

# Antibioticagebruik in de huisartspraktijk

In het morbiditeitspatroon van de huisartspraktijk nemen infecties een vooraanstaande plaats in. Het gaat daarbij vooral om aandoeningen van de bovenste luchtwegen, in het bijzonder bij (jonge) kinderen. Binnen deze groep zijn de infecties niet evenredig verdeeld: sommige kinderen hebben gedurende de eerste levensjaren vaak, andere slechts zelden of nooit luchtweginfecties.<sup>1</sup>

Er zijn duidelijke aanwijzingen dat de prognose van het overgrote deel van deze aandoeningen gunstig is.<sup>1</sup> Dit kan echter niet verhullen dat patiënten nogal eens (recidiverende) episoden van acuut ziek-zijn doormaken. De nadruk ligt dan snel op het behandelen van deze episoden, terwijl meestal weinig aandacht wordt geschonken aan de vooruitzichten op langere termijn.

Antibiotica hebben het beeld van het ziek-zijn bij de bestrijding van infectieziekten wezenlijk gewijzigd en hierop zijn ook de verwachtingen van patiënten gebaseerd. Sinds het beschikbaar komen van antibiotica bestaat een duidelijk ambivalente houding tegenover het voorschrijven van deze middelen: er wordt veel van verwacht, maar er kleven ook nadelen aan, terwijl de infectie vaak vanzelf geneest.

*Sampers en Sturm* doen in dit nummer verslag van een analyse van antibiotica-prescripties bij luchtweginfecties.<sup>2</sup> Daarbij komt naar voren dat er grote verschillen tussen huisartsen bestaan ten aanzien van het antibioticagebruik – een bevinding die reeds eerder is gerapporteerd.<sup>3,4</sup> De verschillen tussen huisartsen lopen per diagnostische indicatie uiteen. Gelet op de te verwachten verwekkers kunnen kritische kanttekeningen worden gemaakt bij enkele van de gevonden patronen: met name het gebruik van antibiotica bij laryngitis – een vrijwel altijd door virussen bepaalde infectie<sup>5</sup> – is twijfelachtig.

Resistentievorming is een van de zorgelijke aspecten van het gebruik van antibiotica. Ongefundeerd voorschrijven kan hier alleen maar een negatieve invloed op uitoefenen. Dezelfde auteurs hebben eerder aangetoond, dat resistentie bij patiënten in de huisartspraktijk (nog) geen probleem is.<sup>6</sup> Dit is echter geen vanzelfsprekende zaak: slechts door rationeel en consciëntieus toepassen van antibiotica waarmee veel ervaring bestaat, kan het resistentieprobleem beperkt blijven.<sup>7</sup> Het is dan ook verheugend dat de meeste voorschriften tot deze groep blijken te behoren; verondersteld mag worden dat zij inderdaad werkzaam zijn tegen de vermoedelijke ziekteverwekkers, ook al denkt de voorschrijvende arts soms zelf aan een ander pathogeen.<sup>2</sup>

Bewaking van antibioticagebruik blijft aangewezen. Het is de vraag in hoeverre revisie van prescriptiecijfers hiervoor een basis kan vormen.

*De Maeseneer* onderzoekt in dit nummer diverse factoren die het voorschrijven van antibiotica bepalen: de huisarts, de patiënt en de ziekte.<sup>8</sup> Dit was natuurlijk ook uit andere bronnen reeds bekend en onderstreept het complexe karakter van het

analyseren van (antibiotica)prescripties. Het bijzondere van deze analyse is echter dat aannemelijk wordt gemaakt dat de diagnose de belangrijkste bepalende factor is. Dit zou betekenen dat prescriptiegegevens slechts een betrekkelijke waarde hebben bij toetsing. Overigens wordt de lezer geadviseerd ook kennis te nemen van het proefschrift waarop dit artikel is gebaseerd.<sup>9</sup>

Een en ander lijkt een bevestiging van eerdere ervaringen: het wordt moeilijker om tot eenduidige richtlijnen te komen, naarmate er meer gegevens beschikbaar zijn. Daar komt nog bij dat het beoordelen van het effect van de behandelingen van ziekten die vanzelf genezen, geen sinecure is. Onlangs is in een Noors onderzoek de ziekteduur van luchtweginfecties gedocumenteerd.<sup>10</sup> Het bleek dat eventuele therapeutische effecten waarschijnlijk in dagen, zo niet in uren gemeten moeten worden.

Het is dan ook voor de huisarts weinig aantrekkelijk zich al te zeer te verdiepen in dit soort subtiliteiten. De behandelaar heeft immers bij vanzelf genezende ziekten altijd het gelijk aan zijn zijde, ongeacht de behandeling, zeker als de patiënt zich in die behandeling kan vinden.

