestemmingsformulier	40
10.4 Informatieformulier.....	41
10.5 Casussen	43
10.5.1 Casus 1.....	43
10.5.2 Casus 2.....	43
10.5.3 Casus 3.....	43
10.6 Script patiënten.....	44
10.7 Script artsen/script apothekers.....	46
11. Referenties	48

3. Inleiding

In de huisartsenpraktijk valt het op dat patiënten vaak een voorgestelde antibioticatherapie niet nemen, te laag gedoseerd nemen of vroegtijdig stoppen. Patiënten lijken te weinig kennis te hebben over het belang van de juiste inname van antibiotica (AB).

De focus van dit onderzoek gaat uit naar de reden waarom patiënten hun AB-kuur incorrect nemen en de beleving die mensen hebben bij AB. Dit alles om te weten te komen wat noodzakelijk is voor een betere AB-therapietrouw.

Therapietrouw wordt meestal gedefinieerd als de mate waarin een patiënt zich aan de afgesproken behandeling houdt. Voor perfecte terapietrouw aan een AB-behandeling moet een patiënt de behandeling starten, de juiste dosis nemen, deze dosis op het juiste tijdstip nemen en de voorgeschreven behandeling afmaken.(1)

Meerdere onderzoeken gebeurden al over terapietrouw inzake chronisch medicatiegebruik bij onder meer diabetes en hypertensie.(2, 3) Dit onderzoek wil terapietrouw nagaan bij acuut gebruik van medicatie, meer specifiek bij AB in geval van luchtweginfecties in de huisartspraktijk (in België).

Francis *et al.* (4), toonden aan dat terapietrouw aan AB voorgeschreven door de huisarts inderdaad een probleem is. In het observationeel onderzoek bij meer dan 2500 patiënten met een lage luchtweginfectie uit twaalf Europese lidstaten hield slechts 44% zich volledig aan de voorgeschreven AB-kuur voor luchtweginfecties. De redenen waarom AB niet goed werden genomen, bleven onduidelijk. Er werd voorgesteld dat de huisarts en goede informatie/communicatie een rol zouden kunnen spelen in betere terapietrouw. Een gebrekkige AB-therapietrouw werd ook waargenomen door Kardas *et al.*(5). De resultaten van hun studie gaven een AB-therapietrouw aan van slechts 63,9% in Europa. Hiertegenover staat dat in de studie van McNulty *et al.* (6) 88,7% van de patiënten zijn AB-behandeling afmaakte. In deze studie wordt er echter niet gesproken over juiste tijdstippen en juiste dosissen.

De reden dat onderzoek rond terapietrouw van AB noodzakelijk is, is het feit dat het grote gevolgen kan hebben voor de maatschappij. Het kan zorgen voor het mislukken van therapie en leiden tot meer hospitalisaties. (7, 8) Verder is het bekend dat, naast het beperkt voorschrijven van AB, ook de correcte inname van een AB-behandeling door patiënten een rol kan spelen in het indijken van de bacteriële resistentie.(9) Zeker omdat AB-resistentie een wereldwijd probleem blijft, is het onderzoek naar AB-therapietrouw relevant voor de maatschappij.

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek rond terapietrouw van amoxicilline bij luchtweginfectie in de huisartspraktijk. Dit soort onderzoek kan diepere inzichten brengen in het belang van de arts-patiëntrelatie en op die manier onderzoekers de kans bieden om de inzichten van patiënten te begrijpen.(10)

De masterproef van Barbara Franck, onderzoekt hetzelfde thema, weliswaar vanuit een kwantitatieve benadering. Zij stelde een interventiestudie op om de terapietrouw van amoxicilline voorgeschreven bij luchtweginfecties te onderzoeken.

Omdat bij therapietrouw drie actoren meespelen: apotheker, arts en patiënt, is het verrijkend om deze drie actoren te betrekken in het onderzoek en de onderlinge relaties aan het licht te brengen.

Het doel is om na te gaan welke factoren de gebrekkige therapietrouw van een AB-kuur verklaren, wat de beleving en kennis is van mensen ten opzichte van AB vandaag. En hoe kunnen we de therapietrouw en de kennis omtrent AB verbeteren in de toekomst.

4. Onderzoeksvragen

De drie onderzoeksvragen van dit onderzoek zijn weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1: Onderzoeksvragen.

- 1 Welke factoren verklaren de gebrekkige therapietrouw van een AB-kuur?
- 2 Wat is hierbij de rol van de kennis/inzichten over AB bij patiënten?
- 3 Wat zou er volgens patiënten/arts/apotheker kunnen gebeuren om AB-therapietrouw te verbeteren?

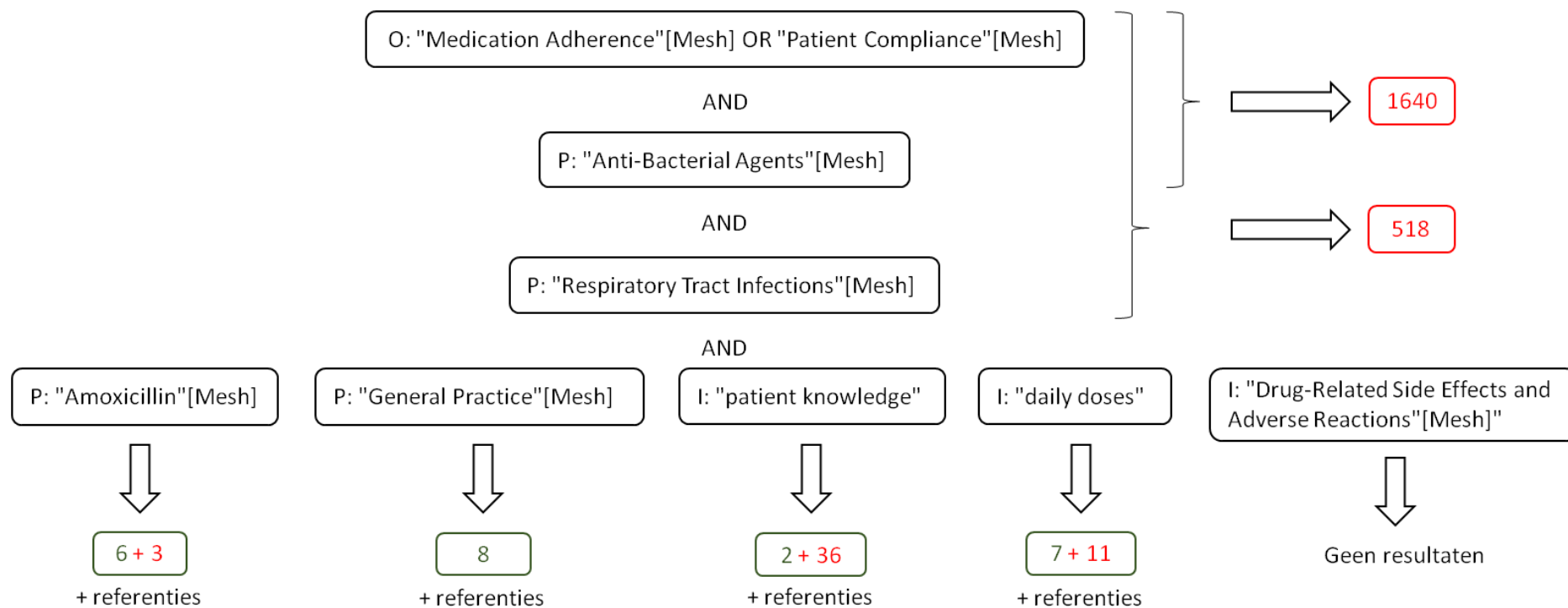
5. Oriënterend literatuuronderzoek

5.1 Zoekstrategie

Om dit kwalitatief onderzoek te kunnen ondersteunen werd vooreerst een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd. In het literatuuronderzoek werd gefocust op de eerste onderzoeksvraag: Welke factoren verklaren de gebrekkige therapietrouw van AB? Er werd gezocht naar een antwoord op de PICO vraag weergegeven in Tabel 2. De gevonden artikels volgens de meshtermen (zie Figuur 1) werden geïncludeerd als de titel en de abstract deden vermoeden dat het een antwoord zou kunnen bieden op de onderzoeksvraag. De referenties van de geïncludeerde artikels werden ook gebruikt. De kwaliteit van het artikel werd bepaald op basis van het studieopzet (review, rct, crossectioneel, kwalitatief) en de uitvoering van de studie. De databank die voornamelijk gebruikt werd was PUBMED. CEBAM, domus medica en nhg, toonden geen resultaten voor het onderwerp AB-therapietrouw.

Tabel 2: PICO

P	Patiënten die amoxicilline voor bovenste en onderste luchtweginfectie hadden voorgeschreven gekregen in huisartspraktijk.
I	nevenwerkingen / info van professional / kennis patiënt / aantal innames per dag hoog
C	geen nevenwerkingen / geen info van professional / geen kennis patiënt / aantal innames per dag laag
O	antibioticatherapietrouw



Figuur 1: Overzicht van de zoekstrategie voor het vinden van relevante artikels door gebruik van keywords en MESH-termen.

De motieven om een AB-therapie te onderbreken voorkomend in de bestaande literatuur kan men onderverdelen in verschillende groepen. Ten eerste kunnen karakteristieken van de AB-therapie hier een aandeel in hebben. Anderzijds spelen patiëntenkarakteristieken en het ziekteverloop een rol. Over de huisartskarakteristieken en hun invloed op de therapietrouw is minder gekend. In de literatuur kan men ook argumenten terugvinden dat de arts-patiënt-interactie een belangrijke factor zou kunnen spelen in het verhaal van AB-therapietrouw bij luchtweginfecties.

5.2 Karakteristieken van antibioticatherapie

Meerdere bronnen bevestigen dat een complexe therapie een slechte therapie in de hand werkt(16). De complexiteit van de therapie kan slagen op de duur van de therapie maar ook het aantal dagdosissen (frequentie inname per dag). Wanneer de therapie langer (>7d) (20) duurt is er een link met verhoogde therapieontrouw (12) (11) (4). De meerderheid van de artikels toont aan dat een eenmalige dosis per dag t.o.v. een driemaalige dosis per dag een gunstige invloed heeft op de therapietrouw (11) (12) (13) (20) (21) (22). Ook bij amoxiclav voor een luchtweginfectie deed de groep die slechts twee tabletten moest innemen het beter dan de groep die drie tabletten moest innemen (23). Francis et al in tegendeel kon geen significant verband vinden tussen een hoger aantal dagdosissen en een slechtere therapietrouw. (4) Dit werd bevestigd door een andere studie waar een vergelijkbare therapietrouw gevonden werd voor de groep die een eenmalige inname van roxithromycine had en de groep die driemaal per dag een inname van amoxiciline had. Wel wordt opgemerkt dat de correctheid van inname bij deze laatste groep, afneemt over de duur van therapie. (25)

De nevenwerkingen die wel eens opkomen bij het nemen van AB zorgen vaak voor een slechte inname of zelfs onderbreking van inname. (12) (17) (18) (19) (11)

Nog een eigenschap van AB-therapie die invloed heeft op de therapietrouw, is het soort AB dat er genomen wordt. Penicilline, B- lactam antibacteriële producten en macroliden werden genomen door therapietrouwe mensen. Quinolones en tetracyclines werden meer genomen door therapieontrouwe mensen. Een verklaring voor dit significant verband werd in de studie evenwel niet gegeven (12).

De vorm van de pillen en de vorm van toediening vooral bij kinderen zijn ook van belang. Als de ouders ervaren dat het gemakkelijk gaat met de toediening is er een kans op een betere therapietrouw. Dit laatste is meer het geval bij toedienen van siroop in tegenstelling tot zakjes of pillen.(11) De therapietrouw bij kinderen kan op zich ook beïnvloed worden door de suspensietextuur en de smaak van de siroop (26). Ter samenvatting, hoe moeilijker de inname, hoe minder therapietrouw patiënten zijn. (12)

5.3 Patiëntenkarakteristieken

Als we de eigenschappen van de patiënten bekijken die zich therapieontrouw gedragen, vindt men uiteenlopende resultaten terug. In de review van Kardas et al (11) wordt bevestigd dat factoren zoals leeftijd, geslacht en educatie geen invloed hebben op de AB-therapietrouw. Ook Francis et al (4) beschrijft dat leeftijd en geslacht geen significant verband hebben met AB-therapietrouw. Verder meldt deze studie dat co-morbiditeit van de patiënt in kwestie ook geen bewezen effect heeft op het al dan niet goed uitnemen van een AB-kuur. Aan de andere kant vindt de observationele

cohortstudie van Fernandes et al toch een betere therapietrouw terug bij de oudere populatie. Ook de mensen die niet getrouwd waren, bleken een slechtere therapietrouw te hebben in dezelfde studie. (12) In een global survey van Pechere et al toont men dat een jongere leeftijd samengaat met slechtere therapietrouw. Ten slotte bepaalt het land van herkomst de AB-therapietrouw: in China en Japan werden meer therapieontrouwe mensen gevonden. De beste therapietrouw werd gevonden in Nederland en Italië (13).

In de kwalitatieve studie van Hawkings et al (14), werd er a.d.h.v. semigestructureerde interviews gesuggereerd dat er 6 soorten groepen kunnen gemaakt worden in de therapieontrouwe populatie afhankelijk van de overtuigingen en inzichten die patiënten hebben. Groep 1 neemt vlekkeloos AB in, groep 2 kan medicatie niet nemen omwille van praktische problemen: werk, crèche,..., groep 3 vergeet regelmatig een dosis in te nemen, groep 4 is ervan overtuigd dat als ze zich beter voelen het ok is om de AB-inname te staken, groep 5 vindt een manier om te stoppen met de AB-kuur omdat ze ervan overtuigd zijn dat AB niet goed voor hen zijn en bovendien onnatuurlijk. Groep 6 besluit om vroeger te stoppen om op die manier aan zelfmedicatie te doen in de toekomst.

In de crossectionele studie uit Hong Kong van Yap-Hang Chan, (15) werd er een hogere prevalentie van AB-therapieontrouw opgemerkt als de patiënt lager scoort op kennisvragen rond AB. Ook de kennis van de naam van het product bleek een positief verband te hebben met de therapietrouw. Mensen die de naam van product nog onthielden, namen hun kuur beter in.(16)

Tenslotte blijft de onoplettendheid of de zorgeloosheid een aanzienlijk probleem in de beperkte therapietrouw. In meerdere studies wordt het begrip vergetelheid aangehaald als een determinant die de therapietrouw negatief beïnvloedt (17) (18) (19).

5.4 Ziekteverloop

Francis et al onderzochten de AB-therapietrouw bij acute hoest in de huisartspraktijk. Zij ontdekten dat hoe langer klachten aanwezig zijn (> 28dagen t.o.v. < 7dagen) voor een arts te consulteren, hoe beter de therapietrouw zal zijn indien er AB voorgeschreven wordt. (4)

In de review van Kardas et al (11) wordt aangekaart dat de ernst van de ziekte op het moment dat AB wordt voorgeschreven samenhangt met een betere AB inname, zeker als het een infectie betreft van de lage luchtwegen. De studie van Cockburn uit 1987(16) besprak ook toen al het feit dat ernst van de ziekte en de angst van de patiënt voor de ziekte ervoor zorgde dat er een betere inname werd nagestreefd. Deze review en andere studies beschrijven ook de slechtere inname van AB tijdens het verloop van de genezing. Indien er na enkele dagen AB inname symptomatisch verbetering optreedt is dit vaak een argument om de therapie vroegtijdig te staken. (17) (18) (19). De afwezigheid van significante effecten na het starten van de AB-kuur is voor sommigen ook een reden tot innamestop. (17)

5.5 (Huis)artskarakteristieken

Een meer gedateerde studie haalde aan dat patiënten verzorgd door jongere artsen, die dus minder lang actief waren in de huisartspraktijk, een betere therapietrouw toonden (16). De leeftijd en ervaring in de praktijk leken onafhankelijk van andere factoren zodat er niet kon gesteld worden dat oudere artsen complexere therapieën opstartten. Meerdere kenmerken verbonden aan therapietrouw voor AB van artsen worden er niet gevonden in de literatuur.

5.6 Arts-patiënt-interactie

Pechere et al concluderen dat de attitude van de patiënt t.o.v. de arts een invloed heeft op de therapietrouw. De therapietrouw was beter bij de 'betrokken' patiënt (in samenwerking met arts beslissen wat best is voor hun gezondheid) en 'volgzame' patiënt (arts beslist en patiënt volgt). Bij de 'kritische' (arts is voor patiënt geen expert) en 'verwaarloosde' patiënt (weinig interactie met arts, arts erkent probleem niet) is er meer sprake van therapieontrouw.(13)

De communicatie tussen arts en patiënt heeft zijn aandeel in de therapietrouw. Als de patiënt het gevoel heeft zijn dokter goed te kennen was er een betere therapietrouw.(27)

Of de tevredenheid over de arts en de informatie die men verkreeg van de arts een rol spelen in therapietrouw is controversieel. Men kon geen invloed vaststellen van de tevredenheid van de arts op de therapietrouw. Wel werd gevonden dat specifieke info van de arts over het aantal tabletten en de duur van therapie gelinkt is aan een betere therapietrouw.(16)

Segador et al beschrijft een betere therapietrouw van AB bij tonsillitis als mondelinge uitleg van de arts wordt bijgestaan door geschreven informatie, wat onrechtstreeks bevestigt dat extra informatie de therapietrouw beïnvloedt.(18) Als onderzoekers een telefonische controle uitvoeren verbetert de therapietrouw ook.(19)

5.7 Overige

Het gebeurt dat patiënten hun AB niet kunnen gaan ophalen bij de apotheek wegens financiële problemen. Zij starten hun kuur niet. (11) Er konden geen bronnen gevonden worden die de invloed van de relatie tussen de apotheek en de patiënt op antibioticatherapietrouw onderzochten in eerste lijn.

6. Methode

6.1 Studieopzet en steekproef

Met het oog op een antwoord te formuleren op de onderzoeksvragen, werd gekozen voor een kwalitatieve benadering en dit meer specifiek aan de hand van focusgroepgesprekken. Dit is een kwalitatieve onderzoeksmethode die uiterst geschikt is om de meningen en ervaringen van deelnemers te verkennen (28, 29).

Focusgroepgesprekken werden georganiseerd bij de drie actoren die hun aandeel hebben in het verhaal van AB-therapietrouw: de arts, de patiënt en de apotheker.

De focusgroepgesprekken duurden gemiddeld 45-60minuten. De focusgroepgesprekken werden zo opgebouwd dat de aanwezigen hun mening en eigen ervaringen deelden over de topics die werden aangebracht in de vorm van drie casussen. De scripten van de verschillende focusgroepgesprekken en de casussen zijn terug te vinden in bijlage. In de casussen werden thema's verwerkt die in de literatuur aangehaald worden als risicofactoren voor slechtere AB-therapietrouw (Tabel 3).

Met behulp van de casussen werd getracht om patiënten te laten terugblikken op hun eigen recente ervaring met het amoxicilline voorschrift. Verder werd op het einde van gesprek naar de mening van de patiënten gevraagd over twee concrete interventies: een folder en een agendasticker. Deze interventies werden door mede-HAIO (huisarts in opleiding), Barbara Franck ontwikkeld en getoetst op effectiviteit in haar kwantitatieve studie rond AB-therapietrouw.

Ook de artsen en de apothekers kregen dezelfde casussen voorgeschoteld om zo ook hun belevingen rond dit thema te verkennen. Lien Appelen nam de rol van moderator op zich bij elk focusgroepgesprek. Na elk gesprek was er een nabespreking met de observator, Barbara Franck. Met de conclusies van deze nabespreking kon het volgende gesprek voorbereid worden (aanpassen van vragen en formuleren van nieuwe bijvragen).

Alle gesprekken werden opgenomen zodat ze herbeluisterd, uitgetypt en geanalyseerd konden worden.

Het aantal focusgroepgesprekken werd bepaald volgens het principe van datasaturatie: van zodra een bijkomende focusgroepgesprek geen nieuwe resultaten of bevindingen oplevert voor de gestelde onderzoeksvraag, is er geen bijkomende focusgroepgesprek meer nodig.

Tabel 3: Thema's die aan bod komen in de verschillende casussen die aan patiënten, artsen en apothekers getoond werden.

	<i>Casus 1</i>	<i>Casus 2</i>	<i>Casus 3</i>
<i>Thema 1</i>	Praktische bezwaren	Kennis AB	Bijwerkingen
<i>Thema 2</i>	Vertrouwen arts	Ernst van ziekte	Beter voelen
<i>Thema 3</i>	Rol apotheek	Bestaande campagnes	Interventie-toekomst

6.2 Datacollectie

Een eerste focusgroepgesprek met acht apothekers ging door in de buurt van Antwerpen centrum. Apothekers werden telefonisch uitgenodigd om deel te nemen aan dit gesprek. Zij kregen ter plekke uitgebreide informatie over het studieopzet en gaven hun toestemming op papier.

Er werden drie focusgroepgesprekken met patiënten georganiseerd. De geïncludeerde patiënten hadden op het moment van contactname tot drie maanden geleden een voorschrift amoxiciline gekregen in kader van een luchtweginfectie (inclusief: sinusitis, pharyngitis, otitis, onderste luchtweginfectie). De patiënten waren patiënt in de praktijk van de Korte Nieuwstraat, Antwerpen of de Korte Altaarstraat, Antwerpen. Ze werden minstens twee weken na het eindigen van hun AB-therapie telefonisch gecontacteerd om te informeren of ze wilden deelnemen aan de studie rond AB-therapietrouw. Als de patiënten jonger waren dan 18 jaar, werden de ouders uitgenodigd voor het focusgroepgesprek. Verschillende leeftijdscategorieën zouden ruimere inzichten kunnen bieden, hiermee werd rekening gehouden bij het uitnodigen. Patiënten gaven hun schriftelijke toestemming voor deelname op de avond van het gesprek zelf na een mondelinge toelichting.

Tot slot werden twee groepen artsen benaderd tot deelname. Enerzijds werd een groep van HAIO's uit het seminarie van Riet Breesch opgenomen en anderzijds drie huisartsen uit de huisartspraktijk Korte Altaarstraat (Antwerpen).

6.3 Analyse

Voor de analyse van de kwalitatieve data werd de NVivo software gebruikt. De gegevens werden anoniem gecodeerd in functie van een antwoord op de vraagstelling van het onderzoek. Aan de hand van discussie met de medeonderzoeker Barbara Franck konden discrepanties verwijderd worden en konden er overzichtelijke resultaten (en figuren) worden gevormd uit het codeboek.

De resultaten hieronder beschreven worden geïllustreerd met treffende citaten met daarbij telkens vermeld over welke type respondent het gaat.

6.4 Ethische commissie

Het protocol voor de studie werd goedgekeurd door het ethisch comité van het UZA (zie bijlage). Na het aanbieden van een informatieformulier (zie bijlage) vulden al de personen die deelnamen een toestemmingsformulier in (zie bijlage).

7. Resultaten

7.1 Karakteristieken deelnemers gesprekken

De karakteristieken van de deelnemende patiënten, artsen en apothekers zijn terug te vinden van Tabel 4 t.e.m. Tabel 9.

7.1.1 Patiëntengesprekken

Van de 105 patiënten die in praktijk Korte Altaarstraat (vijf artsen) vanaf september 2014 t.e.m. januari 2015 amoxicilline voorgeschreven kregen, werden er 37 gecontacteerd. Van de 30 patiënten die in praktijk Korte Nieuwstraat (drie artsen) amoxicilline voorgeschreven kregen van september t.e.m. november 2014, werden drie mensen gecontacteerd. Sommige mensen vroegen meer informatie via mail vooraleer ze konden toezeggen. Uiteindelijk kwamen er in totaal 13 patiënten opdagen op drie verschillende avonden. Aan focusgroepgesprek 1 op 3/12/2014 namen vijf mensen deel. Voor focusgroepgesprek 2 op 22/1/2015 kwamen er slechts drie van de vijf patiënten opdagen. Door ziekte en geen oppas voor kinderen vielen er twee mensen af die avond. Focusgroepgesprek 3 op 12/2/2015 telde vijf mensen. De leeftijd van de aanwezigen schommelde tussen 27 en 79 jaar. Er werden meer vrouwelijke deelnemers aangetrokken. Het educatieniveau varieerde van lager onderwijs tot academische master (Tabel 5; Tabel 6; Tabel 7).

7.1.2 Apothekersgesprek

Tien apothekers uit Antwerpen centrum werden ook gecontacteerd. Er waren acht apothekers bereid om te komen voor een gesprek rond AB-therapietrouw. Twee apothekers kwamen van dezelfde apotheek, de rest was op verschillende plaatsen gevestigd. Het aantal mannen was tijdens dit gesprek groter dan het aantal vrouwen. De ervaring in de apotheek liep van 2 jaar tot 32 jaar. (Tabel 4)

7.1.3 Artsgesprekken

Op het einde van een seminariebijeenkomst werd de mening van 11 HAIO's gevraagd over de casussen. Zij hebben een leeftijd en ervaring in de huisartspraktijk die heel dicht bij elkaar liggen. Tijdens een wekelijkse vergadering van de huisarsten in de Korte Altaarstraat werd ook hun mening gevraagd over de casussen omtrent AB therapie. Zij waren aanwezig met drie artsen. Ervaring en leeftijd van deze groep lag hier meer uit elkaar (Tabel 8; Tabel 9).

Tabel 4: Geslacht, leeftijd en aantal jaren ervaring van apothekers die deelnamen aan het FG 1 Apothekers.

	<i>Apotheker 1</i>	<i>Apotheker 2</i>	<i>Apotheker 3</i>	<i>Apotheker 4</i>	<i>Apotheker 5</i>	<i>Apotheker 6</i>	<i>Apotheker 7</i>	<i>Apotheker 8</i>
<i>Geslacht</i>	V	V	M	M	M	M	V	M
<i>Leeftijd (jaar)</i>	41	32	53	64	59	45	27	27
<i>Ervaring (jaar)</i>	17	8	25	35	32	21	2	2

Tabel 5: Geslacht, leeftijd en educatie van de patiënten die deelnamen aan FG1 Patiënten.

	<i>Patiënt 1</i>	<i>Patiënt 2</i>	<i>Patiënt 3</i>	<i>Patiënt 4</i>	<i>Patiënt 5</i>
<i>Geslacht</i>	V	V	M	V	M
<i>Leeftijd (jaar)</i>	36	58	53	65	79
<i>Educatie</i>	academische master	secundair onderwijs	professionele master	professionele master	lager onderwijs

Tabel 6: Geslacht, leeftijd en educatie van de patiënten die deelnamen aan FG2 Patiënten.

	<i>Patiënt a</i>	<i>Patiënt b</i>	<i>Patiënt c</i>
<i>Geslacht</i>	V	V	V
<i>Leeftijd (jaar)</i>	39	36	42
<i>Educatie</i>	academische master	academische master	academische master

Tabel 7: Geslacht, leeftijd en educatie van de patiënten die deelnamen aan FG3 Patiënten.

	<i>Patiënt A</i>	<i>Patiënt B</i>	<i>Patiënt C</i>	<i>Patiënt D</i>	<i>Patiënt E</i>
<i>Geslacht</i>	M	M	V	V	V
<i>Leeftijd (jaar)</i>	28	43	36	67	73
<i>Educatie</i>	professionele master	academische master	professionele master	professionele master	lager onderwijs

Tabel 8: Geslacht, leeftijd en aantal jaren ervaring van apothekers die deelnamen aan het FG 1 Artsen.