Dat voert naar de derde bijdrage in dit nummer: de Standaard Otitis Media Acuta.<sup>13</sup> De behandeling van otitis media is in de afgelopen 15 jaar aanzienlijk gewijzigd. Het is leerzaam dit te beseffen, wanneer het standaardiseren van de behandeling van uit zichzelf genezende infectieziekten en de rol van antibiotica daarbij aan de orde is. Informatie over de goede prognose van de aandoening op lange termijn<sup>11</sup> heeft er in belangrijke mate toe bijgedragen dat de paracentese niet meer de therapie van eerste keuze is. Antibiotica, in ons land lang taboe maar in de Angelsaksische landen therapie van eerste keuze, deden hun intrede. Bij otitis media is er doorgaans een primair bacteriële genese.<sup>5</sup> Niettemin bleken noch een antibiotische behandeling noch een paracentese duidelijke voordelen te hebben boven symptomatische therapie.<sup>12</sup> De Standaard bepleit dan ook terecht primair een afwachtend beleid.

Het is interessant om te volgen in hoeverre de autoriteit van de Standaard ertoe zal bijdragen dat het antibioticagebruik bij otitis media wordt beperkt. Paracentese was een voor de patiënt onaangename, emotionerende behandeling; de huisarts die paracentese achterwege wilde laten, vond snel de patiënt aan zijn zijde. Voor antibiotica ligt dit wezenlijk anders.

Antibiotica dienen alleen op goede gronden te worden voorgeschreven. Het is zinvol hierover te waken en (huis)artsen een ruggesteun te geven om een uit zichzelf genezende ziekte vooral 'vanzelf' te laten overgaan. Antibiotica kunnen dan gereserveerd blijven voor die infecties waarvoor zij werkelijk zijn geïndiceerd. Het is echter niet goed te accepteren dat bij analyse van het antibioticagebruik op voorhand al een beschuldigende vinger naar de professie wordt uitgestoken. In een internationaal onderzoek naar de behandeling van

otitis media blijkt de Nederlandse huisarts bijvoorbeeld (aanzienlijk) minder vaak antibiotica voor te schrijven dan huisartsen in andere Westerse landen.<sup>14</sup> Prescriptiecijfers laten zien dat de huisarts blijkbaar goed in staat is patiënten (en hun ouders) ervan te overtuigen dat afwachten verantwoord is. Dat is zowel de kunst als de kunde die voor een goede huisartsgeneeskundige zorg essentieel is. Het is zinvol dit nog verder te verbeteren, maar het is niet meer dan correct er ook onomwonden voor uit te komen dat de Nederlandse huisarts het nog niet zo slecht doet.

C. van Weel

<sup>1</sup> Van Weel C, Van den Bosch WHJM, Van den Hoogen HJM, Smits AJA. The development of respiratory illness in childhood. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 404-8.

<sup>2</sup> GHMA Sampers, AW Sturm. Antimicrobiële middelen in de eerste lijn bij luchtweginfecties. *Huisarts Wet* 1990; 33: 220-2.

<sup>3</sup> Mookink H. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.

<sup>4</sup> Van Weel C, Van Zelst PAM. Het handelen van huisartsen bij luchtwegaandoeningen. *Huisarts Wet* 1982; 25(suppl 6): 35-9.

<sup>5</sup> Huygen FJA, Van der Velden HGM. Acute infecties van de bovenste luchtwegen. *Huisarts Wet* 1982; 25(suppl 6): 20-9.

<sup>6</sup> Sampers GHMA, Sturm AW. Antimicrobiële middelen in de eerste lijn. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132: 676-80.

<sup>7</sup> Van Weel C. De keuze en het voorschrijven van antimicrobiële middelen in de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1988; 132: 1780-1.

<sup>8</sup> De Maeseneer J. Het voorschrijven van antibiotica bij luchtwegproblemen. Een explorerend onderzoek. *Huisarts Wet* 1990; 33: 223-6.

<sup>9</sup> De Maeseneer J. Huisartsgeneeskunde: een verkenning [Dissertatie]. Gent: Rijks Universiteit Gent, 1989.

<sup>10</sup> Gulbrandsen P, Fugelli P, Kvarstein G, Moland L. The duration of acute respiratory tract infections in children. *Scand J Prim Health Care* 1989; 7: 219-23.

<sup>11</sup> Huygen FJA. De epidemiologie van otitis media in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1978; 21: 208-11.

<sup>12</sup> Van Buchem FL, Dunk JH, Van 't Hof MA. Therapy of acute otitis media: myringotomy, antibiotics or neither? *Lancet* 1981; ii: 883-7.

<sup>13</sup> Appelman CLM, Bossen PC, Dunk JHM, Van de Lisdonk EH, De Melker RA, Van Weert HCPM. Otitis Media Acuta [Standaard M09]. *Huisarts Wet* 1990; 33: 242-5.

<sup>14</sup> Froom J, Culpepper L, Grob P, et al. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media: report from International Primary Care Network. *Br Med J* 1990; 300: 582-6. ■