	<i>Arts A</i>	<i>Arts B</i>	<i>Arts C</i>	<i>Arts D</i>	<i>Arts E</i>	<i>Arts F</i>	<i>Arts G</i>	<i>Arts H</i>	<i>Arts I</i>	<i>Arts J</i>	<i>Arts K</i>
<i>Geslacht</i>	V	V	M	V	V	V	V	V	V	M	V
<i>Leeftijd (jaar)</i>	26	26	27	27	25	27	29	26	42	26	27
<i>Ervaring (jaar)</i>	0,5	0,5	0,5	1,5	0,5	1,5	2	1,5	15	0,5	1,5

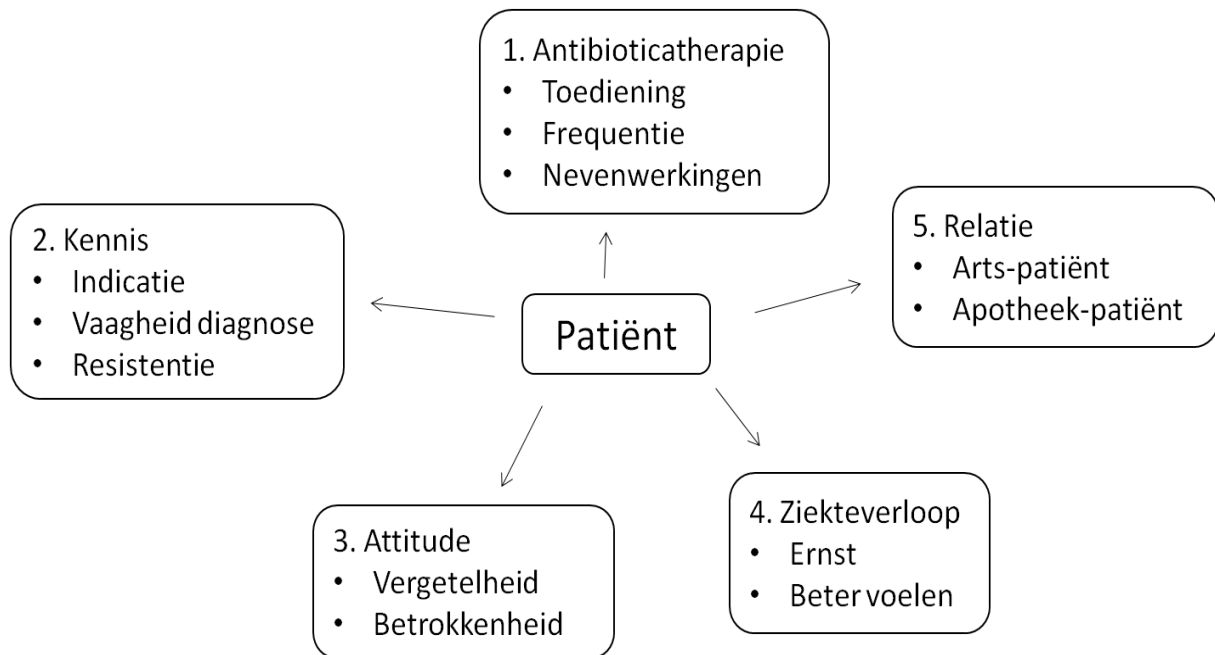
Tabel 9: Geslacht, leeftijd en aantal jaren ervaring van apothekers die deelnamen aan het FG 2 Artsen.

	<i>Arts 1</i>	<i>Arts 2</i>	<i>Arts 3</i>
<i>Geslacht</i>	M	V	V
<i>Leeftijd (jaar)</i>	29	32	41
<i>Ervaring (jaar)</i>	2,5	7	15

7.2 Welke factoren zouden de antibioticatherapietrouw kunnen beïnvloeden?

7.2.1 Inzichten van patiënt

In Figuur 2 is een overzicht weergegeven van de factoren die AB-therapietrouw kunnen beïnvloeden en die aan bod kwamen tijdens de focusgroepgesprekken met de patiënten.



Figuur 2: Overzicht van de verschillende factoren die antibioticatherapietrouw beïnvloeden bij de patiënt.

1. Karakteristieken van de AB-therapie

Toediening

FG 2, Patiënt c: (vrouw 42j, mama)

Ik ben zelf wel trouw, maar bij kinderen is het moeilijk, krijg die AB er maar eens in. Als ze er dan terug goed uit zien... het is vaak een geknoei, vies, uit die spuit, misschien zou een wondersmeltablet kunnen helpen. Het is een geworstel telkens.

Praktische overwegingen maken het soms moeilijk voor de patiënt om AB te nemen zoals van hen wordt verwacht. De toediening blijkt vaak niet eenvoudig bij kinderen.

Frequentie

FG 2, Patiënt a: (vrouw 39j, mama):

Structureel alleen 's morgens en 's avonds zou ik dat niet doen. Ik herken mij er wel in, niet structureel, als dat eens gebeurt is dat zo. Het moet gewoon op, Ik zou de fles wel helemaal uitgeven maar dan duurt het wat langer!!! Dat gebeurt wel.

FG 3, Patiënt A: (man 28j)

Ik weet niet of dit mag maar twee keer geven ipv drie keer, dan moet ze even bellen naar arts?

FG 1, Patiënt 1: (vrouw 36j, apotheker als opleiding)

Hulpmiddelen om herinneren aan frequentie kan je verkrijgen bij apotheek.

Hoewel moeders aangeven dat ze letten op het uitnemen van de AB-kuur gaat dit vaak niet gepaard met een correcte dosisverdeling. Een mogelijke oorzaak hiervan is opnieuw dat de toediening bij kinderen vaak niet vanzelfsprekend is. Een apotheker onder de patiënten licht toe dat de apotheek hulpmiddelen kan aanbieden om meer op de juiste frequentie te letten. Ook de arts raadplegen voor informatie over dosage wordt aangegeven als mogelijke oplossing indien er onduidelijkheid is.

Nevenwerkingen

FG 1, Patiënt 3: (man 53j)

Therapietrouw, meer te maken met attitude, ik vind dat niet moeilijk, als je dat moet pakken, dan pak je dat. Tenzij dat je er bijwerkingen van krijgt, als de kuur erger wordt dan de kwaal. (vb diarree)Ik vind dat persoonlijk niet moeilijk om het uit te pakken.

FG 3, Patiënt C: (vrouw 36j)

Sorry voor de mannen in gezelschap, ik had een schimmelinfectie door AB kuur, ik had het door, het dood meer dan alleen de slechte bacteriën. Natuurlijke balans gaat kapot.

Bij het nemen van de AB werden ook nevenwerkingen ervaren door de patiënten, onder meer vaginale schimmelinfecties. Het voorkomen van nevenwerkingen wordt aanzien als logische verklaring voor het stopzetten van de AB-inname. Dit is zeker het geval wanneer de nevenwerkingen erger zijn als de symptomen van de ziekte waarvoor de medicatie genomen wordt.

2.Kennis over AB

Kennis rond indicaties voor antibiotica

.FG 3, Patiënt D: (vrouw 67j)

Ja, ik ken dat verschil wel, voor een longontsteking mag het wel.

FG 3, Patiënt C: (vrouw 36j)

Het werkt alleen bij bacteriën.

FG 3, Patiënt A: (man 28j)

Ik kan me niet voorstellen dat ik het alleen krijg bij bacteriën, is het niet dat het ook een beetje helpt op virussen?

FG 2, Patiënt c: (vrouw 42j)

ik denk dat er fabeltjes zijn dat groen snot een bacterie zou zijn, helder=virus? en als er koorts is, is het een bacterie en anders lagere koorts.

FG 1, Patiënt 1: (vrouw 36j)

Ja weinig mensen weten dat een verkoudheid een virus is. Wat noem je verkouden en wat een bronchitis?

Bij de meeste deelnemende patiënten blijkt de kennis rond indicatie aanwezig te zijn. Ze lijken op de hoogte van het verschil tussen virus en bacterie. Ze weten dat voor een longontsteking AB wel op zijn plaats is. Ze geven evenwel aan dat die kennis toch nog niet heerst bij iedereen. Dit wordt bevestigd doordat iemand aangeeft dat AB ook werkt voor virussen.

Vaagheid in diagnose bij bacteriële infecties

FG 1, Patiënt 3: (man 53j)

Wat doe je als je drie weken hoest en het wordt erger, maar het is toch geen bacteriële infectie. Ik begrijp het dat het vroeger te vaak is voorgeschreven...ook wanneer niet nodig, er is een stuk ertussen! Hoe lang moet je ziek zijn?

FG 1, Patiënt 1: (vrouw 36j)

Ja dat is het probleem he, moeilijke diagnose, hoest kan lang aanslepen zonder bacterie!

FG 1, Patiënt 3: (man 53j)

Ik heb het gevoel dat er soms heel lang gewacht wordt met AB voorschrijven en ik voel me daar niet zo goed bij, diagnose is moeilijk niet? Vaag gevoel

FG 2, Patiënt c: (vrouw 42j, moeder)

Met kinderen ga ik naar St-Vincentiusziekenhuis: dan weten ze het direct na een bloedprikje. CRP bepaling? Gerust gevoel. Duidelijkheid nodig maar meestal wazig verhaal.

FG 1, Patiënt 3: (man 53j)

In september bijvoorbeeld, ik heb dan toch eens AB moeten nemen, ik moest het zelf beslissen. Uitgesteld voorschrift, ik heb het uiteindelijk toch genomen? misschien toch geholpen?

Wat opvalt is dat patiënten aanvoelen dat de diagnose van een bacteriële infectie niet altijd even eenduidig is voor artsen. Het blijft een vage beslissing volgens patiënten. Patiënten geven aan dat ze verder onderzoek zoals een bloedprikje wel waarderen als er onduidelijkheid is. Mensen worden soms bang van het onzekere en het ziek zijn in het algemeen en willen duidelijkheid. Deze onzekerheid uit zich ook in het meegeven van de uitgestelde AB voorschriften. De patiënt mag hier dan zelf beslissen of hij het start of niet?

Kennis over AB-resistentie

FG 2, Patiënt a: (vrouw 39j)

Bedoel je de term resistentie?het feit dat er vroeger veel/onnodig veel AB is gebruikt, dat die effecten dan niet meer zijn wat ze zouden moeten zijn. Die virussen of bacteriën? Bacteriën hebben resistentie.

FG 2, Patiënt c: (vrouw 42j)

Reëel probleem, beangstigend, kuren nemen en slaan niet aan. In deze praktijk is het goed, maar in het ZH soms echt veel AB gegeven, ze kijken er niet zo naar. Infuus meer of minder, wel andere situatie.

FG 1, Patiënt 2: (vrouw 58j)

Er zit overal AB in, in vlees,... op de duur wordt de MENS er resistent aan en dan help het niet meer.

FG 2, Patiënt a: (vrouw 39j)

Media: AB zit in vlees enzo. ziekenhuis-bacterie(ZH-bacterie) en dat wordt toch altijd gekaderd in te vaak voorschrijven van AB ...kan zorgen voor overlijden.

FG 2, Patiënt b: (vrouw 36j)

Iets waar we toch bang voor zijn, ziekenhuis-bacterie,die toch wel voorkomen en die is resistent!

FG 1, Patiënt 1 (vrouw 36j, apotheker van opleiding):

Ja want te laag gedoseerd is niet goed, dan...ook resistent.

FG 2, Patiënt a: (vrouw 39j)

Ik vind wat je daarjuist zei ook interessant. Dat het niet uitnemen ook resistentie in hand werkt. Ik had het nooit zo begrepen.

FG 2, Patiënt b (vrouw 36j, academische master):

Groot belang van uitnemen is naar andere toe. Patiënt in de casus die stopt met AB kuur omdat hij zich beter voelt is er wel goed mee maar brengt andere mensen in gevaar. Morele kwestie. Zoals vaccinaties.(scholing)

FG 1, Patiënt 3: (man 53j)

Resistentie, ik heb er nog nooit mee te maken gehad.

FG 1, Patiënt 5: (man 79j)

Als ge het moet pakken moet ge het pakken. Ik heb geen last van resistentie.

FG 2, Patiënt b: (vrouw 36j)

The bigger picture ik heb dat eens op een documentaire gezien. Weet dat ik er eens over gediscussieerd, resistent is een verwarrende term. Eerste zicht lijkt het positief. Mensen denken soms dat zij resistent zijn en dat is goed niet?

FG 3, Patiënt D: (vrouw 67j)

Beetje onverantwoord, als een arts spreekt van een longontsteking bij zo'n jong kind, niet aan twijfelen en strikt opvolgen. Het is toch voldoende bekend dat je AB correct moet innemen, en volledig moet innemen.

Uit de focusgroepgesprekken blijkt dat mensen het begrip resistentie kennen en beseffen dat resistentie een gevaar is. Meerdere aanwezigen halen de ziekenhuisbacterie aan. Ze linken het aan overmatig gebruik en aanwezigheid in vlees. Voor één patiënt is het verwarrend of resistentie nu positief of negatief is. De meeste zien echter niet in dat zij zelf een rol kunnen spelen om de resistentie in te dijken. Hoewel sommigen goed op de hoogte zijn en beseffen dat het een maatschappelijk probleem is, hebben anderen die inzichten niet en bekijken het vanuit een individueel standpunt. Mensen zeggen dit als ze er nog niet mee te maken hebben gehad. Ze hebben nog te weinig inzichten in het feit dat de juiste dosissen en de uitname van de AB kuur een bijdrage kunnen leveren in de strijd tegen resistentie. Het uitnemen van de kuur zit er soms wel ingebakken maar mensen beseffen niet steeds waarom dit moet.

3. Attitude

Betrokkenheid

FG 1, Patiënt 3: (man 53j)

Therapietrouw, meer te maken met attitude, ik vind dat niet moeilijk, als je dat moet pakken, dan pak je dat.

FG 3, Patiënt E: (vrouw 73j)

Dat verschilt persoon tot persoon. Mijn dochter ook, ... 4 weken met een valling rondlopen is ook niet goed... dochter vraagt AB, Als ze AB krijgt dan neemt ze het wel uit.

FG1, Patiënt 5: (man 79j)

Wat de dokter zegt, dat doen we anders moet je er niet heen gaan, generatie ouderen luisteren naar arts. Als de dokter zegt dat je het moet doen, ja natuurlijk, als hij zegt 3 keer per dag dan is het drie keer per dag.

Enkele deelnemers vermelden dat het goed innemen van medicatie te maken heeft met attitude die je kan hebben t.o.v. arts en therapie. Meeste aanwezigen gaven aan betrokken en meegaande patiënten te zijn die luisteren naar wat de dokter zegt.

Vergetelheid

FG 3, Patiënt C: (vrouw 36 jaar)

Als je geen regelmatige pillenslikker bent, wij vergeten dat dan vaak, omdat wij zo weinig medicamenten nemen, wij vergeten dat vaak. Een alarm instellen, maar... ik kan mij inbeelden gemakkelijker als je er meerdere moet innemen. Mensen die andere medicatie nemen, betere gewoonte?

FG 3, Patiënt E: (vrouw 73 jaar):

Jaja, als ik 's morgens opsta dan is het automatisch pillen slikken, vroeger nam ik niks, in het begin van medicatie ook moeilijk.

Medicatie vergeten omdat het geen gewoonte is, komt ook voor. Een oudere dame bevestigt dat ze heeft moeten gewoon worden aan het dagelijks nemen van medicatie.

4.Ziekteverloop

Ernst ziekte

FG 2, Patiënt b: (vrouw 36j, zwanger):

Ja ik ben zwanger, maar je wil kindje niet in gevaar brengen, en dan doe je dat echt wel goed, voorzichtig, schrijf je dat in agenda dan...

Wij hebben in deze case (pneumonie)gezet, als de dokter het zegt dacht ik, jawel. Ik had vroeger heel veel AB gekregen. Therapietrouw meer gelinkt aan ernst ziekte.

De ernst van de ziekte en de mogelijke gevolgen spelen ook een rol in het goed innemen van medicatie. Zwangere vrouwen houden ook rekening met de gevolgen voor hun baby.

Beter voelen

FG 2, Patiënt a: (vrouw, 39j)

Misschien dat de arts door te zeggen, ik ga geen risico nemen, 't is voor zeker te zijn. Arts minimaliseren dus sneller stoppen. Als je u dan beter voelt stoppen. Ik zou het nooit doen.

De communicatie van de arts omtrent het belang van uitnemen is belangrijk. In casus 3 (zie bijlage) werd dit niet goed toegelicht door de arts waardoor het stoppen met de AB-kuur een realistisch gevaar kan zijn wanneer de patiënt zich beter voelt.

5.Relatie

Interactie arts

FG 1, Patiënt 4: (vrouw 65j)

Hij mag niet stoppen met therapie, hij moet eerst terug naar de dokter komen, wat zegt arts? hij mag dat niet doen.

FG 3, Patiënt B: (man 43j)

Wij doen het vaker nu, met de telefoon, telefonisch spreekuur: het ziet er zo uit, wat zouden we doen, het gaat toch puur om vertrouwensrelatie arts – patiënt.

FG 1, Patiënt 5: (man 79j)

Als de dokter zegt dat je het moet doen, ja natuurlijk, als hij zegt 3 keer per dag dan is het drie keer per dag.

FG 3, Patiënt B: (man 43j)

Ja, maar hier zijn strikte afspraken, iedere arts even snel AB geven hier, je hebt relatie met praktijk.

Uit de focusgroepgesprekken bleek duidelijk dat de arts zou betrokken worden bij negatieve ervaringen met een AB-therapie. Patiënten luisteren naar hun arts omdat ze veel belang hechten aan de relatie met de arts. Het feit dat je kiest voor een arts of een praktijk wil zeggen dat je ze vertrouwt en je best zal doen om te doen wat ze vragen.

Interactie apotheek

FG 1, Patiënt 5: (man 79j)

Apotheek schrijft gegevens van arts altijd op medicatie.

FG 2, Patiënt a: (vrouw 39j)

Apotheek zegt het er altijd nog wel eens bij, zeker de fles uitpakken. Het is AB, je moet het uitnemen. Apotheek zou nooit ingaan tegen voorschrift van arts. Uitname is gedrild.

FG 3, Patiënt B: (man 43j)

Zowel arts als apotheek vertrouwen. Apotheek belde met arts en dat vond ik echt wel goed. Communicatie zeer goed, is belangrijk.

FG 1, Patiënt 4: (vrouw 65j)

Ja, apothekers zeggen het duidelijk of bij het eten, ... niet bij echt zware maaltijd. Best bij eten. Ja, de apotheek geeft ook goed de uitleg.

FG 3, Patiënt A: (man 28j)

Altijd minder vertrouwen in apotheek dan in arts.

Patiënten hechten ook belang aan de apotheekvisite en zijn in het algemeen erg tevreden over info die ze krijgen in de apotheek. Ook de interactie tussen arts en apotheek wordt als belangrijk aanzien. Eén iemand geeft echter aan dat hij minder vertrouwen heeft in apotheek in vergelijking met arts.

7.2.2 Inzichten volgens Arts

1. Kennis over AB

FG 2, Arts 3:

Veel mensen met griep die toch nog langskomen voor hun doosje AB.

FG 2, Arts 1:

Maar toch veel mensen op de hoogte. Opvallend goede kennis.

FG 1, Arts B:

Herkenbaar. Zeker publiek van ouders die er heel bewust mee omgaat, bij dit publiek moeten we benadrukken dat het nodig is.

FG 1, Arts I:

Soms omgekeerde effect, oh, nee, toch geen AB! Er zijn veel pro's veel contra's. Er is geen grijze zone. Irrationele reactie.

FG 1, Arts F:

Mensen zijn bewust (virus en bacterie), maar denken nog in patronen vb. Bronchitis = AB, groene slijmen = AB.

De artsen uit de focusgroepgesprekken vinden kennis bij patiënten uiteenlopend. De afgelopen jaren hebben ze twee groepen zien ontstaan: de 'believers' en de 'non believers' van de AB-kuur. De 'non-believers' zijn vaak goed op de hoogte van AB maar hebben een afkeer gekregen t.o.v. AB, wat het moeilijk zou kunnen maken als de persoon in kwestie wel AB nodig heeft. Die weerstand zou averechts kunnen werken als men goede therapietrouw beoogt. De 'believers' zien AB nog steeds als dé uitvinding van de vorige eeuw. AB worden door hen vaak aanzien als de oplossing voor (bijna) alles. Volgens artsen weten patiënten wel dat er een verschil is tussen bacterie en virus maar denken ze nog te vaak in aandoeningen.

7.2.3 Inzichten volgens apotheek

1. Kennis over AB

FG 1, Apotheker 3:

Oudere generatie: AB tegen hoest. Dat moet je ontkrachten, infectie virus-bacterie.

FG 1, Apotheker 4:

Citaat van patiënt die bij deze apotheek kwam: Nu ben ik al drie keer geweest bij arts met hoest en nog altijd geen AB gekregen.

FG 1, Apotheker 8:

Er zijn patiënten die naar verschillende artsen gaan totdat ze AB krijgen Met het verhaal: bij mijn vriendin heeft het ook geholpen en die had hetzelfde dus zal het voor mij ook helpen. Zij kreeg AB... Toch het gevoel dat er 2 groepen zijn: patiënten die bang zijn van cortison/ab en andere patiënten smeken erom.

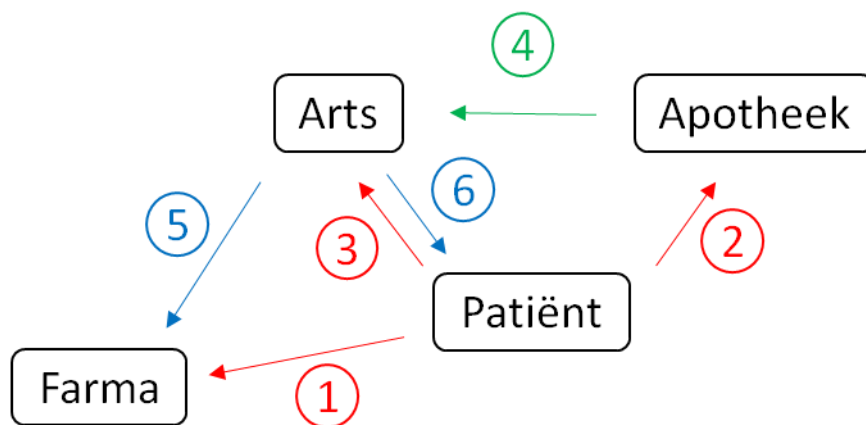
FG 1, Apotheker 1:

Niet iedereen kent verschil tussen bacterie en virus. Patiënten vragen aan mij welke arts er makkelijk AB voorschrijft. Bij meeste blijft AB een wondermiddel.

Alle aanwezige apothekers ervaren nog steeds het verhaal van de meestal oudere mensen die het gevoel hebben niet te zullen genezen zonder AB. Deze mensen blijven doktershoppen tot ze AB te pakken krijgen. Toch ervaren ze ook twee groepen mensen zoals werd aangehaald in de gesprekken van de artsen. De 'non-believers', die bang zijn van AB en de 'believers' die er om blijven smeken.

7.3 Interventies en suggesties

In Figuur 3 zijn de mogelijke interventies weergegeven die aangehaald werden door de verschillende actoren tijdens de gesprekken.



Figuur 3: Overzicht van de mogelijke interventies door de verschillende actoren. In rood zijn de suggesties van de patiënt weergegeven, in groen die van de apotheek en in blauw die van de arts. 1) De patiënt wil dat de lay-out van de AB-pilstrip gebruiksvriendelijker wordt. 2) Aan de apotheker wordt gevraagd voor betere opvolgmethodes en duidelijke informatie, bijvoorbeeld aan de hand van een folder. 3) Opvolging van symptomen en duidelijke informatie over het waarom van goed uitnemen zijn vragen voor de arts. 4) De apotheker vraagt aan de arts om het voorschrift met een duidelijk therapievoorstel te verzorgen, zodat zij deze instructies voor de patiënt kunnen herhalen. 5) De arts wil de verpakking zien veranderen volgens de BAP-COC richtlijn. 6) Bovendien wil de arts extra informatie aanbieden aan de patiënt, bijvoorbeeld door middel van websites, en de nadruk leggen op het voldoende herhalen van de informatie.

7.3.1 Inzichten volgens patiënt

De interventies die gebruikt werden in het interventieonderzoek van Barbara Franck rond AB-therapietrouw, werden voorgelegd aan de deelnemers van alle focusgroepgesprekken. Het was enerzijds een sticker die op het AB-doosje kon gekleefd worden om de innames te registreren en anderzijds een folder die opgesteld werd met meer uitleg waarom de uitname en correcte inname zo van belang zijn. Van hieruit werd het gesprek rond suggesties en interventies opgestart.

Informatie geven

FG 2, Patiënt a: (vrouw 39j)

In lekentaal levenscyclus van bacteriën als extra zodat men het weet. Zeggen waarom verspreid en 3x per dag.

FG 2, Patiënt b: (vrouw 36j)

Nieuw inzicht in frequentie ook van belang. Beknopt in folder en uitgebreider naar website. Veel surfen maar je weet niet wat betrouwbaar is.

FG3, Patiënt D: (vrouw 67j)

Ja ik vind dat wel belangrijk extra info te verkrijgen, ik persoonlijk wel, ipv alleen de boodschap punt gedaan, wel interessant om aan te bieden.

FG3, Patiënt D: (vrouw 67j)

De arts die kan overtuigen. De boodschap van de arts is hier toch het belangrijkste.

FG 2, Patiënt b: (vrouw 36j)

Ik zou willen weten om de hoeveel uur AB geven en waarom, nieuw inzicht in frequentie ook van belang .Beknopt in folder en uitgebreider naar website. Veel surfen maar je weet niet wat betrouwbaar is?

FG 3, Patiënt C: (vrouw 36j)

Apotheker zou sticker en folder kunnen aanbieden bij een uitleg die ze geven.

De patiënt ervaart een nood aan uitleg over het waarom een goede frequentie en het uitnemen belangrijk zijn. De arts speelt hier voor hen een belangrijke rol in. Moest er een folder worden meegegeven kan dit voor hen evenwel ook door de apotheek gebeuren. De patiënt verkiest hier weliswaar voor een beknopte versie. Sommigen geven aan dat ze een folder snel zouden kwijtspelen.

Opvolging

FG 3, Patiënt C: (vrouw 36j)

Kan je de verpakking niet gewoon zo ontwerpen volgens stickerprincipe? Zoals pildesign?

FG 3, Patiënt D: (vrouw 67j)

Sticker lijkt me wel wat, soms kan dat is gebeuren dat je zo denkt, heb ik dat nu genomen, dan moet je beginnen tellen.

FG 3, Patiënt B: (man 43j, papa)

Voor kinderen; stickers plakken,soort gedragstherapie. AB APP met ventjes doodprikken.

FG 1, Patiënt 3: (man 53j)

Vroeger was dat meer zo,controleren, mijn dokter deed dat vroeger: als het niet beter is, moet je terugkomen.

Er wordt voorgesteld om de lay-out van de verpakking van de AB-doosjes te wijzigen. Hierbij wordt gesuggereerd om de dagen en het aantal innames per dag op de strip weer te geven. Het design zou vergelijkbaar kunnen zijn met dat van de anti-conceptiepil. Voor kinderen zou kunnen gewerkt worden aan applicaties voor smartphones of stickers waarmee ze bacteriën kunnen doden. Patiënten geven bovendien aan dat ze het niet erg zouden vinden om op controle te komen zodat de arts de evolutie van de symptomen en de therapie goed in het oog kan houden.

7.3.2 Inzichten volgens apotheek

Informatie geven

FG 1, Apotheker 4:

Dokters moeten het zeggen, apothekers leggen verder uit. zeker die periode blijven nemen ook al beter. Nevenwerkingen aankaarten: laten weten als ze het hebben en dan samen naar oplossing zoeken.

FG 1, Apotheker 1:

Compacte folder altijd goed en ipv sticker misschien op doosje zelf rooster zetten, Lay-out via firma's? sticker op doos hebben we reeds lange tijd gedaan.

FG 1, Apotheker 2:

We denken dat het goed is, dat patiënten het allemaal weten, maar in communicatie moet goed zijn, folder meegeven... veel mensen die niet goed kunnen luisteren. Meer info is dan niet erg. Herhaling werkt.

FG 1, Apotheker 3:

Motiveren waarom. Beeldspraak vlieg als je niet te hard klopt op vlieg dan is ze niet dood . Patiënten moeten een reden hebben waarom bepaalde duur te nemen, afhankelijk van wie voor jou staan, de waarom vraag wordt belangrijker voor mensen, motivatie zo stimuleren.

Apothekers doen hun best om voor te bereiden op nevenwerkingen. Ook de redenen voor een correcte therapie-inname proberen ze te benadrukken maar ze hopen dat het een herhaling is van wat artsen reeds aanhaalden. Een folder met beknopte informatie kan volgens hen nuttig zijn om de informatie nogmaals te herhalen.

Voorschrift

FG 1, Apotheker 5:

Op voorschrift vermelden 7 dagen= therapieduur! Onafhankelijk van doos. Voorschrift is communicatiemiddel.

FG 1, Apotheker 3:

Guidelines samenleggen van apothekers en van artsen, zelfde richtlijnen hanteren, staan we al veel beter.

FG 1, Apotheker 3:

Standaardisatie van het voorschrift. 10 dagen nemen en staat niet op vs en aan apotheek vragen hoelang nemen. Conflict.

FG 1, Apotheker 2:

Er staat niet altijd hetzelfde op het VS als wat de dokters tegen patiënten zeggen.

In het algemeen zijn de apothekers ervan overtuigd dat arts en apotheek samen voor een betere therapietrouw kunnen zorgen. Daar speelt het voorschrift volgens hen een belangrijke rol in, meer specifiek het subscribe-onderdeel (duur van therapie en frequentie) moet goed worden vermeld. Op die manier kunnen zij de informatie van de arts herhalen en benadrukken.

7.3.3 Inzichten volgens arts

Verpakking volgens richtlijn

FG 2, Arts 3:

Verpakkingen die juist zijn volgens richtlijn zou wel handig zijn. Te grote verpakkingen! Mensen starten soms wel zelf AB met restjes.

Artsen ergeren zich aan het feit dat de doosjes AB niet mooi zijn afgestemd op BAP-COC richtlijn. Hierdoor bestaat de kans dat mensen verward geraken.

Informatie geven

FG 1, Arts B:

Ik denk dat we er te vaak van uitgaan dat alles wat wij zeggen dat ze dat begrepen hebben en onthouden wordt.

FG 2, Arts 1:

Over AB geef ik nooit extra mee, vaak thuisarts voor andere zaken, misschien wel goed om te doen? Misschien ook over thuisarts iets over te vinden?

FG 2, Arts 3:

Als je 30 patiënten op een dag ziet; snel snel en dan geen info extra geven. Daarom is campagne beter.

FG 1, Arts A:

Misschien eerder een website en dan gedrukt op het medicament; website verwijzen.

Er bestaan zoveel websites.

Om extra informatie te geven zouden de artsen het internet willen inschakelen en betrouwbare websites aanbieden. Het is belangrijk voor artsen om te blijven beseffen dat patiënten vaak veel dingen niet begrijpen na consult en dat ze meer info nodig hebben. Ook tijdsgebrek in de huidige drukke huisartsgeneeskunde leidt ertoe dat men de goede uitleg misschien wel zou willen verschaffen, maar niet kan verschaffen. Daarom blijft volgens artsen het voeren van campagnes heel belangrijk. De artsen zijn enthousiast over de folder maar zien het niet als hun taak om deze te verdelen.

7.4 Triangulatie-resultaten

Wanneer de citaten van de drie actoren (arts, patiënt, apotheker) samengebracht werden, werden interessante inzichten over verschillende thema's bekomen. De triangulatie van de resultaten is weergegeven in Tabel 10.

Vaagheid in de diagnose van de ziekte wordt door alle actoren sterk ervaren. De patiënt voelt aan dat de beslissing niet altijd eenduidig gemaakt kan worden. Iets wat bevestigd wordt door de artsen. Hierdoor blijven zowel arts als patiënt vaak achter met een knagend gevoel. De apotheker merkt dit op door het bestaan van twee voorschriften waarvan één zonder AB(plan A) en één met AB(plan B).

Er heerst veel verwarring omtrent het begrip 'uitnemen' van AB. Het uitnemen van de verpakking en het uitnemen van de AB-kuur, zijn hierbij verschillende begrippen, die voor de verwarring zorgen. Dit wordt gestimuleerd doordat de verpakking vaak niet is afgestemd op de nodige hoeveelheid waardoor er een rest achterblijft. Dit is vaak het geval bij AB in flesverpakking.

Apotheker en arts doen hun best om de AB-kuur aan te passen aan de dagdagelijkse situatie van de patiënt. Het blijft echter vaak moeilijk om alle praktische obstakels te overwinnen. Zeker in het geval van kinderen is dit zo, aangezien hier vaak meerdere personen instaan voor de toediening van AB.

Het sensibiliseren van de patiënt rond het bestaan van nevenwerkingen bij het opstarten van een AB-kuur door de arts en apotheker zijn belangrijk. Op die manier weet de patiënt wat hij kan verwachten. Ook het preventief voorschrijven van probiotica om de negatieve verschijnselen te milderen of voorkomen, kunnen een meerwaarde betekenen.

De arts vertrouwt vaak op het inzicht van de apotheker in verband met het berekenen van de correcte dosis. Daartegenover staat dat de apotheker juist een goed voorschrift verwacht van de arts om zo de juiste informatie te kunnen meedelen aan de patiënt. De richtlijnen van artsen en apotheken moeten in de eerste plaats afgestemd worden op elkaar. Een goede en vlotte samenwerking tussen arts en apotheek wordt ook door de patiënt hoog ingeschat.

Tabel 10: Triangulatie resultaten.

	Arts	Apotheek	Patiënt
Vaagheid in diagnose	FG 2, Arts 1: Als arts gevoel dat als ze er echt al naar komen vragen dan eerder de neiging om dit niet te geven, niet correct, KO /anamnese of bloedname/RX proberen doen maar blijft moeilijke inschatting, pt soms wel gelijk achteraf, vervelend.	FG 1, Apotheker 8: In West-Vlaanderen geven artsen vaak twee voorschriften mee, VS 1:hoestsiroop en uitgesteld ab vs, geen datumverval, wel nummer 1 en 2 symptomen waar ze op moeten letten.	FG 1, Patiënt 3: Ik heb het gevoel dat er soms heel lang gewacht wordt met ab voorschrijven en ik voel me daar niet zo goed bij, diagnose is moeilijk niet? Vaag gevoel. FG 2, Patiënt c: Met kinderen naar St-Vinc: dan weten ze het direct na een bloedprikje. CRP bepaling. Gerust gevoel. Duidelijkheid nodig maar meestal wazig verhaal.
Wat is uitnemen?	FG 2, Arts 1: Doosjes 24 tabletten en hebben maar 21 nodig. Dus nadruk op therapie uitnemen.	FG 1, Apotheker 3: Vaag soms, fles per gewicht, 5d nemen maar fles is niet op, wat dan?mensen horen uitnemen dus zijn in de war(geen duidelijk verhaal) FG 1, Apotheker 8: Ja maar vertel mij eens waarom artsen doosjes van 20 en 24 tabletten voorschrijven en daarbij 7 dagen opschrijven (21 tabletten nodig) of 8 dagen uitnemen,...verwarrend?	FG 2, Patiënt b: Wij hebben dat probleem wel gehad, moet het uit, of moet de fles uit. De apotheker is er niet duidelijk in. Komt niet uit, fles= veel verwarring. Niet weten wanneer begonnen, wanneer nemen?. Zoveel nemen,en overschot in fles, fles is moeilijk, daar komt het niet altijd op hele fles. Gewicht navragen: 6-7d die hoeveelheid per dag, hiervan niet op de hoogte, duur.

	Arts	Apotheek	Patiënt
Praktische zaken	FG 1, Arts I: <i>Praktische probleem niet onderschatten. Gescheiden ouders, Kinderen bij crèche, bij grootouders bij... Flesje blijft wel ergens staan. Moeilijk voor gezin in die fase, Soms schrijf ik meerdere flesjes voor(een in school en 1 thuis), wel meer medicatie, maar... Soms misschien overschakelen naar 1 dosis-AB?</i>	FG 1, Apotheker 2: <i>Beter om de 8 uur accentueren ipv bij eten. Niet bij eten perse, veel artsen schrijven dat er ook nog bij op voorschrift, ergens voor en na slapen en in midden in dag.</i>	FG 2, Patiënt a: <i>Structureel alleen 's morgens en 's avonds zou ik dat niet doen. Ik herken mij er wel in, niet structureel, als dat eens gebeurt is dat zo. Het moet gewoon op, Ik zou de fles wel helemaal uitgeven maar dan duurt het wat langer! Dat gebeurt wel.</i>
Nevenwerking	FG 1, Arts I: <i>Mensen bellen mij wel op met nevenwerkingen: "Moet ik het doornemen?"</i> FG 1, Arts D: <i>Ik bereid dat voor: symptomen die kunnen blijven duren en nevenwerkingen uitleggen; je zal waarschijnlijk diarree krijgen.</i> FG 1, Arts H: <i>Soms probioticum opstarten als ze vorige keer last hebben gehad.</i>	FG 1, Apotheker 5: <i>We herhalen diarree, meestal valt mee bij amoxi, meer last bij amoxiclav. Vaginale schimmel, zeggen wij ook, soms moeilijk om te vertellen.</i> FG 1, Apotheker 3: <i>Het is wel nodig om probiotica bij te geven. Stelselmatig bijgeven. Zeker als langer moeten nemen.</i>	FG 2, Patiënt 3: <i>Therapietrouw, meer te maken met attitude, ik vind dat niet moeilijk, als je dat moet pakken, dan pak je dat. Tenzij dat je er bijwerkingen van krijgt, als de kuur erger wordt dan de kwaal. (vb diarree) Ik vind dat persoonlijk niet moeilijk om het uit te pakken.</i>

	Arts	Apotheek	Patiënt
Wisselwerking arts-apotheek	FG 2, Arts 1: <i>Geen communicatie rond ab vs met apotheek meestal, duidelijk VS maken is goed begin.</i> FG 2, Arts 1: <i>Computerprogramma medidoc geeft hoeveelheid aan maar komt niet overeen met bapcoc, indien geen tijd toch wel gewoon mg per gewicht opschrijven en dan hopen dat apothekers dit goed berekenen. Voorschrift = communicatiemiddel.</i> FG 1, Arts D: <i>Apothekers geven vaak info die verkeerd is. Over dosissen, over nu weer AB, of 'heeft u geen AB nodig' en net van bij arts gekomen. Of is dit omdat ik HAIO ben?</i>	FG 1, Apotheker 5: <i>Op voorschrift vermelden 7 dagen, soms niet vermeld=therapieduur!onafhankelijk van doos. Voorschrift is communicatiemiddel.</i> FG 1, Apotheker 3: <i>Guidelines samenleggen van apothekers en van artsen, zelfde richtlijnen hanteren, staan we al veel beter.</i>	FG 3, Patiënt B: <i>Allebei vertrouwen. Apotheek belde met arts en dat vond ik echt wel goed. Communicatie zeer goed=belangrijk.</i> FG 1, Patiënt 5: <i>Apotheek schrijft gegevens van arts altijd op medicatie.</i>

8. Discussie

8.1 Essentiële bevindingen

Factoren die aan bod komen tijdens de focusgroepgesprekken met de patiënten en die een invloed hebben op de AB-therapietrouw zijn 1. eigenschappen van AB-therapie (nevenwerkingen, toediening en frequentie), 2. kennis (indicatie en resistentie), 3. attitude (vergetelheid en betrokkenheid), 4. ziekteverloop (ernst en beter voelen) en 5. relatie tussen arts-patiënt en apotheek-patiënt.

De kennis rond indicatie van AB lijkt overwegend goed. Toch valt het op dat patiënten aanvoelen dat de diagnose van een bacteriële infectie een vaag begrip is. Verder kennen mensen het begrip resistentie, ook al linken patiënten dit vooral aan overmatig gebruik en aanwezigheid van AB in onze voeding. Ze leggen niet meteen een verband met de rol die zij als patiënt daarin kunnen spelen. Vooral het mechanisme van resistentie lijkt onduidelijk te zijn voor patiënten. De patiënten leggen geen link tussen het door hen gekende begrip 'uittreken van AB' en AB-resistentie. Arts en apotheek spreken over een onderverdeling van patiënten: de 'believers' en 'non believers' van AB. De 'non believers' zullen AB zoveel mogelijk vermijden, zelfs wanneer ze het eigenlijk zouden moeten nemen. De 'believers' prijzen het product nog steeds de hemel in, ook wanneer inname niet aangewezen is.

De meeste patiënten geven aan nood te hebben aan beknopte informatie. Deze informatie zou zich voornamelijk moeten toespitsen op het waarom het van belang is de AB goed in te nemen. De informatie mag zowel door de arts als de apotheek verstrekt worden. Suggesties tot interventie kan men opdelen in opvolgmethodes en informatiebronnen. Artsen willen investeren in betrouwbare websites. Patiënten verkiezen het op controle-consultatie komen bij de arts of opvolgmethodes zoals kindvriendelijke applicaties voor smartphones. Ook de herhaling van informatie door arts en apotheek blijft nuttig in het verhaal van AB-therapietrouw. De communicatie tussen apotheek en arts omtrent wat het begrip uittreken juist inhoudt, is ook van belang om betere inname bij patiënt te kunnen bekomen. Om dit te verduidelijken moet volgens de apotheek de kwaliteit van het voorschrijfgedrag verbeteren. Tot slot wordt er door de patiënt en de arts geknipoogd naar de interventies die de farmaceutische sector zouden kunnen uitvoeren. De patiënt suggereert een handige lay-out (vergelijkbaar met pildesign) voor de verpakking van AB en de arts zou het op prijs stellen om doosjes te hebben die aantallen bevatten die gelijk lopen met de BAP-COC richtlijn.

8.2 Plaatsing van de resultaten in de gekende literatuur

Aangezien de uit de literatuur gekende risicofactoren van AB therapie-ontrouw verwerkt werden in de casussen, konden we deze factoren toetsen in de focusgroepgesprekken. Meerdere factoren werden ook bevestigd in de focusgroepgesprekken. Het feit dat de AB-kuur een invloed kan hebben op het dagelijks leven en andersom dat het dagelijks leven een invloed kan hebben op de AB-kuur wordt duidelijk uit de gesprekken. Zaken als toedieningsvorm(11, 26), nevenwerkingen (12) (17) (18) (19) (11) en frequentie van therapie (11) (12) (20) (22) (13) kwamen tijdens de gesprekken hierbij op de voorgrond. Invloed van de ernst van ziekte(11) (16) en beterschap tijdens de AB-kuur(17) (18) (19) werden ook bevestigd in het onderzoek als invloedrijke factoren. Ernst van de ziekte zou therapietrouw verbeteren volgens patiënten terwijl beterschap tijdens de ziekte het risico vergroot op vroegtijdig stoppen.

De kennis rond AB werd op twee vlakken onderzocht in dit onderzoek: enerzijds indicatie van AB en anderzijds resistentie van AB. De kennis rond AB zou een invloed hebben op therapietrouw. Zo moesten in een studie uit Hong kong voorbijgangers drie kennisvragen over AB beantwoorden (over indicatie, resistentie en uitname). Men concludeerde dat kennis een positieve invloed had op de therapietrouw (15). Ook al liet het studieopzet van deze studie niet toe om gelijkaardige conclusies te trekken, toch kon aan de hand van open vragen dieper ingegaan worden op het thema kennis rond AB. Wat opvalt is dat patiënten aanvoelen dat de diagnose van een bacteriële infectie niet altijd even gemakkelijk is. Dit gevoel van vaagheid rond de diagnose zou zich kunnen uiten in een twijfelachtige therapietrouw door de patiënt aangezien de arts geen zekerheid vertoont in zijn diagnose. Die vaagheid is waarschijnlijk ontstaan omdat de artsen nog steeds geen goede praktische tool hebben in de praktijk die kan uitmaken of AB nodig is of niet. Dit standpunt werd reeds aangehaald in een eerdere studie (4). Aangezien het voorschrijfgedrag van de artsen flink gecontroleerd wordt in kader van resistentiepreventie zou de twijfel bij arts soms te hard op de voorgrond kunnen treden. In situaties waar AB toch wordt opgestart bestaat de kans dat er onduidelijk gecommuniceerd wordt.

De kennis rond resistentie is twijfelachtig. Mensen hebben al van het begrip gehoord maar hebben nog te weinig info over het mechanisme hieromtrent. Ook in de literatuur wordt gesuggereerd dat het verspreiden van kennis rond resistentie nodig is in komende campagnes.(30)

Enkele patiënten bespraken ook de rol van de attitude van de patiënt t.o.v. therapie (of t.o.v. arts). Verschillende attitudes worden in de literatuur opgedeeld in zes groepen die telkens een bepaald standpunt innemen t.o.v. hun AB-kuur (14). Bij één van de zes groepen vergeet men per ongeluk om zijn medicatie te nemen. Vergetelheid kwam tijdens de gespreken ook naar boven als reden van slechte inname (17) (18) (19). Meerdere mensen leken ook meegand of betrokken bij hun therapie zoals beschreven in de literatuur, de manier waarop de interactie arts-patiënt loopt heeft een invloed op de inname (13). Zoals deze studie doet vermoeden, is het vertrouwen in de arts een belangrijke factor voor therapietrouw. Dit wordt ook beschreven in studie van Andre et al.(30). Aandacht voor communicatie tussen arts en patiënt werd reeds vaak als conclusie aangebracht en blijft een werkpunt in het verhaal van therapietrouw (31). Over de interactie van patiënt met apotheek bij acute infecties is minder beschreven in de literatuur. De aanwezigen zien hen evenwel zeker als een meerwaarde in het proces.

Door de goede educatie rond indicatie van AB de laatste jaren, is er in de loop van de tijd een groep mensen die zeer sceptisch zijn geworden tegenover AB. De 'non believers' zullen AB zoveel mogelijk vermijden, wat een gevaar zou kunnen zijn indien AB-inname noodzakelijk is. Als het dan wel nodig is, zou het misschien ook kunnen dat ze AB minder goed zullen uitnemen.

De mogelijke interventies die patiënt, arts en apotheek aanhaalden waren verscheiden. Een rode draad doorheen het verhaal is informatie en educatie. De patiënt wil uitleg en de arts en de apotheek zijn bereid deze informatie te geven, weliswaar beknopt. Zij staan open om hulpmiddelen hiervoor te gebruiken en aan te bieden. Patiënten zouden graag info verkrijgen over waarom correcte inname van AB zo belangrijk is. Ook praktische informatie over hoe en wanneer in te nemen en transparante informatie over hoeveelheid en frequentie van therapie zijn zeker welkom. De studie van McMahon (32) beschreef dat een spuitje waar de juiste dosis op aangeduid staat een positieve invloed heeft op AB-inname. Hoe de informatie kan meegegeven worden is mondeling, via websites of folders

(geschreven info). Herhaling van de informatie kan daarbij geen kwaad. Verbale info die gecombineerd wordt met geschreven informatie (mogelijks folder) geeft een betere therapietrouw (18). Patiënten staan ook open voor hulpmiddelen bij de inname, zoals de applicaties voor smartphones om bacteriën samen met hun kinderen te doden iedere keer als ze een pilletje innemen. Een studie die een automatisch sms-systeem gebruikte om patiënten eraan te herinneren om hun medicatie correct in te nemen bleek echter geen significante verbetering te geven op de therapietrouw (22). De patiënt geeft aan dat hij het niet erg zou vinden om opgevolgd te worden in zijn AB-therapie. Er is geweten dat interventies bij tonsillitis zoals educatie en telefonisch controle een betere uitkomst geven van de therapietrouw dan enkel educatie (19).

De samenwerking tussen apotheek en arts komt nog als een zwakke schakel over die misschien nog kan verbeteren. Vooral het voorschrift als communicatiemiddel mag niet onderschat worden. Ook het vertrouwen tussen beiden is van belang. In de literatuur wordt er beschreven welke factoren de onderlinge samenwerking beïnvloeden en welke pijnpunten er nog bestaan. Het zwakke voorschrijfgedrag van de arts komt daar ook in naar voren (33).

8.3 Sterktes en zwaktes

Een onderzoek rond therapietrouw in het algemeen blijft een uitdaging. Het is namelijk moeilijk om therapietrouw te objectiveren. Er bestaan verschillende manieren om uitname of correcte inname te bepalen, de meest objectieve manier is het systeem van MEMS (Medication Event Monitoring System) (34). In deze kwalitatieve studie daarentegen werd meer de nadruk gelegd op de inleving in situaties en werden de patiënten niet geviseerd op hun eigen gebruik. Een meerwaarde was dat ze recent ook in de situatie zaten dat AB nodig was. Zo was de inleving in de voorgelegde casussen dichterbij. Het focusgroepgesprek werd gekozen aangezien men aantoonde dat mensen in groep eerder meer over hun ervaringen in discussievorm gaan vertellen tegenover bij een één-tot-één gesprekken. De belangrijkste voordelen van deze methode zijn de betrokkenheid van de deelnemers, de eerder beperkte tijdsinvestering van de deelnemers, het verkrijgen van zeer veel informatie op relatief korte tijd en de relatief lage kosten (35). Daar bovenop is deze studie de eerste kwalitatieve studie in België die handelt over AB-therapietrouw in de eerste lijn die zich specifiek richtte op de amoxicilline voorgeschreven bij luchtweginfecties. Een ander positief punt van de studie is dat we op zoek gingen naar belevingen bij de drie actoren die betrokken zijn bij therapietrouw: de arts, de apotheek en de patiënt.

Kwalitatief onderzoek vergt veel expertise, iets wat niet gezegd kon worden van moderator Lien Appelen, voor wie het het eerste kwalitatief onderzoek was en dus ook de eerste keren dat zij als moderator optrad. Het tweede focusgroepgesprek bestond bovendien maar uit drie deelnemers. Een extra kanttekening is dat mensen die deelnamen, interesse hadden in het thema waardoor de resultaten een vertekend beeld zouden kunnen geven. Patiënten werden geïncludeerd uit slechts twee verschillende praktijken die evidence based te werk gaan. Het geeft in dat opzicht geen beeld van een verscheiden populatie, noch die van de doorsnee huisartspraktijk. Wegens de tijdrovendheid van het onderzoek werd aan de focusgroepgesprekken met patiënten voorrang gegeven en werd slechts één apothekersgeprek en slechts twee gesprekken met artsen georganiseerd. Het gaf alvast meer inzichten uit verschillende hoeken maar hierdoor kon geen volledige datasaturatie bekomen worden.

8.4 Toekomst

Een vergelijkbare kwalitatieve studie op grotere schaal en met een meer uiteenlopend publiek zou nog meer verrijkend kunnen zijn. Ook de meerwaarde door het betrekken van de arts en de apotheek valt hierin niet te onderschatten. Er wordt in dit onderzoek enkel gefocust op amoxicilline gebruikt bij luchtweginfecties. Volgens BAP-COC kan dit ook geïndiceerd zijn bij tandabces en mastitis. Het zou interessant kunnen zijn om na te gaan of de inzichten bij deze indicaties dezelfde zouden zijn?. Ook de andere soorten AB die anders ingenomen hoeven te worden zouden andere resultaten kunnen geven.

In de toekomst zou het interessant kunnen zijn om het kwantitatieve luik met interventie (studie door Barabara Franck) en het kwalitatieve luik met focusgroepgesprekken meer met elkaar in contact te brengen. Hierbij zouden mensen die een interventie hebben ondergaan en dan nog ontrouw blijken te zijn, onderwerpen kunnen worden aan een focusgroepgesprek. Het doel van de toekomst moet zijn om concrete interventietools te kunnen ontwikkelen die effectief een betere therapietrouw kunnen bevorderen. Aan de hand van kwalitatief onderzoek kunnen die interventies op maat van de patiënt gemaakt worden, rekening houdend met het feit dat hulpverleners die bij deze interventies betrokken zijn, dit ook haalbaar achten.

9. Conclusie

Meerdere factoren die zorgen voor slechte AB-therapie gekend uit de literatuur worden bevestigd tijdens dit kwalitatief onderzoek. Daarenboven komt in dit onderzoek de positieve invloed van de apotheek op de AB-therapietrouw voor het eerst aan bod. Kennis over indicatie van AB lijkt overwegend goed. De kennis rond resistentie lijkt minder goed en toekomstige campagnes moeten zich hier meer op richten. Er blijft nood aan beknopte info over belang van correcte inname van AB. Opmerkelijk is dat patiënten de vaagheid rond de indicatie van een bacteriële infectie aanvoelen. Ook is er een groep mensen die weerstand bieden tegen AB-gebruik.

Meerdere suggesties tot interventies werden aangekaart. Interventies worden vooral verwacht op vlak van informatie geven aan de hand van websites, folder en herhaling door arts en apotheek. Opvolging tijdens AB-therapie met diverse hulpmiddelen lijkt ook een optie. Tot slot wordt er door patiënt en arts aan de farmaceutische sector gesuggereerd om de verpakkingen aan te passen.

10. Bijlages

10.1 Protocol

Titel: Antibioticabehandeling en therapietrouw van patiënten in de huisartspraktijk: een kwalitatief onderzoek.

Achtergrond: In de eerste maanden als HAIO heb ik meer dan eens patiënten gehad die een voorgestelde antibiotica (AB)-behandeling niet genomen hadden, te laag gedoseerd genomen hadden of vroegtijdig gestopt waren. Beperkte therapietrouw van AB kan zorgen voor het mislukken van therapie en leiden tot meer hospitalisaties (7). Het is bekend dat naast een beperking van het antibioticum-voorschrijfgedrag ook de correcte inname van een AB-behandeling een rol kan spelen in het indijken van de bacteriële resistentie.(9)

Patiënten lijken te weinig kennis te hebben over het belang van de juiste inname van AB. Mijn interesse gaat naar de nood van informatie bij de patiënten (over AB) en de vraag hoe er een betere therapietrouw kan bekomen worden.

Francis NA et al. (4) toonden aan dat er een beperkte therapietrouw is op het vlak van AB behandeling. In deze studie is gebleken dat ongeveer 60% zich niet volledig hield aan hun AB-kuur voor een lage luchtweginfectie. Redenen waarom AB niet goed werden genomen zijn verscheiden en blijven onduidelijk. Er werd voorgesteld dat de huisarts en goede informatie/communicatie een rol zou kunnen spelen in betere therapietrouw. Meerdere onderzoeken gebeurden al over therapietrouw inzake chronisch medicatiegebruik bij suikerziekte en/of een hoge bloeddruk. Dit onderzoek wil therapietrouw nagaan bij kort gebruik van medicatie, meer specifiek bij AB.

Vraagstelling/doelstelling

Welke factoren verklaren de gebrekkige therapietrouw van een antibioticumkuur?

Wat is hierbij de rol van de kennis over antibiotica bij patiënten?

Welke factoren zijn bruikbaar voor de ontwikkeling van een interventie, die kan zorgen voor een betere therapietrouw van een antibioticumkuur voor luchtweginfecties?

Methode: Een kwalitatief onderzoek bij patiënten aan wie AB werd voorgeschreven in het kader van een luchtweginfectie in de winterperiode 2013-2014 en 2014-2015. De patiënten worden verzameld in de huisartspraktijk, Korte Nieuwstraat, waar ik momenteel actief ben als HAIO. Ook in de praktijk waar ik volgend jaar actief zal zijn als HAIO en de praktijk waar mijn collega Barbara Franck momenteel HAIO is, bestaat de mogelijkheid om patiënten te includeren. Patiënten zullen telefonisch gecontacteerd worden nadat ze een antibioticum voorgeschreven kregen. De contactname zal gebeuren nadat de AB kuur voorbij is. Op die manier wordt de therapietrouw zo weinig mogelijk beïnvloed. Aan de telefoon zal compacte informatie over studie worden meegedeeld. We willen in eerste instantie vooral te weten komen of ze AB goed of slecht hebben genomen. Na het informeren, zullen ze worden uitgenodigd voor een groepsinterview, focusgroepgesprek. De patiënten zullen op de hoogte worden gebracht van de intenties van het onderzoek a.d.h.v. een informatieformulier en zullen gevraagd worden een toestemmingsformulier te ondertekenen om hun deelname te

bevestigen. Zowel patiënten die de AB-therapie correct innamen als diegenen die de AB incorrect innamen zullen worden uitgenodigd voor een gezamenlijk focusinterview. Afhankelijk van de respons zullen ook de patiënten die een voorschrift meekregen maar uiteindelijk geen AB innamen ook worden uitgenodigd op de groepsinterviews. Het doornemen van het informatieformulier en het ondertekenen van het toestemmingsformulier worden gepland op de avond wanneer het focusgroepgesprek wordt georganiseerd vooraleer het interview zal aanvangen.

Er zal ook affiche met uitleg over studie uithangen in wachtkamer zodat mensen die interesse hebben in het onderwerp vrijwillig zich kunnen aanmelden moesten ze onlangs AB hebben voorgeschreven gekregen.

Het doel is om drie focusgroepen te bekomen met telkens acht patiënten. Afhankelijk van de datasaturatie zullen er nog bijkomende focusgroepen worden samengesteld. De focusgroepen die ik uiteindelijk verzamel, bestaan ideaal uit mensen met een verscheiden achtergrond en uit verschillende leeftijdsgroepen van de samenleving. Deze verscheidenheid kan ik bepalen op basis van het patiëntendossier. Het interview zal geleid worden door mezelf en een collega interviewer.

Volgende onderwerpen zullen alvast besproken worden tijdens de interviews:

- waarom worden instructies stipt gevolgd, waarom niet
- informatie die patiënten kregen van arts en apotheek
- kennis over AB-behandeling
- nood aan informatie van patiënt over de behandeling
- welke interventie voor patiënt zou helpen (apotheek,arts,brochure,film,site,...)

Het interview zal op audio-band worden opgenomen en worden uitgetypt achteraf. Elke stelling krijgt een unieke code om ze nadien per thema te verzamelen. De identiteit van de deelnemers wordt eveneens onherkenbaar gemaakt via een code. De resultaten van de bevraging worden enkel gebruikt in het kader van deze studie en persoonlijke gegevens worden achteraf vernietigd. Dit alles gebeurt volgens de ethische regels met vrijwaren van de privacy en het beroepsgeheim. Het onderzoek werd goedgekeurd door de commissie medische ethiek van de Universiteit Antwerpen.

Maatschappelijke bijdrage: Het is van belang om op zoveel mogelijk manieren de resistentie van AB in te dijen. Er is reeds aangehaald dat de correcte inname van AB hierin een rol kan spelen(7). Het is daarom van belang een betere inname na te streven eens de arts de drempel bereikt om AB voor te schrijven. Verder is het vanuit sociaaleconomisch oogpunt van belang dat medicatie goed wordt uitgenomen aangezien de maatschappij deze medicatie mee financiert.

Voor-en nadelen: Dit onderzoek zal nieuwe inzichten creëren inzake de redenen van therapietrouw of ontrouw bij AB-inname. De beleving van de patiënt staat centraal en zal ons helpen inzien hoe patiënten denken over dit thema. We beogen informatie te verwerven over de manier waarop therapietrouw bij de inname van AB kan verbeterd worden in de praktijk. De opgedane kennis dient om een interventie te optimaliseren.

10.2 Goedkeuring Ethische Comité



UZA / Wilrijkstraat 10 / 2050 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 635
Tref: +32 3 821 40 00 / Fax: +32 3 821 05 20
www.uza.be / 850674.619.603



ETHISCH COMITÉ

Dr. B. MICHIELS
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Antibioticabehandeling en therapietrouw van patiënten in de huisartspraktijk: een kwalitatief onderzoek (manama huisartsgeneeskunde Lien Appelen)

Belgisch Registratienummer: B300201420826

datum:
7/04/2014

ons kennelijk:
14/3/87

aanheersu:
Annelies Van Looy / Kim Vermimmen
ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 7/04/2014.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- Informatie- en toestemmingsformulier NL versie 2 aangepaste versie 24/03/2014
- Protocol versie 2 aangepaste versie 24/03/2014

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. CRAS
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. L. APPELEN, Universiteit Antwerpen - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

10.3 Toestemmingsformulier

Titel: Antibioticabehandeling en therapietrouw van patiënten in de huisartspraktijk: een kwalitatief onderzoek.

Ik(naam van de patiënt)..... verklaar dat:

- ik over het onderzoek geïnformeerd werd
- het informatieformulier heb doorgenomen
- de gelegenheid heb gehad om vragen te stellen
- voldoende tijd heb gehad om na te denken over deelname

Ik geef toestemming tot:

- mijn deelname aan een interview omtrent de inname van een recente AB kuur.
- stellingen die ik ter sprake breng tijdens het interview, gecodeerd verwerkt mogen worden.

Ik weet dat ik ten allen tijde mijn toestemming kan intrekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft te geven. Mijn beslissing om wel of niet deel te nemen aan het onderzoek heeft geen enkele invloed op mijn behandeling en mijn zorg.

Gelieve vrijblijvend uw contactgegevens aan te vullen.

GSM:

Email:

Handtekening

Plaats :

Datum:

Naam onderzoeker: Lien Appelen

Handtekening

Promotoren: Dr Barbara Michiels, Dr Cramm Myrjam

Universiteit Antwerpen, Universiteitsplein 1, B2610 Antwerpen 03/265 29 43

10.4 Informatieformulier

Titel: Antibioticabehandeling en therapietrouw van patiënten in de huisartspraktijk: een kwalitatief onderzoek.

Inleiding

De laatste jaren is de medische wereld een strijd aan het voeren tegen de resistentie van antibiotica. De belangrijkste factor hierin is het beperken van het voorschrijven van antibiotica. Als de arts dan toch beslist om antibiotica voor te schrijven is het aan de patiënten om deze correct in te nemen. Als we als artsen willen dat onze patiënten deze medicatie correct innemen, is het van belang om te achterhalen waarom dit in sommige gevallen juist niet gebeurt.

In deze masterproef die ik uitvoer in het kader van mijn huisartsenopleiding, heb ik ervoor gekozen dit thema te onderzoeken. Ik zal patiënten, die omwille van een luchtweginfectie antibiotica voorgeschreven kregen door hun arts, contacteren en vragen om deel te nemen aan een groepsinterview. Tijdens dit interview worden de deelnemers uitgenodigd om te komen vertellen over hun ervaring bij de inname van het antibioticum. Vermits u aan deze voorwaarden voldoet vragen wij of u wenst deel te nemen aan dit onderzoek. Niet deelnemen zal geen gevolgen hebben voor uw behandeling en opvolging.

Voor u persoonlijk zal deze studie geen voordelen met zich meebrengen maar zal misschien wel uw kennis omtrent correct antibiotica-gebruik verhogen. Voor het grotere geheel zou dit onderzoek kunnen bijdragen tot een betere strategie om de juiste inname van een voorgeschreven antibioticum te promoten.

Het protocol van dit onderzoek werd voorgelegd aan het Ethisch Comité van het UA-UZA ter goedkeuring, wat uw beslissing geenszins mag beïnvloeden.

Onderzoekdoelstellingen

In dit onderzoek zijn we op zoek naar antwoorden op volgende vragen:

Waarom worden antibiotica niet altijd correct ingenomen en waarom wel?

Welke rol spelen arts en apotheker daarbij?

Hoe belangrijk is de juiste kennis over antibiotica?

Op welke manier zouden we de therapietrouw bij een antibioticumbehandeling kunnen verbeteren?

Wat wordt er van u gevraagd?

Wij vragen u om deel te nemen aan een groepsinterview over dit onderwerp met 6 tot 8 patiënten. Het interview zal geleid worden door mezelf en een interviewer. We beogen dat het gesprek maximaal 1,5 uur zal duren. We zorgen voor een hapje en drankje tijdens dit interview. We zullen dit interview laten doorgaan op een locatie die voor de deelnemers gemakkelijk te bereiken is. We vragen enkel uw oprechte mening te geven om zo een zinvol resultaat te bekomen. Er zijn geen goede of slechte antwoorden. U hoeft niet op alle vragen een antwoord klaar te hebben, hoewel we

dit wel op prijs zouden stellen. U behoudt het recht om op elk ogenblik uw deelname te stoppen zonder dat dit enig nadelig gevolg voor u zal hebben.

Zijn er risico's

Er zijn geen risico's verbonden aan dit interview. Zie ook verder in verband met vertrouwelijkheid van informatie.

Vertrouwelijkheid van informatie

De groepsinterviews zullen worden opgenomen op audio-band en uitgeschreven. De informatie die we van u ontvangen, zal verwerkt worden aan de hand van een codesysteem. Uw gecodeerde stellingen kunnen niet tot u herleid worden. De resultaten van de bevraging worden enkel gebruikt in het kader van deze studie en persoonlijke gegevens worden nadien vernietigd.

Vragen

Indien u nog vragen heeft over het onderzoek, aarzel dan niet om ze te stellen.

GSM: 0477183599

Email: lien.appelen@gmail.com

Vriendelijke groeten,

Dr Lien Appelen

Promotoren: Dr Barbara Michiels, Dr Cramm Myrjam

Universiteit Antwerpen, Universiteitsplein 1, B2610 Antwerpen 03/265 29 43

10.5 Casussen

10.5.1 Casus 1

Jongen Emile 1,5 jaar, 5 dagen hoge koorts, arts heeft het vermoeden van een longontsteking. De arts start antibiotica op. De arts legt uit dat de antibiotica 3x per dag moet genomen worden.

Mama van Emile komt antibiotica halen bij de apotheek in de buurt. Ze vraagt aan de apotheker of ze de medicatie wel moet geven want antibiotica is toch wel echt zwaar spul. Bovendien kan ze het zelf niet controleren want Emile gaat naar de crèche. Ze vraagt zich af of het ook goed is als ze enkel 's ochtends en 's avonds antibiotica toedient? Ze weet wel dat de fles helemaal op moet.

10.5.2 Casus 2

Een dame van 50jaar komt bij de arts en vraagt voor een kuur antibiotica want ze wil snel van haar hoest vanaf. Ze is nu toch al een week aan het hoesten en het komt van diep en dan nog met groene slijmen. Na een vragenronde en klinisch onderzoek heeft de betreffende arts onvoldoende argumenten om aan de eisen van de patiënte te voldoen. Ze krijgt de nodige alarmsymptomen opgesomd van de arts en de situaties die vragen voor een herhaling van het lichamelijke nazicht. Voorlopig krijgt ze een siroop die de hoest zal remmen.

10.5.3 Casus 3

David, jongeman van 21 jaar met in de medische voorgeschiedenis astma. Hij is kort van adem en heeft sinds enkele dagen ook koorts. Hij voelt zich enorm moe. Het is lang geleden dat hij nog zo veel last heeft gehad. De arts optimaliseert zijn pufferschema maar neemt geen risico en geeft hem ook een kuur antibiotica mee.

Na 3 dagen antibiotica te nemen voelt David zich al veel beter en besluit de antibiotica te stoppen want het zijn zo veel en grote pillen en hij is er misselijk van en heeft bovendien ook aanzienlijke diarree.

10.6 Script patiënten

Welkomtekst

Welkom allemaal!

Enorme dankjewel voor jullie deelname!

Ik zal kort inleiden wat jullie hier allemaal samenbrengt.

Ik ben Lien Appelen, 2^e jaars haio. Momenteel werk ik in de praktijk zurenborg. In het kader van onze huisartsgeneeskunde zijn we een onderzoek gestart omtrent antibioticatherapietrouw bij patiënten. Ikzelf neem het kwalitatieve luik van het onderzoek voor mijn rekening waarbij ik aan de hand van focusgroepgesprekken zal proberen te achterhalen wat de beleving is van de patiënt rond de behandeling met antibiotica. Een collega van mij onderzoekt het kwantitatieve deel van het onderzoek en test vooral de invloed van bepaalde interventie op de therapietrouw in de antibioticatherapie.

Ik laat me assisteren vanavond door Barbara Franck, ook haio, zij is observator vanavond.

Ik wil jullie nog meedelen dat dit gesprek zal opgenomen worden zodat we nadien de nuttige informatie goed kunnen verwerken. Persoonlijke gegevens en uitspraken met namen zullen niet gebruikt worden. Enkel de onderzoekers zullen deze gegevens behandelen. Dit zal op een anonieme manier gebeuren en het materiaal wordt na het uittypen volledig vernietigd. Enkel de mensen die hier vanavond aanwezig zijn, zullen op de hoogte zijn. Het gesprek zal uurtje tot anderhalfuurtje in beslag nemen.

Het is de bedoeling dat jullie zo vrij mogelijk kunnen antwoorden op de vragen, laat iedereen uitpraten. Er bestaan geen goede of geen foute antwoorden! Eigen standpunten zijn een enorme meerwaarde vanavond! Niet iedereen moet daarom zelfde standpunt hebben. Voorbeelden welkom

Voor we van start gaan nog twee praktische zaken. Aangezien het gaat over wetenschappelijk onderzoek heb ik van jullie een ondertekend toestemmingsformulier nodig en ingevuld registratieformuliertje.

GSM stil zetten!

Introductievraag:

Wat roept resistentie van antibiotica op bij jullie ?

Transitievraag:

Om al de topics gerelateerd aan antibioticatherapietrouw te toetsen vanavond heb ik 3 casussen opgesteld. 3 situaties waar de patiënt een bepaalde beleving uit. Graag jullie mening hierover

Vragen bij casussen

Casus 1

- 1/Wat denken jullie over deze casus?Is antibiotica op zijn plaats hier?
- 2/Denken jullie dat frequentie in kader van antibiotica-inname van belang is?
- 3/Wat vinden jullie van de informatie die de arts hier meegeeft in de casus. Hebben jullie in het algemeen gevoel dat jullie arts reeds uitleg gaf omtrent antibiotica gebruik?
- 4/Hebben jullie de indruk dat jullie in het algemeen iets hebben aan de info van een arts?(communicatie)
- 5/Kregen jullie duidelijke instructie rond antibiotica-inname van jullie apotheek?(communicatie)

Casus 2

- 1/Wat is jullie mening op deze casus?
- 2/Denken jullie dat antibiotica hier op zijn plaats zou kunnen zijn?
- 3/Indien de verwachting van patiënt antibiotica is, denken jullie dat therapietrouw beter zal zijn? Als de ernst van de ziekte stijgt, stijgt de therapietrouw?
- 4/Hoe goed zijn jullie op de hoogte van de antibiotica indicaties momenteel? Jullie ervaringen? Bacterie of virus?
- 5/Er zijn reeds meerdere campagnes aangebracht om de kennis rond antibiotica- indicatie te verbeteren. Kennen jullie deze campagnes?

Casus 3

- 1/Wat denken jullie over deze casus?
- 2/Weten jullie de gevolgen van incorrecte inname van antibiotica? Nu 7 dagen gemiddeld. Zou een korter duur van therapie invloed hebben op therapietrouw?
- 3/Zijn jullie op de hoogte van nevenwerkingen en de ernst van de nevenwerkingen?
AB zijn enkel effectief indien volledig uitgenomen worden.
- 4/ Zouden jullie ook stoppen als jullie nevenwerkingen hadden?
- 5/ Zouden interventies een meerwaarde zijn?Aan welke voorbeelden zouden jullie denken? Is het niet zo dat patiënten moeten weten wat te verwachten en zo beter kunnen omgaan met nevenwerkingen,bv.:
 - Folder over correcte inname antibiotica en redenen die hierachter zit.
 - Sticker om dosis die je reeds hebt genomen af te vinken.

- Rol van apotheek?
- Rol van arts?

10.7 Script artsen/script apothekers

Welkomtekst

zie script patiënten

Introductievraag:

Wat roept antibioticatherapietrouw op bij jullie ?

Transitievraag:

Om al de topics gerelateerd aan antibioticatherapietrouw te toetsen vanavond heb ik 3 casussen opgesteld. 3 situaties waar de patiënt een bepaalde beleving uit. Graag jullie mening hierover

Vragen bij casussen

Casus 1

1/Wat roept deze casus bij jullie op, herkenbaar?

2/Hebben jullie het gevoel dat mensen weten dat frequentie bij inname ook van belang is?of enkel uitname?voorbeelden?1 tabl per dag betere compliance?

3/Maken jullie tijd om bij het voorschrijven van AB uitleg te geven hieromtrent?waarom en hoe?waarom wel en waarom niet?Zouden jullie meer tijd willen maken. Betere kennis=betere compliance?

4/Denken jullie dat we als arts een rol kunnen spelen in betere therapietrouw?Hoe?content=betere compliance

5/Wat vinden jullie de taak van de apotheek in dit verhaal? Hoe loopt de communicatie met apotheek-arts momenteel?

Casus 2

1/Wat voor gevoel roept dit op? Al meegemaakt?

2/Indien de verwachting van patiënt antibiotica is, denken jullie dat therapietrouw beter zal zijn? Als de ernst van de ziekte stijgt, stijgt de therapietrouw?

3/Hebben jullie het gevoel dat de kennis over AB bij patiënten nog beter kan?

4/Er zijn reeds meerdere campagnes aangebracht om de kennis rond antibiotica- indicatie te verbeteren. Kennen jullie deze campagnes en gebruiken jullie de brochures of geven jullie bronnen mee, welke?

Casus 3

1/Wat denken jullie over deze casus?Stoppen er veel mensen met AB door nevenwerkingen naar jullie gevoel?

2/Denken jullie dat patiënten weten wat de gevolgen zijn van incorrecte inname van antibiotica?. Zou een korter duur van therapie invloed hebben op therapietrouw?

3/Stellen jullie mensen op de hoogte van mogelijke bijwerkingen?

4/ Zouden interventies een meerwaarde zijn?Aan welke voorbeelden zouden jullie denken? Is het niet zo dat patiënten moeten weten wat te verwachten en zo beter kunnen omgaan met nevenwerkingen,bv.:

- Telefoonlijn?
- Folder over correcte inname antibiotica en reden die hierachter zit.
- Sticker om dosis die je reeds hebt genomen af te vinken.
- Rol van apotheek?
- Rol van arts

11. Referenties

1. European Centre for Disease Prevention and Control [cited 2005 06/04/2015]. Available from: <http://ecdc.europa.eu/en/EAAD/Pages/Home.aspx>.
2. Sapkota S, Brien JA, Greenfield J, Aslani P. A systematic review of interventions addressing adherence to anti-diabetic medications in patients with type 2 diabetes-impact on adherence. *PloS one*. 2015;10(2):e0118296.
3. Friedman RH, Kazis LE, Jette A, Smith MB, Stollerman J, Torgerson J, et al. A telecommunications system for monitoring and counseling patients with hypertension. Impact on medication adherence and blood pressure control. *American journal of hypertension*. 1996;9(4 Pt 1):285-92.
4. Francis NA, Gillespie D, Nuttall J, Hood K, Little P, Verheij T, et al. Antibiotics for acute cough: an international observational study of patient adherence in primary care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2012;62(599):e429-37.
5. Kardas P, Devine S, Golembesky A, Roberts C. A systematic review and meta-analysis of misuse of antibiotic therapies in the community. *International journal of antimicrobial agents*. 2005;26(2):106-13.
6. McNulty CA, Nichols T, French DP, Joshi P, Butler CC. Expectations for consultations and antibiotics for respiratory tract infection in primary care: the RTI clinical iceberg. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2013;63(612):e429-36.
7. Pechère J-C, Hughes D, Kardas P, Cornaglia G. Non-compliance with antibiotic therapy for acute community infections: a global survey. *International journal of antimicrobial agents*. 2007;29(3):245-53.
8. Anastasio GD, Little JM, Jr., Robinson MD, Pettice YL, Leitch BB, Norton HJ. Impact of compliance and side effects on the clinical outcome of patients treated with oral erythromycin. *Pharmacotherapy*. 1994;14(2):229-34.
9. Thomas JK, Forrest A, Bhavnani SM, Hyatt JM, Cheng A, Ballow CH, et al. Pharmacodynamic Evaluation of Factors Associated with the Development of Bacterial Resistance in Acutely Ill Patients during Therapy. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 1998;42(3):521-7.
10. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*. 2001;26(5):331-42.
11. Kardas P. Patient compliance with antibiotic treatment for respiratory tract infections. *The Journal of antimicrobial chemotherapy*. 2002;49(6):897-903.
12. Fernandes M, Leite A, Basto M, Nobre MA, Vieira N, Fernandes R, et al. Non-adherence to antibiotic therapy in patients visiting community pharmacies. *International journal of clinical pharmacy*. 2014;36(1):86-91.
13. Pechere JC, Hughes D, Kardas P, Cornaglia G. Non-compliance with antibiotic therapy for acute community infections: a global survey. *International journal of antimicrobial agents*. 2007;29(3):245-53.
14. Hawkings NJ, Butler CC, Wood F. Antibiotics in the community: a typology of user behaviours. *Patient Educ Couns*. 2008;73(1):146-52.
15. Chan YH, Fan MM, Fok CM, Lok ZL, Ni M, Sin CF, et al. Antibiotics nonadherence and knowledge in a community with the world's leading prevalence of antibiotics resistance: implications for public health intervention. *American journal of infection control*. 2012;40(2):113-7.
16. Cockburn J, Gibberd RW, Reid AL, Sanson-Fisher RW. Determinants of non-compliance with short term antibiotic regimens. *British medical journal (Clinical research ed)*. 1987;295(6602):814-8.
17. McNulty CA, Boyle P, Nichols T, Clappison P, Davey P. The public's attitudes to and compliance with antibiotics. *The Journal of antimicrobial chemotherapy*. 2007;60 Suppl 1:i63-8.

18. Segador J, Gil-Guillen VF, Orozco D, Quirce F, Carratala MC, Fernandez-Parker A, et al. The effect of written information on adherence to antibiotic treatment in acute sore throat. *International journal of antimicrobial agents*. 2005;26(1):56-61.
19. Urien AM, Guillen VF, Beltran DO, Pinzotas CL, Perez ER, Arocena MO, et al. Telephonic back-up improves antibiotic compliance in acute tonsillitis/pharyngitis. *International journal of antimicrobial agents*. 2004;23(2):138-43.
20. Llor C, Sierra N, Hernandez S, Moragas A, Hernandez M, Bayona C, et al. The higher the number of daily doses of antibiotic treatment in lower respiratory tract infection the worse the compliance. *The Journal of antimicrobial chemotherapy*. 2009;63(2):396-9.
21. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clinical therapeutics*. 2001;23(8):1296-310.
22. Suffoletto B, Calabria J, Ross A, Callaway C, Yealy DM. A mobile phone text message program to measure oral antibiotic use and provide feedback on adherence to patients discharged from the emergency department. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2012;19(8):949-58.
23. Llor C, Bayona C, Hernandez S, Moragas A, Miravittles M. Comparison of adherence between twice- and thrice-daily regimens of oral amoxicillin/clavulanic acid. *Respirology (Carlton, Vic)*. 2012;17(4):687-92.
24. Lauvau DV, Verbist L. An open, multicentre, comparative study of the efficacy and safety of azithromycin and co-amoxiclav in the treatment of upper and lower respiratory tract infections in children. The Paediatric Azithromycin Study Group. *The Journal of international medical research*. 1997;25(5):285-95.
25. Cals JW, Hopstaken RM, Le Doux PH, Driessen GA, Nelemans PJ, Dinant GJ. Dose timing and patient compliance with two antibiotic treatment regimens for lower respiratory tract infections in primary care. *International journal of antimicrobial agents*. 2008;31(6):531-6.
26. Kardas P, Muras M. [A blinded comparison of palatability of 13 common pediatric antibiotic suspensions]. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland : 1960)*. 2005;58(1-2):15-20.
27. Ettlinger PR, Freeman GK. General practice compliance study: is it worth being a personal doctor? *British medical journal (Clinical research ed)*. 1981;282(6271):1192-4.
28. Vermeire E VRP, Griffiths F, Coenen S, Peremans L, Hendrickx K. The critical appraisal of focus group research articles. *European Journal of General Practice*. 2002;8:104-8.
29. Morgan DL, & Krueger, R. A. When to use focus groups and why. *Successful focus groups: Advancing the state of the art*. Newbury Park,1993. p. pp. 3-19.
30. Andre M, Vernby A, Berg J, Lundborg CS. A survey of public knowledge and awareness related to antibiotic use and resistance in Sweden. *The Journal of antimicrobial chemotherapy*. 2010;65(6):1292-6.
31. Coenen S, Francis N, Kelly M, Hood K, Nuttall J, Little P, et al. Are patient views about antibiotics related to clinician perceptions, management and outcome? A multi-country study in outpatients with acute cough. *PloS one*. 2013;8(10):e76691.
32. McMahon SR, Rimsza ME, Bay RC. Parents can dose liquid medication accurately. *Pediatrics*. 1997;100(3 Pt 1):330-3.
33. Bardet J-D, Vo T-H, Bedouch P, Allenet B. Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: A review of specific models. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. (0).
34. Llor C, Hernandez S, Bayona C, Moragas A, Sierra N, Hernandez M, et al. A study of adherence to antibiotic treatment in ambulatory respiratory infections. *International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases*. 2013;17(3):e168-72.
35. Morgan D.L. KRA. *The Focus Group Kit*. Thousand Oaks, London, New Delhi 1998.